

Maria J. Muñoz Vilches^{1,2}
Antonio Vicente Pintor¹
Francisco Cañabate Reche¹
Joaquín Salas Coronas²
M^a Teresa Cabeza Fernández^{2,3}

¹Servicio de Pediatría del Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.
²Unidad de Medicina Tropical. CTS 582. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.
³Servicio de Microbiología del Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.
Hospital de Poniente. El Ejido, Almería

Correspondencia:
M^a José Muñoz Vilches
Calle Extremadura 2 piso 5, puerta 4^a
04740 Roquetas de Mar, Almería
E-mail: yochere@yahoo.es

Sifilis Congénita: indicador de salud pública en el poniente almeriense

Resumen

Fundamento: Detectamos un incremento en los casos ingresados por sospecha de sífilis congénita en el Hospital de Poniente (El Ejido, Almería), consecuencia del flujo migratorio femenino experimentado en los últimos años en esta área geográfica. Realizamos un estudio retrospectivo para evaluar los posibles factores implicados en el incremento de casos y barajar soluciones futuras.

Métodos: Se revisaron 43 historias clínicas del archivo informático del Servicio de Pediatría con diagnóstico al alta de sospecha de sífilis congénita en el período comprendido entre Octubre de 1998 y diciembre 2007, ambos inclusive.

Según datos recogidos en la historia materna y del recién nacido, se clasificó a los recién nacidos según el riesgo de infección en: Alto (20) y Bajo riesgo (23).

Resultados: En ambos grupos se observó una mayor prevalencia de madres inmigrantes frente a las de nacionalidad española. Y de estas inmigrantes a su vez las de Países del Este.

De los 20 casos con sospecha de alto riesgo la mayoría fueron embarazos no controlados o mal controlados, prevaleciendo de nuevo en mujeres inmigrantes.

Conclusiones: El incremento en los casos de sospecha refleja un fallo a nivel de salud pública, debido al inadecuado control prenatal de la mujer inmigrante. La actuación conjunta y coordinada entre Servicios Sanitarios y ONGs locales resulta fundamental para prevenir estos casos. A nivel hospitalario se ha protocolizado la actuación ante recién nacidos de riesgo para unificar criterios y consensuar actuaciones y se han mejorado los sistemas informáticos hospitalarios, adecuándolos a las nuevas realidades de la inmigración.

Palabras clave: Sífilis congénita. Inmigración. Salud Pública. Embarazo no controlado.

Summary

Introduction: We detected an increase in cases admitted on suspicion of congenital syphilis in Poniente Hospital (El Ejido, Almería), as a consequence of female migration in recent years in this geographic area. We conducted a retrospective study to assess the possible factors involved in the increase of cases and possible future solutions shuffle.

Material and methods: We reviewed medical records of 43 computer file of the Pediatric Service with the diagnosis of suspicion of congenital syphilis in the period between October 1998 and December 2007, included.

According to data collected in the history of maternal and newborn, was classified newborns at risk of infection: High (20) and Low risk (23).

Results: In both groups there was a higher prevalence of immigrant mothers compared to those of spanish nationality. And these immigrants turn to those of Eastern Europe.

Of the 20 cases with suspected high-risk pregnancies, most were not controlled or poorly controlled, to prevail again in immigrant women.

Conclusions: The increase in cases of suspected reflects a failure at the level of public health due to inadequate prenatal care for immigrant women. The joint and coordinated action between Health Services and local NGOs is essential to prevent these cases.

At the hospital level has been protocolized action to newborns at risk to unify criteria and agreeing on action. Besides, have been upgraded computer systems, adapting to new realities that immigration offers us.

Key words: Congenital syphilis. Immigration. Public health. Pregnancy noncontrolled.

Introducción

La inmigración en España es un fenómeno de primera magnitud. Las previsiones de Instituto Nacional de Estadística para el 2015 indican un incremento de la población española en cinco millones de habitantes, cuatro de los cuales serán inmigrantes. A este hecho, se añade la progresiva feminización de la inmigración, patente en estos últimos años, y con las consecuencias específicas que conlleva tanto de tipo sanitario como cultural¹.

El Sistema Sanitario Público se ve en ocasiones sobrepasado no sólo por el incremento en el número total de pacientes, sino por las enfermedades importadas, algunas de ellas transmisibles, a las que deben hacer frente los profesionales que las atienden en nuestro país. En muchos casos, estas patologías son desconocidas en nuestro medio, precisando de un alto grado de preparación para su correcto diagnóstico y tratamiento².

El Hospital de Poniente, El Ejido (Almería), atiende a una población de unos 230.000 habitantes, siendo aproximadamente un 30% población extranjera. Un reflejo del flujo migratorio femenino que hemos experimentado es el incremento de casos con sospecha de sífilis congénita.

En países desarrollados, como España, la sífilis congénita se considera una de las "enfermedades olvidadas", gracias a la accesibilidad universal y gratuita de las todas las mujeres embarazadas a los controles prenatales³. Mientras que en países en vías de desarrollo como Brasil, la sífilis congénita es considerada uno de los mejores indicadores de salud pública nacional, reflejando fallos en el sistema de control prenatal de un área determinada^{4,5}.

Con la finalidad de evaluar la situación real en el área sanitaria del Hospital de Poniente, hemos realizado un estudio retrospectivo de los ingresos en la Unidad de Neonatología con sospecha de sífilis congénita durante

el periodo comprendido entre octubre de 1998 y diciembre de 2007. Nuestro objetivo es evaluar los posibles factores implicados en este incremento de casos, incluyendo el impacto de la inmigración en nuestra área, y así barajar posibles soluciones futuras de estos casos prevenibles.

Material y método

Se revisaron 43 historias clínicas del archivo informático del Servicio de Pediatría con diagnóstico al alta de sospecha de sífilis congénita en el período comprendido entre octubre de 1998 y diciembre del 2007, ambos inclusive (Figura 1). Para completar los datos se recurrió a las historias clínicas de las pacientes en el archivo general del centro.

El diagnóstico definitivo de sífilis congénita es difícil de obtener ya que la mayoría de los pacientes son asintomáticos al nacimiento. Sólo se realiza con la identificación del *treponema pallidum* mediante cultivo o PCR (Polimerase Chain Reaction) en las muestras de placenta, cordón, líquido amniótico, lesiones cutáneas o líquido cefalorraquídeo. En nuestro hospital para intentar la confirmación diagnóstica de los casos probables de alto riesgo se realiza desde el año 2002 PCR específica para *Treponema* en LCR (Líquido Cefalorraquídeo)⁶. Pre-

viamente al 2002 se realizaba VRDL (Venereal Disease Research Laboratory) y TPHA (Prueba de Hemaglutinación de *Treponema Pallidum*) en LCR.

Así pues el diagnóstico definitivo en limitadas ocasiones se obtiene. Y los resultados microscópicos falsos negativos son frecuentes por ello se requieren pruebas serológicas, seguimiento y repetición de pruebas⁷. Así pues se llega normalmente al diagnóstico de aproximación con el concepto de sífilis congénita probable que se realiza según el resultado de los test serológicos y el seguimiento serológico de los pacientes en consulta. En nuestro hospital se utiliza RPR (Reagina Plasmática Rápida)⁸ y detección de anticuerpos totales específicos mediante CLIA (Clinical Laboratory Improvement Act) en suero desde el año 2002. Previamente al 2002 se realizaba en suero TPHA y RPR.

Así se define caso de sífilis congénita probable todo aquel recién nacido cuya madre presentó serología positiva de sífilis durante el embarazo. Y se confirmará o descartará por la positividad de PCR a *treponema* en LCR o la persistencia de anticuerpos positivos en el seguimiento en consulta externa tras el primer año de vida.

Para la clasificación de los casos de sospecha en alto y bajo riesgo se obtuvieron los siguientes datos de las madres: datos de filiación, condición

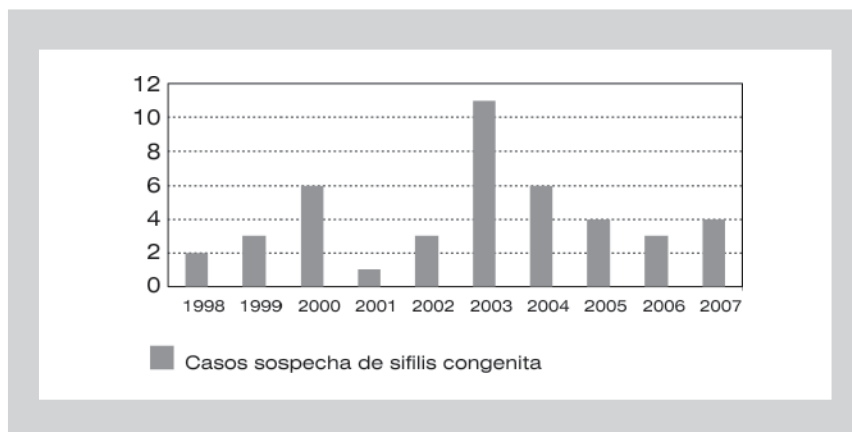


Figura 1. Número de casos totales ingresados con sospecha de sífilis congénita por año

de inmigrante o no, país de origen, enfermedades concomitantes, embarazo controlado o no (según haya realizado todos los controles de embarazo o no), número de dosis de tratamiento con penicilina Benzatina i.m. previas al parto y seguimiento serológico tras dicho tratamiento.

Y del recién nacido se recogieron los datos de filiación, datos antropométricos al nacimiento, sintomatología al nacimiento, días de tratamiento intravenoso hospitalario con Penicilina G sódica del recién nacido en el hospital, exploraciones complementarias realizadas y seguimiento al alta en consulta.

Se clasificó a los casos de sífilis congénita según el riesgo de infección congénita en dos grupos⁹:

- *Alto Riesgo*: aquellos recién nacidos en los que se realizó protocolo de diagnóstico y tratamiento completo por ser hijos de madres que: a) no cumplieron el tratamiento correctamente, b) realizaron tratamiento en las últimas 4 semanas preparto, c) fueron tratadas con otro antibiótico distinto a penicilina; d) la historia del tratamiento y/o seguimiento preparto no fue bien documentada o no respondió al mismo.

Se clasificaron en este grupo un total de 20 de las 43 historias clínicas analizadas.

- *Bajo riesgo*: el resto de las historias clínicas, que sumaron un total de 23 casos.

Resultados

De los 23 casos clasificados como sospecha de sífilis congénita de bajo riesgo se obtuvieron los siguientes resultados:

- 15 del total eran madres inmigrantes frente a 8 de nacionalidad española. La distribución según los países de origen de estas fue: 6 madres originarias

de Países del Este, 5 del Magreb, 3 de África Subsahariana y 1 de Sudamérica.

- La comorbilidad materna fue de dos madres coinfectadas con VIH y VHC (una de África Subsahariana y otra del Este de Europa). Otras dos madres manifestaron su condición de ADVP (ambas españolas).
- Únicamente fueron embarazos no controlados tres de los 23 casos, dos de madres españolas y uno de madre subsahariana.
- Entre los recién nacidos, tres fueron nacidos pretérmino, uno postérmino y otro presentó un retraso del crecimiento intrauterino. Y clínicamente asintomáticos.

Respecto a los 20 casos con sospecha de alto riesgo encontramos los siguientes resultados:

- Un mayor número de madres inmigrantes (n=17) frente a las españolas (n=3), con procedencia mayoritaria de Países del Este (n=10). El resto fueron 5 de origen magrebí y 2 de África Subsahariana.
- En lo referente a la comorbilidad encontramos una madre española infectada por el VIH y otra, procedente de un país del Este de Europa, portadora de VHC.
- La mayoría de los casos fueron embarazos no controlados: 8 en pacientes procedentes de Países del Este, 4 del Magreb, 2 de África Subsahariana y 2 españoles.
- Entre los recién nacidos encontramos los mismo datos que en los casos calificados como de bajo riesgo: 3 recién nacidos pretérminos, 1 retraso de crecimiento intrauterino y 1 postérmino. Igualmente clínicamente asintomáticos.

En ambos grupos (bajo y alto riesgo) se observó una mayor prevalencia en varones respecto a mujeres (16/7 y 13/7, respectivamente).

La mayoría de los casos procedían de El Ejido y Roquetas de Mar, que son los principales núcleos de población del Poniente Almeriense y con una población extranjera empadronada cercana al 30%^{10,11}.

Todos los casos fueron citados en consulta al alta hospitalaria para seguimiento.

Ninguna PCR a *treponema pallidum* en LCR fué positiva.

Discusión

El fenómeno de la inmigración en nuestro país no es tan reciente. La población extranjera ha experimentado un notable ascenso desde el año 1999. Pocos son aún los artículos referentes al impacto sanitario de la inmigración en España¹²⁻¹⁵, y menos aún en Almería¹⁶⁻¹⁸, y sus consecuencias a corto y largo plazo.

En Andalucía, Almería es con diferencia la mayor receptora de inmigrantes. La creciente feminización del fenómeno migratorio, junto al desconocimiento del correcto uso de los servicios sanitarios de España a la llegada al país, le otorga al área sanitaria del distrito de Poniente características específicas que la diferencian de otras regiones del país.

Los datos numéricos reflejan esta realidad. Así mientras que en 1998 el número total de partos del Hospital de Poniente fué de 1508, de los cuales tan sólo el 9,3% fueron partos de madres inmigrantes, en 2007 el número total de partos fue de 2283 llegando el número de partos de inmigrantes hasta un 47,26% del total de los partos (Figura 4).

Como consecuencia directa en este periodo se registró un incremento en el número de embarazos mal controlados en mujeres inmigrantes, pasando de un 3,7 % de embarazos no controlados en números totales en 1998 [38,6% de madres inmigrantes] a un 4,8 % de no controlados en 2007 [86,24% madres inmigrantes]. En 2008 los embarazos en mujeres inmigrantes superan a las autóctonas (52% del total de partos son de madres inmigrantes) y siguen en aumento los embarazos no controlados alcanzando el 5,07%, siendo la mayoría de inmigrantes (94,74%).

Este fenómeno no se da en otras regiones del país. En un estudio realizado en Barcelona, se observa un adecuado control del embarazo en mujeres inmigrantes,

especialmente en las mujeres procedentes de Centroamérica y Sudamérica, y no presentan un mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto¹⁹. A este respecto señalar que el origen de nuestra población inmigrante es diferente. Se trata fundamentalmente de población del Norte de África, seguida de población Subsahariana y del Este de Europa. Este dato podría explicar el comportamiento marcadamente diferenciado de nuestras mujeres inmigrantes a la hora de realizar control y seguimiento de sus embarazos. A lo que se añade el desconocimiento de nuestro sistema sanitario para este colectivo recién llegado a nuestro país.

Consecuencia directa de este mal control del embarazo es el incremento en los ingresos hospitalarios de recién nacidos con sospecha de sífilis congénita de alto riesgo. En países en vías de desarrollo como Brasil, la sífilis congénita es considerada un indicador muy útil de salud pública, siendo una medida empleada para evaluar el sistema de control prenatal de un área⁴.

Uno de los principales límites a la hora de realizar estudios sobre el impacto de la población inmigrante en los sistemas sanitarios es el retraso en la adaptación de los sistemas informáticos respecto a este cambio social. Por ello, las altas hospitalarias deben recoger el país de nacimiento, el año de llegada y nacionalidad de todos los pacientes²⁰. En este estudio nos vimos obligados a realizar la clasificación de los pacientes según los apellidos maternos. Debido al flujo continuo en busca de trabajo hacia otras áreas del país de esta población inmigrante que llega a la zona del poniente almeriense no se pudo contactar telefónicamente con dichas madres para confirmar su nacionalidad. De igual modo, no fue posible comprobar si el seguimiento de todos los pacientes en consultas externas fue correcto o no y por tanto la confirmación de sífilis congénita pasada correctamente tratada o el aclaramiento de los anticuerpos maternos. En la actualidad, en nuestro hospital se están adaptando estos sistemas infor-

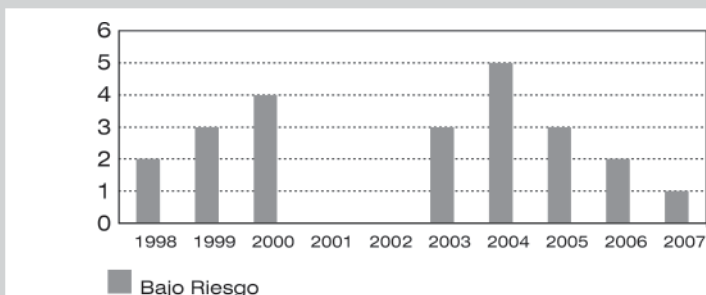


Figura 2. Número de casos de bajo riesgo en cada año

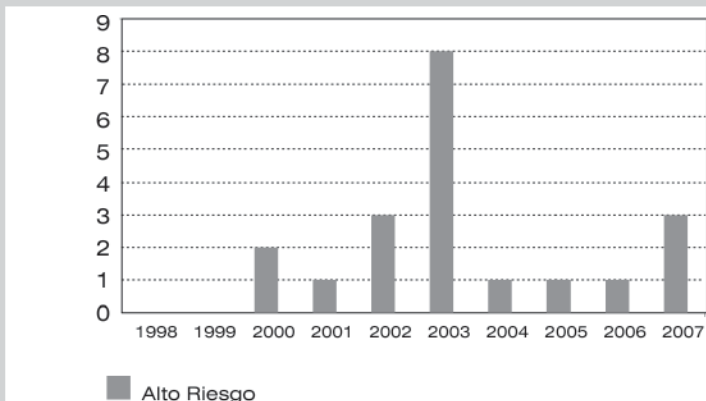


Figura 3. Número de casos de alto riesgo en cada año

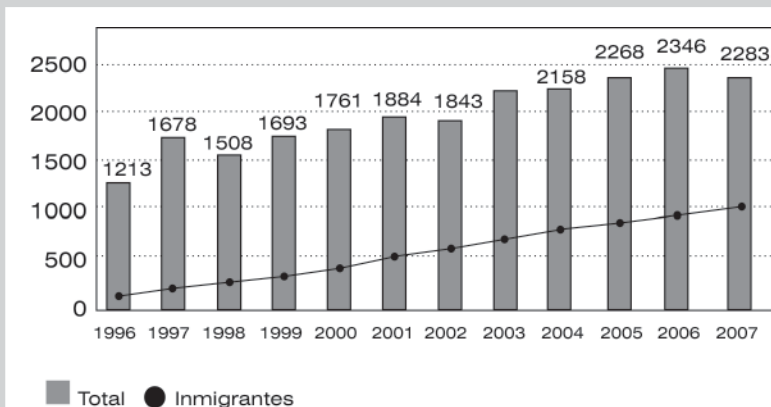


Figura 4. Partos inmigrantes: evolución

máticos para que en futuros estudios se puedan evitar sesgos.

Por otro lado, no se ha encontrado un incremento progresivo en el número de casos de sífilis congénita ingresados en el hospital, como muestran las Figuras 1, 2 y 3. Esto podría ser en gran medida debido al cambio constante en la plantilla de pediatras del Hospital de Poniente en estos años, sin existir un protocolo consensuado de actuación ante casos probables de sífilis congénita. La sensibilización y el conocimiento individual del personal sanitario respecto a la sífilis congénita podrían haber influido en el mayor o menor diagnóstico e ingreso cada año.

Por ello, a nivel hospitalario se ha protocolizado la actuación ante recién nacidos de riesgo para unificar criterios y actuaciones.

Por último, la prostitución ilegal preferentemente de mujeres procedentes de países del Este es otro de los puntos de actuación para la prevención de la transmisión de ITS, entre ellas la sífilis²¹. La ausencia de sintomatología en la mayoría de los pacientes con sífilis y la situación socioeconómica deprimida de este colectivo específico favorece el inadecuado control del embarazo²².

A consecuencia de este estudio, a nivel hospitalario, se ha creado un protocolo de actuación ante recién nacidos con sospecha de sífilis congénita de modo que se unifiquen y consensuen criterios y actuaciones. Igualmente, la adaptación de los sistemas informáticos, adecuándolos a las nuevas realidades que la inmigración nos ofrece es otra herramienta fundamental para el estudio y análisis de este flujo migratorio.

En conclusión, la sífilis congénita es una enfermedad prevenible, detectable y curable. El incremento en los casos de sospecha refleja un fallo a nivel de salud pública, debido al inadecuado control prenatal de la mujer inmigrante. Los casos clasificados de alto riesgo fueron en su mayoría em-

barazos no controlados (85%), reflejo de la relación directa entre el riesgo de sífilis congénita y el progresivo peor control prenatal en el área del poniente almeriense, consecuencia directa del incremento en partos de madres inmigrantes. Los casos de bajo riesgo lo fueron en su mayoría por el correcto control de embarazos en estas madres, sólo un 13% fueron no controlados. La captación de la población inmigrante sigue siendo difícil por el continuo cambio de domicilio de estos en busca de trabajo. Sin embargo, el seguimiento adecuado de las mujeres embarazadas sería una de las herramientas más útiles para el control de sífilis. Este no sólo implica la detección de las pacientes y de sus parejas, sino que evita la transmisión vertical. Así pues, la actuación conjunta y coordinada entre los distintos agentes de salud, Servicios Sanitarios y O.N.Gs locales, fundamentalmente con un trabajo dirigido a la educación en la correcta utilización de los servicios sanitarios, se prevee pueda solventar gran parte de este hecho.

Agradecimientos

A todo el servicio de Pediatría y Microbiología del Hospital de Poniente y a todos aquellos que contribuyen a mejorar la accesibilidad y universalidad del sistema sanitario.

Bibliografía

1. Luque Fernández M A y Oliver Reche M I. Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto: El caso de las mujeres inmigradas. *Index Enferm* 2005;14:9-13.
2. Guerrero Espejo A y Colomina Rodríguez J. Población inmigrante y enfermedades infecciosas. *Rev. Esp. Salud Pública* 2004;78:565-570.
3. Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. URL Disponible: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/lo4-2000.html.
4. Valéria Guimarães S, Freitas da Silva M E, Mariza Miranda T F, Leal MCCarmo. Mortalidade perinatal por sífilis congénita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21:1244-1250.
5. Valderrama J, Zacarías F y Mazin R. Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. *Rev Panam Salud Publica* 2004;16:209-10.
6. Protocolos de S.E.I.M.C (Sociedad española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica). URL Disponible : <http://www.seimc.org/documentos/protocolos/clinicos/VIII.pdf>
7. American Academy Pediatrics. Reporto of the Committee on Infectious Diseases. 25ª Edición. 519-520.
8. Tajada Alegre P, Gª Collía M., Gutiérrez M, de Julián R, Baquero M, Pérez Rivilla A., Gómez-Garcés J.L. Utilidad de una prueba treponémica rápida para el serodiagnóstico de sífilis. *An Clin* 2003;28(4):105-14.
9. CDC. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006. *MMWR*.2006, 55 (Aug 4): No. RR-11. 22-35. Hallado en: <http://www.cdc.gov/MMWR/PDF/rr/rr5511.pdf>.
10. Ayuntamiento de Roquetas de Mar, Almería. URL disponible <http://www.aytoroquetas.org/ayuntamiento/estadisticas/inmigracion.asp>
11. Ayuntamiento de El Ejido, Almería. URL disponible http://www.elejido.es/index.php?option=com_content&task=view&id=352&Itemid=158.
12. Liácer Gil de Ramales A, Morales Martín C, Castillo Rodríguez S, Mazarrasa Alvear L., Martínez Blanco M. L. El aborto en las mujeres inmigrantes. Una perspectiva desde los profesionales sociosanitarios que atienden la demanda en Madrid. *Index Enferm* 2006, 15: 13-17.
13. Rodríguez Álvarez E, Lanborena Elordui N, Pereda Riguera C y Rodríguez Rodríguez A. Impacto en la utilización de los servicios sanitarios de las variables sociodemográficas, estilos de vida y autovaloración de la salud por parte de los colectivos de inmigrantes del País Vasco, 2005. *Rev Esp Salud Pública* 2008;82:209-20.
14. Salazar A, Navarro-Calderón E, Abad I, Alberola V, Almela F, Borrás R. Diagnósticos al alta hospitalaria de las personas inmigrantes en la ciudad de Valencia (2001-2002). *Rev. Esp. Salud Pública* 2003;77:713-23.
15. Pérez Villaverde N, Soto García M, Rivilla Marugán L et al. Utilización de las consultas de pediatría de Atención Primaria y morbilidad en la ciudad de Toledo: Comparación entre una cohorte de hijos de españoles y otra de hijos de inmigrantes. *Medifam* 2003;13: 40-45.
16. Manzanares Galán S, López Gallego MF, Gómez Hernández T, Martínez García N, Montoya Ventoso F. Resultados del mal control del embarazo en la población inmigrante. *Prog Obstet Ginecol* 2008;51:215-23

17. Salas J, Díez F, Puerta J, Zambrana JL, Delgado M, Rivera F, *et al.* Tasa de empadronamiento real de los pacientes hospitalizados en el Hospital de Poniente almeriense. *Gac Sanit* 2003;17:312-5.
18. Barroso García P, Lucerna Méndez M A, Monforte A, Parrón Carreño E. Estudio serológico de agrupación de casos de hepatitis B en seis familias de raza china en Almería. *Rev. Esp. Salud Publica* 2004;78:701-08.
19. Torres Puig-grós, J. Recuperación de la natalidad: inmigración y salud en Cataluña. *Gac Sanit* 2006;20:513-14.
20. Malmusi D, Jansà i Lopez del Vallado, J M. Recomendaciones para la investigación e información en salud sobre definiciones y variables para el estudio de la población inmigrante de origen extranjero. *Rev. Esp. Salud Publica* 2007;81:399-409.
21. Belza M J, Clavo P, Ballesteros J, Menéndez B, Castilla J, Sanz S. Condiciones sociolaborales, conductas de riesgo y prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución en Madrid. *Gac Sanit* 2004;18:177-83.
22. Torre J, de la Coll C, Coloma M, Martín J. I., Padron E., González González N. L. Control de gestación en inmigrantes. *Anales Sis San Navarra* 2006;29:49-61.