

SIFILIS EN MADRES ADOLESCENTES EN LA CIUDAD DE POSADAS, PROVINCIA DE MISIONES

NORA JACQUIER², LUISA DOS SANTOS², JORGE D. DESCHUTTER³, BETTY DUARTE⁴, MARCELO RODRIGUEZ FERMEPIN¹, MAURO MARTINELLI¹, RAMON A. de TORRES¹

¹Facultad de Farmacia y Bioquímica, Universidad de Buenos Aires; ²Escuela de Enfermería y ³Carrera de Especialización en Microbiología Clínica, Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales, Universidad Nacional de Misiones;

⁴Servicio de Neonatología, Hospital Ramón Madariaga, Posadas, Misiones

Resumen En un estudio prospectivo de abril a junio de 1997, se estudiaron consecutivamente 1 238 mujeres en el momento del parto, en el Hospital R. Madariaga. En 26 mujeres (2.1%) se detectó sífilis y en 15 de ellas (57.7%) se encontró sífilis congénita en sus niños, uno de los cuales nació muerto. La mediana de la edad fue 20 años, 16 (61.5%) tenía 20 años o menos. 17 (65.4%) eran solteras, 5 (19.2%) con pareja estable y 4 (15.4%) eran casadas. El 69.2% había concluido la escuela primaria. Aun con este nivel de instrucción, el 73% no había iniciado o completado los controles de embarazo. No pudo demostrarse que ninguna actuara como trabajadora sexual o consumiera drogas de abuso. El 57.7% no tenía trabajo, las restantes trabajaban como empleadas domésticas o continuaban estudiando. La menarca se estableció a los 13 años (mediana) y el comienzo de relaciones sexuales a los 15 (mediana). Los casos de sífilis se concentraron en cuatro áreas de barrios pobres, pero no villas de emergencia. Entre las mujeres con sífilis, la ausencia de control médico tiene un riesgo relativo mayor, en cuanto a la transmisión de sífilis congénita. La incidencia y prevalencia de sífilis entre los 15 y 24 años es relativamente alta y refleja una verdadera epidemia oculta en las áreas establecidas. En la actualidad se desarrolla un proyecto de intervención, interinstitucional y comunitario, en las áreas de alto riesgo, basado en grupos centinelas, con el que se prevé una mejora en el control de la sífilis. Si no se logra inducir la práctica de sexo seguro en estos grupos, por lo menos con el uso correcto del preservativo, el espacio que pueda ganarse a sífilis, en muy poco tiempo va a ser ocupado por HIV.

Abstract *Syphilis in adolescent mothers in Posadas, Province of Misiones.* During three months (April to June 1997) 1 238 consecutive pregnant women were studied at the time of delivery at the Madariaga public Hospital. Syphilis was confirmed in 26 (2.1%) women, and 15 cases (57.7%) of congenital syphilis were demonstrated in newborns, one of whom was a stillborn. Of the syphilitic women 61.5% were 20 years old (average), 65.4% were single, 19.2% had a stable partner and 15.4% were married; 70% of them had finished elementary school (seven years), but despite this discrete level of instruction and that they were benefited with free health attention, 73% of them had not started or completed the pregnancy control. None of these women acted as sexual workers or were drug users; 57.7% were unemployed and the remainder worked as domestic servants or were still going to school. Menarca started at 13 (average) and the age of the first sexual activity was 15 (average). The distribution of the cases of syphilis within the city area shows four clusters that coincide with the lower income population, but not with marginal groups. The failure to submit to medical control during pregnancy among syphilitic women is directly linked with an increased risk for congenital syphilis. The specific prevalence of syphilis in women (20 years old or less) pregnant or not, shows an alarming hidden epidemic situation. An interinstitutional and community program, with direct interventions within the detected population clusters, is now underway in order to control syphilis. Undesired pregnancy and syphilis seem to be associated with adolescent unsafe sex conducts. A coordinated program between Public Health Service and National Misiones University is operating, visiting home by home, in order to decrease or eliminate congenital syphilis and is considered a priority health problem. Unfortunately, if sexual conducts do not undergo changes in the near future, at least by the correct use of condoms, HIV will replace syphilis.

Key words: syphilis, congenital syphilis, undesired pregnancy, adolescent sex conduct

En el marco de la epidemia por infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), eran previsibles

cambios culturales que conducirían a un aumento en la práctica de conductas de sexo seguro. También era previsible que el potencial descenso de riesgo de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) iba a comportarse de manera distinta en los diferentes estratos económico culturales de la sociedad.

Si bien el acceso a datos epidemiológicos confiables es aún escaso en Argentina, datos recientes in-

Recibido: 18-IX-1998

Aceptado: 27-VI-1999

Dirección postal: Dr. Ramón A. de Torres, Cátedra de Microbiología. Facultad de Farmacia y Bioquímica, UBA, Junín 956, 1113 Buenos Aires, Argentina.
Fax: (54-11)-4508-3645 E-mail: detorres@ffybu.uba.ar

dican cambios profundos de prevalencia en infecciones de transmisión sexual, como gonococia y clamidias¹ y gonococia y sífilis², para el área metropolitana de Buenos Aires, que muestran una tendencia declinante.

Sin embargo, los datos accesibles sobre prevalencia de la endemia de sífilis, en una ciudad como Posadas, Capital de la provincia de Misiones, generan la necesidad de reanalizar la situación y discutir los valores reales de prevalencia alcanzados en distintos grupos sociales e interpretarlos en su relación con la evolución de las prácticas de sexo seguro.

Es aquí donde se plantea la necesidad de balancear la inversión del Programa Nacional de SIDA y ETS y de otros programas provinciales, e inclusive municipales, que apuntan focalmente al problema de SIDA, con deterioro de las acciones de control, diagnóstico y atención médica primaria de las infecciones curables, de transmisión sexual.

Esta demostrado además que la infección sifilítica y otras ETS aumentan el riesgo de transmisión de HIV de manera significativa³.

El objetivo fue establecer datos de incidencia y prevalencia de la infección sifilítica en embarazadas de la ciudad de Posadas y localizar los aspectos sociales condicionantes, de forma de intensificar las acciones del programa de control de ETS.

Existe una preocupación generalizada por el aumento de la incidencia de sífilis en diversos países en desarrollo, e inclusive industrializados, donde se han reinstalado programas apoyados por la OMS³.

El análisis de situación de la Ciudad de Posadas, el resultado confirmado por revisión directa participativa de prevalencia de sífilis en diferentes distritos de la Provincia de Misiones, los datos del Boletín Epidemiológico Semanal de Patologías de Vigilancia Intensificada (SINAVE)⁴, y los datos que hemos obtenido de la Provincia de Buenos Aires⁵, indican la necesidad de introducir a la sífilis entre las enfermedades reemergentes en la Argentina, ajustando a fondo el programa de control.

Material y métodos

Población en Estudio

Se radicó el estudio en el Hospital Ramón Madariaga, la unidad asistencial más importante de atención pública de la Provincia de Misiones, con sede en Posadas, al que concurre la mayoría de los habitantes con necesidades básicas insatisfechas (NBI).

Se diseñó un estudio prospectivo, iniciado en abril y hasta fin de junio de 1997, en el que se incorporaron el total de partos consecutivos, sin ningún tipo de selección, totalizando 1 238 madres. Se estableció fehacientemente, mediante comprobación de intervención, que las madres estudiadas tenían residencia real y permanente en la ciudad de Posadas.

Estudio Clínico

De acuerdo a los procedimientos establecidos en dicho Hospital, en todos los casos de una prueba reactiva de VDRL, madre y neonato fueron transferidos a atención especializada. Se confirmaron los resultados del estudio clínico y serológico. En los casos necesarios se realizó punción raquídea.

La incorporación al estudio prospectivo de las madres con sífilis, significa el agregado y análisis de la documentación paralela derivada del estudio de campo y la confirmación de datos de las historias clínicas, pero no se hace ninguna intervención sobre el normal desarrollo de la atención médica de la embarazada y su hijo. Por ello no se requirió de las pacientes la firma de consentimiento informado.

Para encuadrar los casos se tuvieron en cuenta las definiciones de sífilis presentadas en las pautas para el diagnóstico y tratamiento de la sífilis y supuraciones genitales, de la Dirección de Epidemiología, Departamento de SIDA y ETS (1993), del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación⁶ y las recomendaciones para la definición de casos (1997)⁷ y el tratamiento de ETS (1998), de la Division of STD Prevention, del Center for Diseases Control and Prevention⁸.

En el marco de los objetivos de esta publicación no se discrimina el estado de evolución de la infección sifilítica de las madres, limitándose la inclusión en el grupo a la confirmación de la infección sifilítica en el momento del parto.

Diagnóstico de laboratorio

En forma estandarizada, por los servicios de Maternidad y Neonatología, se obtiene en todos los partos, una muestra de sangre de la madre y otra de cordón a las que se les efectúa, entre otros estudios serológicos básicos, la prueba de VDRL. El diagnóstico de laboratorio se fundó en la prueba de VDRL y cuando fueron necesarias se utilizaron pruebas treponémicas adicionales. El informe de la prueba de VDRL se incorporó a la historia de la madre en menos de 24 horas de su internación no existiendo la posibilidad de alta antes de interpretar los resultados de las VDRL realizadas.

Procesamiento de datos

A los datos convencionales, documentados en las historias clínicas de las madres con sífilis, se le incorporaron datos poblacionales para la confección de una ficha epidemiológica. Esta fue analizada mediante el programa EPI INFO 5⁹, y el procesamiento de los datos se realizó con el programa Statcalc⁹. Para el «odds ratio» se utilizó el límite de confianza de Cornfield al 95%.

Datos epidemiológicos adicionales

Se trabajó con datos de registro del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación (SINAVE)⁴, del Boletín Informativo del Programa de Prevención y Control del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires⁵, datos publicados en Congresos y Anuarios. Estos estudios regionales, se utilizan fundamentalmente en la discusión mencionando su origen en cada caso.

Resultados

Prevalencia de sífilis en mujeres de la Ciudad de Posadas (Provincia de Misiones)

La ciudad de Posadas tenía al momento del estudio una población de 260 721 habitantes, desglosada en 135 148 mujeres y 125 573 varones.

El análisis de datos de la Dirección de Epidemiología (Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones) reveló un total de 292 casos de sífilis en adultos en el año 1997. Esto corresponde a una tasa cruda general de 0.112%. En las mujeres, con 161 casos, la tasa alcanza a 0.119%, siendo ligeramente superior a la de los hombres, (131 casos, 0.104%).

Las tasas por edades en mujeres de la Ciudad de Posadas en 1997 se presentan en la Tabla 1.

El riesgo relativo (RR: 5.41 [3.93 < RR < 7.45]) de adquirir sífilis en la franja de 15 a 19 años es el más alto y alcanza además una tasa de 0.45% en mujeres de esa edad, en toda Posadas. En la tabla no se incluyen los casos de sífilis connatal.

Datos adicionales que aportan a la necesidad de replantear en forma prioritaria la situación epidemiológica de sífilis en Posadas y en otras regiones del país

En la Tabla 2 se incorporan datos de otros distritos y de la Provincia de Misiones. Como puede observarse en este collage de datos, tanto en Misiones, Formosa y la provincia de Buenos Aires, muestran cifras que requieren un análisis más profundo en el corto plazo, ya que orientan a una situación hiperendémica en ciertas regiones.

Prevalencia de sífilis en embarazadas en la ciudad de Posadas (Provincia de Misiones)

Durante el período de estudio, abril a junio de 1997, se analizaron consecutivamente 1238 mujeres al momento del parto. En función de la atención estandarizada del

servicio se confirmó la infección sífilítica en 26 de ellas, cursando distintos períodos de la enfermedad, lo que establece un 2.1% de prevalencia cruda de sífilis en embarazadas.

Analizando el grupo de mujeres con sífilis incorporadas al estudio, se estableció que 16 (61.5%) de las mismas tenían 20 años o menos de edad. La media está entre 21 y 22 años con una desviación estándar (DS) entre 4 y 5 años y un intervalo de variación de 16 a 31 años.

En la Tabla 3 se muestra la distribución de edades y la relación con sífilis, del total de mujeres (4409 partos) que se atendieron en el Hospital Madariaga durante el año 1997, que incluye el grupo de 1238 mujeres incorporadas al estudio prospectivo.

Se demuestra la acumulación del número de partos y mujeres con sífilis en el estrato de alrededor de los 20 años.

Nótese que el porcentaje de mujeres con sífilis, obtenido a partir del análisis del total de partos del año 1997, es prácticamente el mismo que el obtenido en el estudio controlado prospectivo entre marzo y junio, con un valor de 2.1% de embarazadas con sífilis.

Los valores incorporados en la Tabla 3 muestran que la prevalencia de sífilis en las edades entre 15 y 19 años tiene el mayor valor de significación, seguido por el grupo de 20 a 25. En los de mayor edad, la prevalencia es menor.

Incidencia de sífilis congénita en el grupo de parturientas con sífilis

En 15 casos de las 26 madres con sífilis diagnosticadas durante el estudio prospectivo se demostró sífilis congé-

TABLA 1.- Tasas de sífilis en mujeres residentes en Posadas, por edades para el año 1997

Edad en años	Mujeres por grupo de edad	Casos de sífilis	Porcentaje de casos positivos	Riesgo relativo	p (Corección de Yates)
0 a 9*	31 075	0	0	-	-
10 a 14	14 441	5	0.035	0.27	0.003
15 a 19	13 062	59	0.452	5.41	0.000000
20 a 24	11 753	34	0.289	2.81	0.000000
25 a 29	11 340	29	0,256	2.40	0.00002
30 a 34	10 337	13	0.126	1.06	0.956
35 a 39	9.381	11	0.117	0.98	0.919
40 a 44	7 140	3	0.034	0.32	0.058
45 a 69	22 270	7	0.031	0.23	0.00005
70 o más	4 349	0	0	-	-
Totales	135148	161	0.119	-	-

* no se incluyen los casos de sífilis connatal.

TABLA 2.- Resumen de resultados de pruebas de VDRL reactivas en distintas localidades de la provincia de Misiones y otras regiones de la Argentina

Localidad y fuente	Período	Población	VDRL reactiva	Total de sueros y/o pacientes	Porcentaje de prevalencia
Posadas Instituto de Previsión Social	Junio a setiembre de 1997	Pacientes externos	32	1 650	2 030
Posadas	Año 1997		32	2 108	1 520
Banco de Sangre Hospital Madariaga	Primer trimestre de 1998	Banco de sangre	17	502	3 390
Posadas	Año 1997		15	30	3 488
Banco de sangre Hospital de Pediatría	Primer trimestre de 1998	Banco de sangre	4	120	3 333
Eldorado (Misiones) Hospital SAMIC	Enero a Julio de 1997	Pacientes	211	4 553	4 634
Eldorado(Misiones) Hospital SAMIC	Enero a julio de 1997	Banco de sangre	15	1 110	1 351
Hospital de San Vicente (Mnes)	Julio a Noviembre de 1997	Pacientes	71	655	10 839
Hospital Italiano Buenos Aires*	Año 1997	Banco de sangre	43	10 058	0 428
Hospital Fiorito (Avellaneda B.A.) ¹⁶	Año 1996	Mujeres embarazadas	190	2 000	9 500
Htal. de Clínicas (UBA), Bs.As. ²	1988	Pacientes	2219	4261	52.10
Provincia de Formosa**1	1992-1997	Servicio ETS	509	1383	36.80
ANLIS*** (República Argentina)	Años	Banco de sangre	307	12738	2.410
	1992-1997	Banco de sangre	3066	381446	0.850

* Miguel Angel De Cristofano, comunicación personal

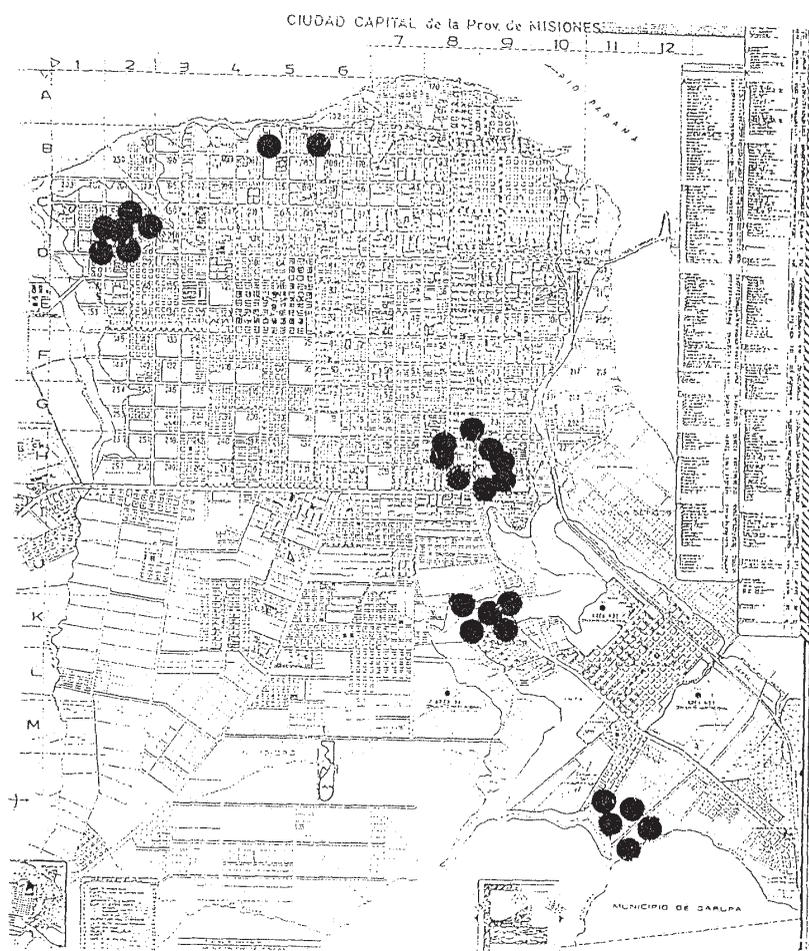
** María de los Angeles Lopez de Basualdo, comunicación personal

*** Mirta Carlomagno, ANLIS C. Malbrán, comunicación personal

TABLA 3.- Distribución de las embarazadas con VDRL reactiva por grupos de edad en función del total de partos atendidos en el Hospital Madariaga, Posadas, Misiones, 1997

Grupo de edad (en años)	VDRL reactiva	Partos en la franja de edad	Sífilis en embarazadas (porcentaje)	Odds Ratio	p Corrección de Yates
Menos de 15	0	34	0	-	-
15 a 19	31	979	3.17	1.78 (1.12 < OR < 2.81)	0.0129
20 a 24	44	1 622	2.71	1.56 (1.01 < OR < 2.40)	0.0435
25 a 29	10	741	1.35	0.59 (0.29 < OR < 1.18)	0.1504
30 a 34	7	593	1.18	0.52 (0.22 < OR < 1.17)	0.1239
35 a 39	1	388	0.26	0.11 (0.01 < OR < 0.73)	0.013
40 o más	0	52	0	-	-
Totales	93	4 409	2.11	-	-

Ciudad de Posadas



Referencia ● Casos de sífilis

Fig. 1.- Plano de la Ciudad de Posadas. Los puntos negros corresponden al área domiciliaria de cada una de las 26 mujeres embarazadas sífilíticas, detectadas entre el 1° de abril y el 30 de junio de 1998.

nita. Esta se confirmó por serología, pero fundamentalmente por el minucioso estudio clínico-radiológico, demostrándose distintos grados de gravedad, incluyendo un mortinato.

Estas cifras informan sobre un 57.7% de transmisión en útero.

En todos los casos de nacidos vivos, con antecedente de madre con sífilis, los neonatos fueron derivados al servicio de neonatología.

Entre los signos diferenciales más importantes, se detectaron ampollas plantares en manos y manchas en el cuerpo en los niños infectados.

En ninguno de los casos pudo establecerse complicaciones meníngeas.

El tratamiento y criterios de alta fueron establecidos de acuerdo a las pautas propuestas por el Ministerio de Salud y Acción Social⁶.

Características socioculturales del grupo de madres sífilíticas

1. Control médico durante el embarazo. El 73% de las mujeres con sífilis no realizó control alguno o el mismo fue insuficiente, durante el embarazo.

De nueve mujeres que no realizaron ningún control, en siete se produjo transmisión de sífilis congénita. De diez que realizaron controles insuficientes, seis transmitieron sífilis a su hijo, de siete que realizaron controles

completos, dos transmitieron sífilis connatal. Se presume que estos dos casos fueron sífilis adquiridas muy poco tiempo antes del parto. Si bien el número de casos es reducido, el análisis estadístico revela un riesgo relativo más alto, asociado a la inducción de sífilis congénita entre las mujeres que no efectuaron el control prenatal, comparado con aquellas mujeres con sífilis, pero que accedieron a algún control médico antes del parto.

La relación entre la transmisión de sífilis al feto entre las que no han realizado ningún examen prenatal con respecto a las que lo habían completado arrojó un riesgo relativo de 2.72 ($0.80 < RR < 9.24$) con un intervalo de confianza de 95% con un valor de p de 0.049.

2. Inicio de relaciones sexuales. Las mujeres con sífilis iniciaron relaciones sexuales entre los 15 y 16 años de edad, con una desviación estándar (DS) de 2 a 3 años.

El rango de la edad de inicio de relaciones sexuales fue de 11 a 24 años. No se determinó esta información entre mujeres que no habían contraído sífilis.

3. Menarca. La menarca en el grupo de madres con sífilis se presentó entre los 13 a 14 años, con una DS de 1 a 2 años, y una variación entre los 10 y los 17 años.

4. Estado civil. Diecisiete (64.5%) declararon ser solteras y no vivir en pareja estable, cinco (19.2%) manifestaron tener una pareja estable y vivir juntos por consenso y cuatro (15.4%) dijeron ser casadas.

5. Nivel de instrucción. Dieciocho (69.2%) manifestaron haber completado el ciclo primario, una de ellas el secundario y otras mantenían asistencia para realizar estudios adicionales. Ocho (30.8%) no habían completado el primario o directamente no habían accedido a ninguna escolaridad.

6. Ocupación. Quince (57.7%) manifestaron realizar tareas del hogar en sus propias casas, pero no tener empleo de ningún tipo. Dos mujeres manifestaron realizar tareas domésticas y una ser niñera. En ningún caso pudo confirmarse que alguna de las madres con sífilis actuara profesionalmente como trabajadora sexual. Tampoco pudo demostrarse que alguna de ellas utilizara drogas de abuso.

7. Enfermedades del tracto genital bajo en las embarazadas con sífilis. En veintiún (80.2%) mujeres se estableció que durante el embarazo, o en un tiempo reciente previo al mismo, habían sufrido signos y síntomas de enfermedad del tracto genital bajo. En el total de estas veintiún mujeres existió antecedente de flujo genital. No pudo obtenerse información confiable del diagnóstico y/o tratamientos utilizados.

8. Distribución geográfica del grupo de mujeres con sífilis. En forma paralela al desarrollo del estudio se estableció un sistema de contactos, basado en el desarrollo y la estructura de un estudio comunitario previo sobre prevalencia de niños no vacunados¹⁰.

Se ubicaron las residencias de las pacientes incorporadas al estudio y pudo construirse un mapa de áreas de

riesgo, cuyos resultados se presentan en la Figura 1. Se confirmó además que pertenecían a grupos humanos con NBI.

Como puede verse estos 26 casos de madres que tuvieron su parto en el Hospital Madariaga, se distribuyen en cuatro grupos, que coinciden con sectores donde vive gente con bajos recursos, pero no se trata del perfil de villas de emergencia, como las clásicas agrupaciones migratorias que se desarrollan en las grandes ciudades.

Prácticamente no se detecta sífilis en otras áreas de la ciudad, si bien esto no descarta la posibilidad de algunos casos aislados. El seguimiento, paralelo al estudio efectuado en el Hospital Madariaga, en dos maternidades privadas de la ciudad de Misiones, no reveló ningún caso de sífilis en 1997, sobre un total de 1500 partos consecutivos analizados.

Discusión

Panorama global

Los datos obtenidos en este estudio revelan una situación preocupante con respecto a dos problemas asociados a las conductas sexuales de la adolescencia, en el marco de una población con necesidades básicas insatisfechas: el embarazo en adolescentes solteras y una alta incidencia de sífilis en las mismas.

El 23% de la población de Posadas pertenece al sector de NBI. La detección de la infección sifilítica en adolescentes de este grupo social se produce por una situación de "captura" vinculada a su embarazo, y en un alto porcentaje recién en el momento de su parto.

Esta situación encaja en el concepto de epidemia oculta (hidden epidemic)¹¹. Concepto que ha generado una respuesta organizada, liderada en Estados Unidos por el Institute of Medicine y otras instituciones. Sumariamente, se refiere a la necesidad de convocar la acción solidaria de agrupaciones comunitarias, con visiones filosóficas de sus propias realidades y modificar los programas clásicos (técnico-científicos) de salud, obviamente insuficientes³, incorporando un importante componente humanístico.

El porcentaje global de sífilis en Posadas, sin tener en cuenta los casos de sífilis congénita, fue de 0.112%, para el año 1997.

Como cifras de referencia podemos transcribir la prevalencia de sífilis primaria y secundaria, para 1997, de los Estados Unidos de América, que es de 0.0032% (en descenso)¹² y la de la Federación Rusa, con una dinámica epidémica en franca expansión, que muestra una cifra de 0.254% en 1997^{3, 13, 14}.

Más importante que un valor absoluto es poder medir hacia donde se mueve la endemia. ¿Cuál es la situación en la Argentina? Lamentablemente no hay un consolida-

do de datos confiables que permitan establecer tendencias para predecir lo que va a pasar y como modificarlo. Ni en la Misiones actual, ni en ninguna parte del país.

A continuación se discuten brevemente algunos datos incluidos en la Tabla 2.

A partir de las comunicaciones de Bancos de Sangre de prácticamente todo el país se obtiene para 1998, un valor de 0.85% de VDRL reactivas. (Mirta Carlomagno, comunicación personal).

Esta cifra refleja tres ordenes de dimensión de infectados con sífilis comparada con todos los casos de los Estados Unidos.

Los bancos de sangre de Misiones, incluyendo dos de Posadas, están todos por encima de la cifra general de Argentina, lo cual es coincidente con lo que ocurre en embarazadas (Tabla 2) e indica que el valor de notificaciones a nivel central (0.112%) es producto de una subnotificación.

También se ha comunicado para el Gran Buenos Aires un aumento de la solicitud de exámenes para sífilis del 10% y un aumento global de la infección por sífilis del 2.5%¹⁵ comparando cifras de 1992-1995, con las obtenidas en 1996-1997.

Recientemente en el Boletín del Programa de ETS de la Provincia de Buenos Aires⁵ se han publicado resultados del Hospital San Martín de La Plata, que muestran una tendencia ascendente del número de casos de sífilis.

Estos valores obtenidos en la Provincia de Misiones y en otras áreas del país que se presentan en la Tabla 2 son compatibles con un aumento de la incidencia, o por lo menos con una mejora en la notificación. Debe generarse una inmediata consolidación de datos y confirmación, que permitan establecer la cinética de sífilis en la Argentina.

Sífilis en mujeres de la ciudad de Posadas

La tasa global de sífilis en mujeres es de 0.119%. Si se racionaliza el análisis epidemiológico, buscando el grupo más vulnerable, debemos ajustar el denominador real de nuestra tasa. La población de alto riesgo de adquirir sífilis está entre las de NBI que son prácticamente las únicas que participan significativamente en la exposición y la transmisión. Por lo tanto la cifra de mujeres expuestas es el 23% de la población total, totalizando solamente 31084.

La tasa real de prevalencia en mujeres entre las que circula la sífilis y cuantificando 161 casos totales confirmados, nos da un valor de 0.517%, para 1997. Este resultado es algo más de cuatro veces mayor que la tasa global, y es esta la dimensión de la endemia que debe

tenerse en cuenta junto a su distribución geográfica para cualquier planificación racional de control.

Sífilis en embarazadas de la ciudad de Posadas

Esta cifra, 2.1%, representa un orden de dimensión mayor que la prevalencia de sífilis en mujeres embarazadas en el área metropolitana de Moscú, que soporta un franco incremento en los últimos cinco años. Los datos oficiales del programa OMS para la Federación Rusa indican 0.33% en 1995^{13, 14}. Esta situación ha generado un importante despliegue por parte de unidades de la OMS¹⁴ y una repercusión social muy importante en Europa central.

Con el mismo perfil del total de mujeres, el grupo de embarazadas entre 15 y 19 años tiene la mayor prevalencia de sífilis en Posadas. Esto confirma que la actividad sexual en este grupo de adolescentes se realiza con mínima o sin ninguna protección.

No se ha encontrado sífilis detectable en los registros de dos maternidades privadas de la ciudad de Posadas, en el año 1997. Este valor no puede tomarse como absoluto, pero sí es un indicador de que el problema de sífilis en la embarazada no es una prioridad en este tipo de población, y que factores locales y de atención médica en la seguridad social y sistemas prepagos reducen el riesgo de sífilis en los individuos con cobertura.

Los casos de sífilis detectados entre abril y junio se concentraron prácticamente en cuatro áreas geográficas de la ciudad, que coinciden con población de NBI, esta «concentración» facilita el desarrollo de un programa de acciones de intervención.

Recientemente un grupo del Hospital Fiorito de Avellaneda, Provincia de Buenos Aires, ha comunicado una cifra de 9.5% de sífilis (confirmada por pruebas treponémicas) en 2000 embarazadas¹⁶ y datos obtenidos en 1992 (Antonio Parisi, comunicación personal) indican cifras de alrededor de 3% en maternidades de Buenos Aires y Rosario.

Con estas cifras, indicadoras de la situación de Posadas y otros centros urbanos, se establece que la situación Argentina debe ser integrada a la franja de discusión de países como Haití, en donde se detecta entre 2.5% y 6.0% de mujeres embarazadas con sífilis, para distintas regiones¹⁷.

Sífilis congénita en Posadas

El total de casos detectados en 1997 fue de 90 niños con sífilis congénita, lo que significa una incidencia de entre 7 y 8 casos mensuales.

En el estudio prospectivo entre abril y junio de 1997 se demuestra que de 26 mujeres con sífilis, el 57.7% transmitió (in útero) sífilis al feto, generando un mortinato y patología clínicamente demostrable en el resto.

Grupo de riesgo para embarazo informal y sífilis

Demostremos que la asociación embarazo-sífilis, se instala en una mayoría significativa de adolescentes, a las que detectamos por su asistencia a la maternidad ya que, de lo contrario, quedan en "epidemia oculta"¹¹, en un sistema de atención médica que no encuentra solución al problema.

El primer hecho a revertir se relaciona con que un 73% de estas adolescentes no han hecho o no han completado el control prenatal en los nueve meses de embarazo. Esta variable es la de mayor significación, cuando se tiene en cuenta la inducción de sífilis congénita clínicamente detectable.

La mayoría había concluido la escuela primaria, e inclusive más estudios. Esto indica un buen nivel básico de escolaridad pero muestra ser insuficiente para modificar las conductas sexuales de riesgo.

Como factor de impacto social el 65.4% de ellas son solteras y en su mayoría regresan al entorno familiar con una actitud filosófica de cuidar un "hermano" más. Este indicador de embarazo informal es un problema de mayor trascendencia social y económica que la propia infección sifilítica.

Paradójicamente, el sistema de salud dispone de centros de atención primaria de salud en los barrios críticos y recursos económicos necesarios para la detección y tratamiento de sífilis gratuitamente. Lo que no dispone es de un sistema de captura, que localice e introduzca a los adolescentes en la línea de control médico. Tampoco parece disponer de ninguna propuesta eficiente para cambiar las conductas de sexo inseguro en estos grupos de riesgo.

La epidemia de HIV, como realidad política, para recuperar la trascendencia social de la sífilis

El embarazo en adolescentes solteras y la incidencia y prevalencia de sífilis son indicadores indirectos de la práctica de sexo inseguro, con la confirmación de la no utilización o mala utilización de preservativos, esto revela que las campañas tendientes a promover el uso de condones han sido insuficientes, o han fracasado en esta franja poblacional.

La Provincia de Misiones tiene el más alto índice de fertilidad entre las provincias de la República Argentina¹⁸. El espacio que va a dejar sífilis, supuestamente controlable mediante un buen programa de "captura" de casos, va a ser ocupado fundamentalmente por HIV. Sífilis entre otras ETS, potencia entre cinco y siete veces la transmisibilidad de HIV por coito^{3,7}.

Se debe actuar ya. Nuestra situación es inversa a la actual de Tailandia¹⁹ donde con un programa centinela, han logrado en los últimos años bajar con acciones mé-

dicas las prevalencias de sífilis, clamidias y gonococia en las embarazadas, pero las cifras de HIV positivas siguen siendo muy altas, como del 2% y del 6% según la región.

Estas cifras tan altas de HIV se generaron en una población que tenía hace algunos años un alto nivel endémico de sífilis y otras ETS, que favorecieron la diseminación de HIV.

Una situación similar a la de Tailandia hace unos años es la que tenemos hoy en el grupo de adolescentes con NBI de Posadas.

La solución ya en desarrollo, de una intervención de emergencia, es tratar la sífilis como prioridad en embarazadas y, paralelamente, promover el uso correcto de preservativos a partir de la menarca (13 años), apoyados en la visita casa por casa, y la participación voluntaria.

En la actualidad, existe ya un programa del gobierno de la Provincia de Misiones sobre paternidad responsable. Es la oportunidad para agregar al mismo una campaña inmediata y agresiva de detección, tratamiento y prevención de sífilis, bajo el modelo de centros centinelas, como el aplicado en Finlandia²⁰.

Agradecimientos: A los especialistas en Microbiología Clínica, E. Pejel (Instituto de Previsión Social de Misiones) Sandra Rojinsky del Hospital Samic Eldorado, Misiones, Yoli Echagüe Hospital de San Vicente, Misiones, por los datos de sífilis documentados en sus instituciones. Este trabajo contó con el apoyo del CONICET, PIP 4413 y UBACYT, subsidios FA 070 y B022.

Bibliografía

1. De Cristofano MA, Livellara B, Galli MA, Schneider A, Ascione A, Famiglietti AR, et al. Dimensión de la endemia por *Chlamydia trachomatis* en el área de la ciudad de Buenos Aires (Argentina). *Enf Infecc Mic Clín* 1997; 25:134-9.
2. Grimberg G, Pizzimenti MC, Famiglietti AR, et al. El impacto del HIV sobre la incidencia de sífilis y gonorrea en un Hospital Universitario(1985-1994). *Medicina (Buenos Aires)* 1997; 57: 1-6.
3. Ronald A. and Plounde P. Why are syphilis control programs failing? *Int J Infect Dis* 1998; 2: 121-2.
4. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Boletín Epidemiológico Semanal de Patologías de Vigilancia Intensificada. Semana 24. N° 8. Julio de 1998.
5. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Programa de Prevención y control de ETS. Boletín Informativo. Volumen 1, ejemplar 2. Julio 1998.
6. Dirección de Epidemiología. Departamento de SIDA y ETS. Ministerio de Salud y Acción Social. Pautas para el desarrollo y tratamiento de la sífilis y supuraciones genitales. Buenos Aires. 1993.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Case definitions for infectious conditions under public health surveillance. *MMWR*. 1997, 46 (n° RR-10).
8. Centers for Disease Control and Prevention. 1998. Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. *MMWR*, 1998, 47 (n° RR-1)
9. Dean AG, Dean JA, Burton AH, Dicher CC. *Epi Info*

- Version 5: A word processing, database and statistics program for epidemiology by microprocessors. Incorporated Stone Mountain. Georgia. 1990. USA.
10. Jaquier N, Centeno J, Dos Santos L, et al. Motivos de incumplimiento de esquemas y oportunidades perdidas de vacunación en el área de Posadas (Misiones). Revista de la Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales de la Universidad Nacional de Misiones, 1997; Vol; 1, nº 1. (en prensa).
 11. The Hidden Epidemic: confronting sexually transmitted diseases. The Hidden Epidemic on line- <http://www2.mas.edu/stdforum/213e.html>.
 12. Division of STD Prevention, Sexually Transmitted Diseases Surveillance, 1996. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, September 1997. <http://wonder.cdc.gov/wonder/STD/STDD023.PCW.HTML>
 13. Renton AM, Borisenko KK, Meheus A, Gromiko A. Epidemics of syphilis in the newly independent states of the former Soviet Union. *Sex Transm Inf* 1998; 74: 165-6.
 14. Implementation of WHO/UNAIDS policies and strategies on prevention and control of sexually transmitted diseases. Report on a WHO/UNAIDS intercountry Workshop. Latvia 15-17 July 1997. EUR/ICP/CMDS 080103. Web site: <http://www.who.dk>
 15. Scoccia A, Ruiz ME, Barron ML, Corallini JC, Valbuena G, Braviz López ME. Rol relevante del laboratorio en el diagnóstico de sífilis. 1997. Resúmenes del 61 Congreso Argentino de Bioquímica. Asociación Bioquímica Argentina, Buenos Aires 1997. Pág 275.
 16. Richard E, Outon E, Cícero M, Costagliola M, Dieguez N, Carnosa P. Prevalencia de sífilis en un estudio realizado en el laboratorio de virología del H.I.G.A.P. Fiorito. Avellaneda, Provincia de Buenos Aires. Primer Congreso Internacional de Infectología y Microbiología Clínica. SADI-SADEBAC, Resumen P. 132. Asociación Argentina de Microbiología. Buenos Aires. 15 a 18 de Junio 1997.
 17. Fitzgerald DW, Behets FMT, Lucet C, Robertfroid D. Prevalence, burden, and control of syphilis in Haiti's rural artibonite region. *Int J Infect Dis* 1998; 2: 127-31.
 18. Clarín. Anuario 97/98. Tasa global de Fecundidad por mujer. Buenos Aires 1998. p 298.
 19. Kilmara PH, Black CM, Limpakarnianarat K, et al. Rapid assessment of sexually transmitted diseases in a sentinel population in Thailand: prevalence of chlamydial infection, gonorrhoea, and syphilis among pregnant women-1996. *Sex Transm Inf* 1998; 74: 189-93.
 20. Hiltunen-Baxk E, Haiskala O, Kautiainen H, et al. STD sentinel surveillance network in Finland: 5 year results. The 10th Scandinavian Society for Genitourinary Medicine, Helsinki. May 29-31, 1998. Pág. 54.

El investigador debe estar bien *informado* del estado actual de los conocimientos sobre el tema que estudia para lo cual debe conocer los idiomas principales. El exceso de erudición puede perjudicar la libertad de algunos, pero más pernicioso es ser ignorante y estar atrasado, porque esto expone a investigar larga y penosamente cosas ya conocidas y sobrepasadas.

Bernardo A. Houssay (1887-1971)

Misión y responsabilidad del investigador científico (1961)
reproducida en Ciencia e Investigación 1996; 49: 105-110