

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA SÍFILIS MATERNA Y CONGÉNITA EN EL SUB SECTOR PÚBLICO A NIVEL NACIONAL, PARAGUAY - 2000-2004

Epidemiologic Situation of the Congenital and Maternal Syphilis in the Sub Public Sector, Paraguay – 2000-2004

Malvina Paez¹ & María Isabel R Riveros²

RESUMEN

Introducción: la sífilis puede afectar a la mujer embarazada y transmitirse al feto. Se estima que dos terceras partes de estos embarazos resultan en sífilis congénita o aborto espontáneo, complicaciones prevenibles con tecnologías asequibles de bajo costo. **Objetivo:** describir la situación epidemiológica de la sífilis materna y congénita en el sub sector público en el periodo 2000-2004. **Métodos:** estudio descriptivo – retrospectivo; con datos registrados en el Departamento de Bioestadística del Ministerio de Salud Pública. La población enfocada son las mujeres embarazadas y los casos de sífilis congénita, atendidas en los servicios de salud de todas las regiones sanitarias del país. **Resultados:** concurren a la consulta pre-natal un promedio de 122.443 mujeres por año; 75% de ellas después del cuarto mes de embarazo. El servicio diagnóstico de VDRL solo cubrió al 13% de mujeres embarazadas. La tasa de sífilis materna fue de 5,85%, el rango de edad más afectado fue el de 20 a 39 años. Se registraron un total de 1.173 casos de sífilis congénita, con una frecuencia de 2,7 casos x 1000 nacidos vivos; 95% en menores de 1 año. **Conclusión:** casos de sífilis materna y congénita fueron registrados en todas las regiones sanitarias del país, con mayor frecuencia en áreas de frontera. La sífilis materna se mantuvo alta pero estable, mientras que la sífilis congénita fue en franco aumento. Los servicios presentaron una baja cobertura de toma de muestras para VDRL en embarazadas. Nuestros resultados sugieren que es importante la implementación de estrategias que coadyuven a modificar esta situación en nuestro país.

Palabras-clave: sífilis materna, sífilis congénita, frecuencia, situación epidemiológica

ABSTRACT

Introduction: syphilis can affect the pregnant woman and be transmitted to the fetus. Approximately two third of these pregnancies lead to cases of congenital syphilis or spontaneous abortion, which are complications that could be prevented with reasonable technologies of low cost. **Objective:** determine the Epidemiologic Situation of the maternal and congenital syphilis in the Sub Public Sector of Paraguay, during a period of five years (2000-2004). **Methods:** Descriptive and retrospective study. The target population was the pregnant women and the cases of congenital syphilis, registered in the Department of Biostatistics of the Ministry of Public Health within a period of five years (2000-2004). **Results:** an average of 122,442 pregnant women per year enrolled to the prenatal consultation, 75% of these women to the prenatal control after the fourth month of pregnancy. The diagnostic service of VDRL just covered 13% of pregnant woman. The rate of pregnant woman with syphilis was 5,85%, the most affected group had average age ranging from 20 to 39 years old. A total of 1,173 cases of congenital syphilis was registered, with a coefficient of 2.7 x 1000 births; 95% with less than one year. **Conclusion:** maternal and congenital syphilis were registered in all the sanitary regions of the country, with greater prevalence and incidence in the border cities. Maternal syphilis was high but stable (5,8%), where as congenital syphilis was in frank increase. The health services had a low cover age in VDRL diagnosis of pregnant women. Our results suggest that it is important to implement strategies that help modifying this situation.

Keywords: maternal syphilis, congenital syphilis, frequency, epidemiology

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 18(2): 117-123, 2006

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), constituyen un problema serio de salud a nivel mundial,^{1,2} las consecuencias afectan principalmente a mujeres y a niños; con impactos económicos, sociales y sanitarios de gran repercusión en muchos países,² entre éstas infecciones, la sífilis se presenta en todo el mundo y con mayor frecuencia en grandes zonas urbanas.³

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, en 1999 el número de casos nuevos de sífilis en el mundo fue de 12 millones. En América Latina se estimó un total de tres millones de casos nuevos,^{2,4,5} aparentemente la sífilis es la de menor

prevalencia entre las ITS clásicas, es decir, los casos de sífilis marca el límite inferior del espectro de prevalencia de todas las infecciones de transmisión sexual.^{6,7,8}

La prevalencia de la sífilis en grupos vulnerables es alta, principalmente cuando pone en riesgo la salud de la madre y también la del niño, durante el embarazo la infección puede transmitirse de forma vertical de madre a hijo^{2,6} por lo que las intervenciones para eliminar la sífilis congénita deben incluir estrategias eficaces tendientes a promover la prevención, detección y el tratamiento oportuno en estos grupos.⁶

En América Latina, al menos 330.000 embarazadas que poseen una prueba positiva para sífilis, no reciben tratamiento durante el control prenatal, si bien el estadio de la enfermedad es determinante, se estima que nacen 110.000 niños con sífilis congénita, y un número similar resulta en aborto espontáneo^{1,2,9,10} u otras complicaciones como prematuridad, discapacidad permanente o deformaciones (sordera – déficit neurológico – retraso

¹ Departamento de Salud Pública y Epidemiología – Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (Universidad Nacional de Asunción).

² Dirección General de Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

del crecimiento – deformidades óseas) y/o muerte perinatal,^{1,8,10} que podrían ser totalmente prevenibles con tecnologías asequibles y de bajo costo; es una de las intervenciones disponibles más costo-efectivas.^{2,5,11,12}

A pesar de los datos existentes, se sospecha un subregistro y una subnotificación de casos de sífilis materna que hace que la magnitud del problema no se perciba con la trascendencia debida, tanto médicos como profesionales de salud pública, formuladores de políticas de salud y usuarios de servicios de salud deben estar convencidos de la dimensión y la severidad de la sífilis, especialmente en mujeres y en niños,⁸ debido a esto y otros, la sífilis congénita sigue teniendo un impacto negativo en la Región, la aparición de casos de sífilis congénita pone de manifiesto deficiencias de orden tanto estructural como técnico en los servicios de salud.⁶

En la Región de América Latina y el Caribe (ALC), la sífilis congénita sigue siendo un problema importante que, sin embargo, recibe poca atención. Entre los factores que influyen en la persistencia de la sífilis congénita como problema de salud pública cabe recalcar la falta de percepción de las posibles consecuencias graves de la sífilis materna y congénita entre los formuladores de políticas, gestores de programas y proveedores de atención sanitaria; los obstáculos para el acceso a los servicios de control prenatal; la escasa demanda de la prueba entre los usuarios de los servicios de salud, y el estigma y la discriminación relacionados con las infecciones de transmisión sexual, sobre todo la sífilis.^{2,5,6}

En el año 2003, la prevalencia 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.^(2,6) A pesar de que hace más de medio siglo que se cuenta con recursos eficaces para la detección y el tratamiento de la sífilis, solo un país latinoamericano (Cuba) ha logrado la meta de eliminación que se había propuesto para el año 2000.⁶

En los países en vías de desarrollo, las complicaciones maternas que se relacionan directamente con las infecciones de transmisión no tratadas representan la primera causa de morbilidad materno infantil. Hoy en día el control de estas enfermedades en el embarazo ha cobrado un auge creciente.^{1,10}

El diagnóstico de la sífilis durante el embarazo es fácil y de bajo costo, todas las mujeres deben ser sometidas a un examen serológico para sífilis al comienzo del embarazo con una prueba no treponémica (p. Ej. VDRL o RPR) y preferentemente otra vez en el momento del parto, en áreas de prevalencia elevada y en pacientes consideradas de alto riesgo para sífilis también deben efectuarse pruebas no treponémicas al comienzo del tercer trimestre (28 semanas). En las mujeres tratadas durante el embarazo se necesita una serología de seguimiento para evaluar la eficacia del tratamiento.³ Esto se justifica considerando la prevalencia todavía alta de la sífilis en las embarazadas, la facilidad del diagnóstico y del tratamiento y el conocimiento de que el diagnóstico precoz asociado al tratamiento adecuado, constituyen premisas indispensables para la reducción de esta prevalencia.^{13,14}

Desafortunadamente en Paraguay la asociación sífilis – embarazo, sigue constituyendo un problema de salud pública y

causa de numerosas defunciones neonatales o intraútero.¹⁵ Los informes revelan datos preocupantes entre los países de América Latina, pues ocupa el segundo lugar tanto en la prevalencia de sífilis materna (6,0 por 100 embarazadas), como en la incidencia de sífilis congénita (1,9 casos por 1.000 nacidos vivos).² En Paraguay, la sífilis tanto materna como congénita son enfermedades de notificación obligatoria, todos los servicios de salud deben notificar los casos de embarazadas con pruebas de VDRL positivas, información crucial para la vigilancia y el estudio de la sífilis congénita.

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 en el ámbito mundial⁵

Las medidas para prevenir la sífilis son aplicables también a las otras infecciones de transmisión sexual, las intervenciones más importantes son la promoción del sexo sin riesgo, la educación sexual, el control de las infecciones de transmisión sexual en grupos vulnerables y la provisión de servicios de diagnóstico y tratamiento con un componente de asesoramiento (consejo) y notificación de contactos. Además lo que respecta a las embarazadas, durante la consulta prenatal es indispensable poner énfasis en la prevención de la sífilis congénita, por medio de estudios regulares de detección (tamizaje) y del tratamiento de la sífilis materna.⁶

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la eliminación de la sífilis congénita como problema de la salud pública se certificará cuando la tasa de incidencia de esta entidad (incluida los neonatos), sea igual o inferior a 0,5 casos por 1000 nacidos vivos. La justificación de definir la eliminación de esta manera se basa en dos resultados previstos de eliminación: a) Más del 95% de las embarazadas deberían someterse a exámenes de detección y tratamiento durante el embarazo, y b) La prevalencia de sífilis en embarazadas debería reducirse a menos de 1,0%.^{1,2,16}

A través de esta investigación se pretende describir la situación epidemiológica de la sífilis materna y congénita en el sub sector público en el periodo 2000-2004. Se espera que los resultados obtenidos sirvan de base para establecer estrategias de eliminación de la sífilis en el país.

MÉTODOS

El diseño de la investigación fue de tipo observacional, de nivel descriptivo – retrospectivo. Los sujetos de estudio son las mujeres embarazadas y los niños con diagnóstico de sífilis congénita.

La población accesible lo constituyen el total de consultas realizadas por las mujeres embarazadas que concurren a su control prenatal en los servicios de atención prenatal, (612.126), al igual que los niños con diagnóstico de sífilis congénita por morbilidad de consultorio externo de las dieciocho regiones sanitarias del país en el periodo 2000-2004, (1.173).

Los datos fueron proporcionados por el Departamento de Bioestadística del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social a través del registro de notificación realizada por las regiones sanitarias correspondiente. El comité de ética del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, ha aprobado el proyecto

de investigación sin modificaciones en fecha 14 de octubre de 2005.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, 2000 al 2004, fueron registradas un total de 612.126 consultas realizadas por las mujeres embarazadas que concurren a su control prenatal en los servicios de atención prenatal de los servicios de salud dependientes de las regiones sanitarias del país, con un promedio de 122.443 consultas de embarazadas por año, lo cual representa un 74% del total esperado por año (165.000 embarazadas se esperan por año a nivel nacional); el 75% de las gestantes concurren al control pre-natal después del cuarto mes de embarazo. El promedio de consultas prenatales por cada mujer embarazada es de 2,4; si bien existen diferencias por cada región sanitaria en las que en algunos casos son de 1,9 para el mínimo y en otras hasta 3,9 como máximo **Tabela 1**. Respecto a los partos institucionales corresponde a un porcentaje del 56% a nivel nacional, la atención a las gestantes es realizada tanto por profesionales médicos como por enfermeras, obstetras y auxiliares de enfermería.

Considerando el análisis de VDRL para el diagnóstico de sífilis materna, de las dieciocho regiones sanitarias el 88,2% de los servicios de salud realizan menos del 25% de toma de muestras para esta prueba a las mujeres embarazadas, resultando una cobertura del 13%, (82.194). La proporción de embarazadas con serología positiva es de 5,85%; Tabela 2, La sífilis materna se presenta en mujeres de 15 a 49 años de edad, siendo las de 20 a 39 años las más afectadas con un 73%.

Para la determinación de la sífilis congénita se han considerado el total de nacidos vivos y la morbilidad de consultorio externo por sífilis congénita notificado y registrado por las regiones sanitarias. En los cinco años de estudio se registró un total de 464.189 nacidos vivos distribuidos a nivel nacional y se reportaron 1.173 casos de sífilis congénita, lo que equivale 2,7 sífilis congénita x 1000 nacidos vivos, afectando a niños menores de 14 años, y entre ellos en el 95% de los casos en menores de 1 año.

Durante los años de estudio, los casos de sífilis materna se mantienen estables y la frecuencia de los casos de sífilis congénita en franco aumento, de 1.13 en el año 2001 a 4.88 en el 2004. La distribución de casos por regiones sanitarias muestran la mayor incidencia en Asunción (5,8 x 1000 nv), seguido de Amambay, Guairá, Boquerón y San Pedro; los de menor incidencia fueron:

Tabela 1 - Promedio e inicio de consulta prenatal por embarazada, según el total de mujeres embarazadas registradas, periodo 2000-2004

Regiones Sanitarias	Total de consultas en consultorio prenatal	Promedio de Consulta Pre natal x embarazada	Primera consulta (%)	
			Antes del 4to. mes	4to. Mes y +
I. Concepción	22711	2.3	17	83
II. San Pedro	38676	2	29.5	70.5
III. Cordillera	33614	3.3	21.8	78.2
IV. Guairá	21299	2.5	25	75
V. Caaguazú	45208	2.7	22.6	77.4
VI. Caazapá	23541	2.4	22	78
VII. Itapúa	42713	2	22.8	77.2
VIII. Misiones	15182	2.2	22	78
IX. Paraguari	28039	2.9	23.8	76.2
X. Alto Paraná	53645	2.1	28.2	71.8
XI. Central	164133	1.9	28.9	71.1
XII. Ñeembucú	7057	3.7	19.3	80.7
XIII. Amambay	10581	2.6	30.8	69.2
XIV. Canindeyú	15718	2.1	26.5	73.5
XV. Presidente Hayes	6340	3.9	22.8	77.2
XVI. Alto Paraguay	1030	1.9	11.7	88.3
XVII. Boquerón	4334	2.2	35.2	64.8
XVIII. Asunción	78305	2.9	27.1	72.9
Totales	612126	2.4	24.3	75.7

Tabela 2 - Total de embarazadas registradas y % de toma de muestras para VDRL. Sífilis Materna (x 100) y Sífilis Congénita (x 1000), por Regiones Sanitarias, Paraguay, 2000 al 2004

Regiones Sanitarias	Total de consultas de embarazadas	% de Toma de muestras p/ VDRL	Serología + (VDRL) en embarazadas x 100	Total de Nacidos Vivos	Sífilis Congénita x 1000 nv
I. Concepción	22711	16	3,39	17760	0,56
II. San Pedro	38676	6	7,27	19825	3,17
III. Cordillera	33614	20	4,63	19622	0,15
IV. Guairá	21299	20	3,11	15636	3,9
V. Caaguazú	45208	13	5,06	29768	0,83
VI. Caazapá	23541	5	3,92	11167	0,71
VII. Itapúa	42713	5	5,01	34381	0,14
VIII. Misiones	15182	32	6,53	10224	1,36
IX. Paraguari	28039	23	3,4	16461	0,54
X. Alto Paraná	53645	20	6,85	44915	0,15
XI. Central	164133	8	5,61	114130	2,33
XII. Ñeembucú	7057	23	5,78	5479	2
XIII. Amambay	10581	2	66,11	7550	4,37
XIV. Canindeyú	15718	9	7,92	7609	1,44
XV. Presidente Hayes	6340	44	8,45	5242	0,76
XVI. Alto Paraguay	1030	Sd	0	694	Sd
XVII. Boquerón	4334	6	9,38	3319	3,61
XVIII. Asunción	78305	19	7,01	100407	5,82
Totales	612126	13%	5,58	464189	2,7

Figura 3 - Frecuencia de Sífilis Materna y Sífilis Congénita en el sub sector público. Paraguay 2000-2004

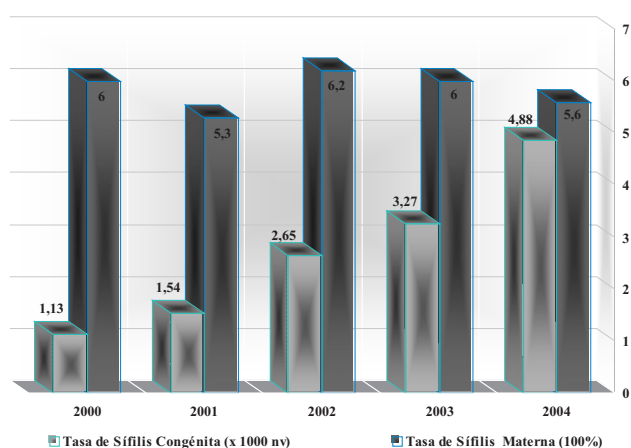


Figura 4 - Porcentaje de Embarazadas atendidas según edad. Paraguay 2000-2004

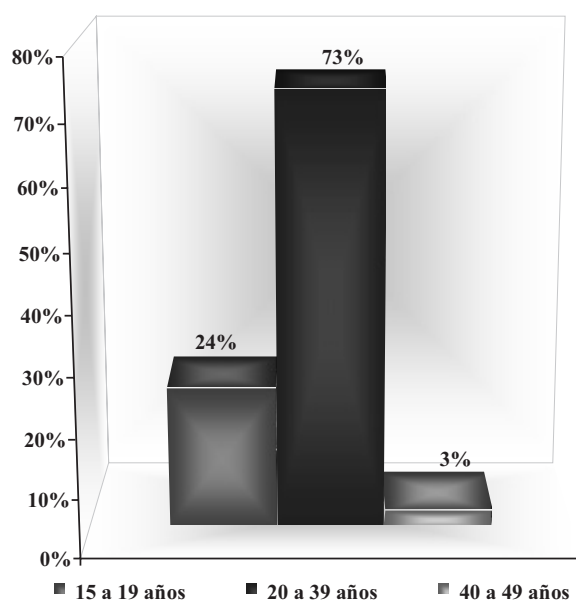
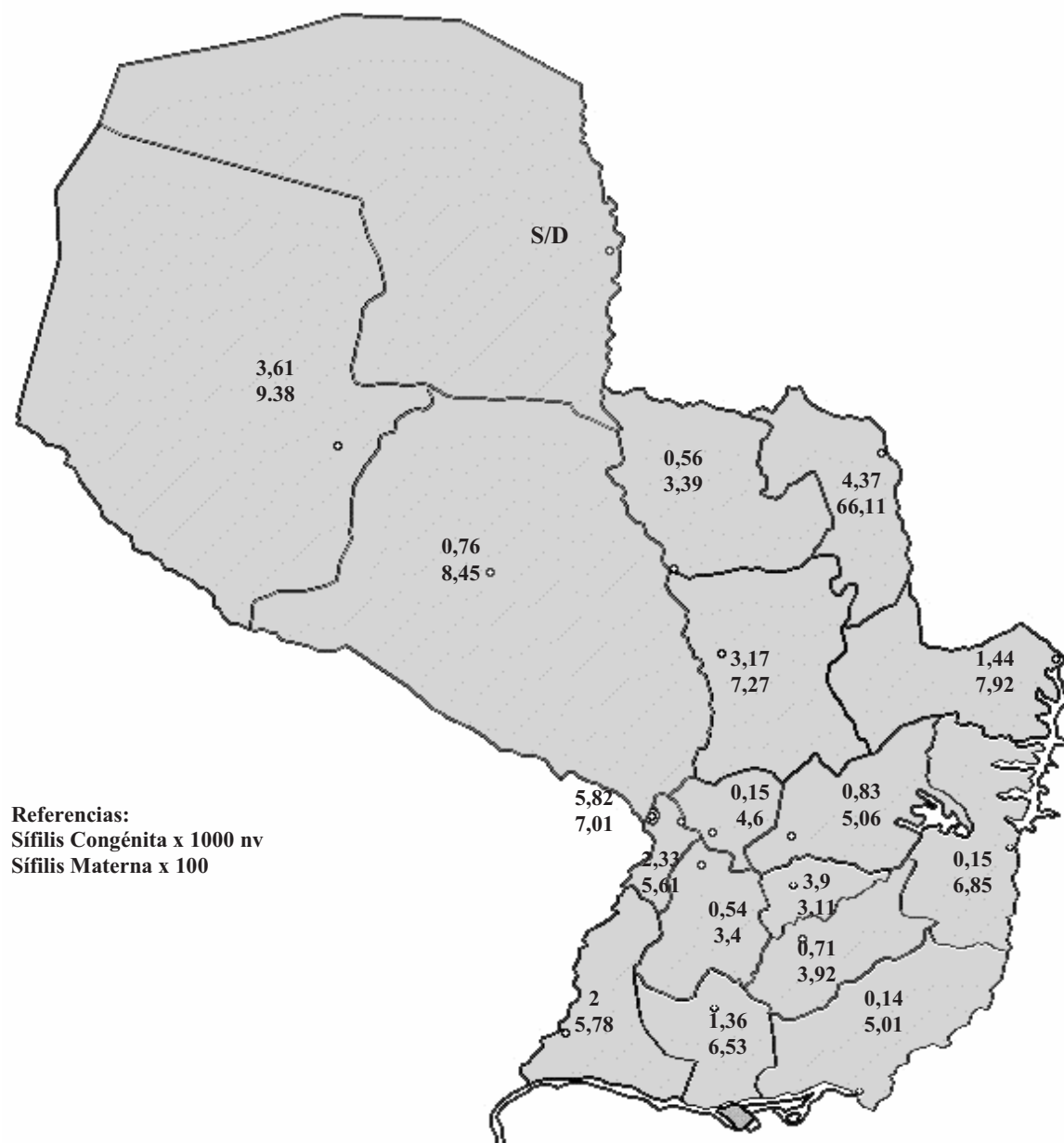


Figura 5: Distribución de Sífilis materna y Sífilis congénita por Regiones Sanitarias. Paraguay 2000-2004

DISCUSIÓN

Siendo la sífilis una enfermedad de fácil diagnóstico y tratamiento accesible, sigue siendo un problema de salud pública en todo el mundo y cuando afecta a grupos vulnerables como a las mujeres embarazadas sus consecuencias son mucho más graves.

El objetivo del programa para la eliminación de la sífilis congénita como problema de salud pública en América Latina y el Caribe, según define el plan de Acción de 1995 (OPS/OMS), es reducir la incidencia de esta afección a una cifra igual o menor a 0,5 casos por 1000 nacidos, incluidos los mortinatos. La idoneidad de esta cifra se justifica en la búsqueda de dos resultados: a) más de 95% de las embarazadas infectadas deberían someterse a exámenes de detección y tratamiento durante el embarazo, y b) la prevalencia de sífilis durante el embarazo debería

reducirse a menos de 1,0%.⁵

En relación a la sífilis materna, al comparar los datos de otros países de Latinoamérica y el Caribe vemos que Perú registra 0,8%, Brasil 1,7%, Honduras 3,1, Bolivia 3,9%, entre otros; Paraguay presenta un panorama desalentador considerando en 5 años un promedio de 5,8 casos de sífilis materna por 100 embarazadas; teniendo como sífilis al resultado positivo de la prueba no treponémicas (el método del Venereal Disease Research Laboratory, VDRL); de igual forma los casos de sífilis congénita del país son elevados (2,7 x 1.000 nacidos vivos) similar al de algunos de los países mencionados. Respecto a la sífilis materna existe coincidencia con estudios realizados en el país pues los datos oscilan entre 5,6 a 6 para la tasa de sífilis en embarazadas, sin embargo existen variaciones importantes para la sífilis congénita, que de 1,9 en otros informes, (OPS/OMS, 1995), en esta investigación da un promedio de 2,7 por 1000 nacidos vivos.

Los hallazgos del periodo estudiado demuestran que si bien las cifras de la sífilis materna se mantienen altas pero estables, la congénita tiende a ascender; es así que de 1,13 en el 2000, pasó a 4,88 x 1.000 nacidos vivos para el 2004, con una tendencia en aumento. No existe una relación directa entre número de casos de sífilis materna y congénita, si bien en las ciudades fronterizas sobresalen los casos de sífilis materna los resultados de sífilis congénita son relativamente bajos, es en la capital del país, Asunción, donde se presentó mayor concentración de casos de sífilis congénita, lo cual llama la atención teniendo en cuenta la facilidad de acceso a los servicios de salud, mayor cantidad de servicios, profesionales, diagnóstico y tratamiento, además del acceso a la información, situación que no se da en otras regiones del país, más aún las alejadas de la capital.

La sífilis congénita se adquiere a partir de una madre infectada en cualquier momento del embarazo o durante el parto, resulta de vital importancia el control prenatal; al respecto la mayoría de las gestantes concurren a su primer control prenatal recién al cuarto mes o más de su embarazo, esta conducta incide negativamente puesto que la prueba de laboratorio VDRL debe realizarse en la primera consulta y de preferencia al inicio del embarazo a fin de indicar el tratamiento correspondiente para evitar la sífilis congénita. Es común en nuestro medio que las embarazadas asistan a un control prenatal y luego a la hora del parto, con lo cual el promedio de consultas por embarazada no sobrepasa de dos, incluso en la capital donde se supone debería existir mayor control por las características propias de una población urbana, sin embargo, la realidad es tan igual o peor que en otras regiones, además las embarazadas concurren a la parteras empíricas que brindan atención domiciliaria y generalmente no solicitan estudios laboratoriales, por lo tanto se dificulta un diagnóstico y tratamiento oportuno.

En el presente estudio, la cobertura de serología para VDRL en embarazadas es de 13%, lejos está del cumplimiento de la meta propuesta por la OPS/OMS de un 95% de cobertura con VDRL para las embarazadas, sin considerar aún otros tipos de pruebas confirmatorias o de diagnósticos para la sífilis en embarazadas. Teniendo en cuenta dicha cobertura el número de embarazadas con sífilis que no llegan a ser diagnosticadas es muy alta por lo que las consecuencias se reflejan en los altos índices de sífilis congénita que va en aumento. Estos datos reflejan la pérdida de oportunidades por parte de los servicios de salud, de adoptar medidas de prevención y de intervención, pues la ausencia de diagnóstico y tratamiento precoz de la sífilis durante el embarazo puede llevar a un parto prematuro y al nacimiento de niños con sífilis congénita, muchas veces asintomática, con serias repercusiones futuras. Es importante destacar que la situación expuesta ni siquiera refleja todo lo que sucede en el sub sector público, es solo una parte de la problemática que debería investigarse exhaustivamente en todos los servicios de atención primaria, comenzando por un mejor registro de los casos, es decir que se presenta una necesidad de contar con un sistema de registro individual por embarazada y no por consultas como lo es actualmente.

Son diversos los factores que podrían ser los causantes de este fenómeno, entre ellos podemos clasificar lo concerniente a la población y a los servicios de salud: con respecto a la población: desconocimiento del tema, el estigma, promiscuidad, situación

socio económica y cultural de la mujer. Servicios de salud: del personal de salud: escasa sensibilización de los profesionales de la salud hacia la problemática, desconocimiento de las estadísticas respecto a las ITS, sub-registro, temor a la administración del tratamiento con penicilina, falta de normas. Del servicio: problemas en la accesibilidad, oportunidades perdidas, ausencia de programas de capacitación permanente sobre el tema, insuficiente e irregular disponibilidad de reactivos para la serología.

CONCLUSIÓN

- La situación epidemiológica de la sífilis materna y congénita a nivel país es preocupante pues se presentan en todas las regiones sanitarias, con mayor frecuencia en las ciudades fronterizas, la sífilis materna se mantiene alta pero estable (5,8%), mientras que la sífilis congénita va en franco aumento.
- El promedio de consultas prenatales por embarazada no sobrepasan de dos.
- La mayoría de las embarazadas concurren a su primer control prenatal luego del 4to. mes de embarazo.
- Es alto el porcentaje de oportunidades perdidas por parte de los servicios de salud para la realización de la prueba de VDRL a las embarazadas.
- Los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social presentan una baja cobertura de toma de muestras para VDRL en embarazadas.
- Las mujeres embarazadas son atendidas tanto por profesionales médicos, como por enfermeras, obstetras o auxiliares de enfermería.
- Finalmente, los resultados reflejan la necesidad de implementar programas dirigidos a la eliminación de la sífilis materna y por ende a la congénita y eso es posible..., ya lo ha demostrado Cuba, cuando los esfuerzos se encaminan hacia un objetivo y se cuenta con los recursos para hacerlo todo es posible, además debe haber voluntad política.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berdasquera D, Fariñas A, Ramos I. Las Enfermedades de transmisión sexual en embarazadas. Un problema de salud a nivel mundial. *Revista Cubana Medicina General Integral* 2001; 17(2): 185-90.
2. Valderrama J, Zacarías F. Eliminación de sífilis congénita en América Latina y el Caribe: marco de referencia para su implementación. Washington, D.C.: OPS, 2005.
3. Peter G. Red Book, Enfermedades Infecciosas en Pediatría. 24ª Edición. Argentina: Editorial Panamericana; 1999. 776.
4. 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/en/>. Acceso: 10 de setiembre de 2004.
5. Valderrama J Urquia B MA, Galván O G, Simán S R, Osimani M L, Abreu H. et al. Normas y estándares en epidemiología. Sífilis materna y sífilis congénita: definiciones de caso. *Boletín Epidemiológico. OPS* 2005; Vol. 26, (1). Marzo.
6. Valderrama J, Zacarías F, Mazin R. Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2004; 16 (3) Washington Sept.

- Disponibile en <http://www.scielosp.org/scielo.php/es>.
7. Gerbase A, Toscazo C, Titan S, Cuchi P, González-Salvatierra R, Zacañas F. Sexually transmitted diseases in Latin America and the Caribbean. *Revista Panamericana de Salud Pública* 1999; 5 (6): 362-70.
 8. Valderrama J Fernández G. Metodología para estudios de subnotificación de sífilis en embarazadas. Washington: OPS; 2005.
 9. Organización Panamericana de la Salud, Unidad VIH/SIDA. Hoja informativa sobre sífilis congénita. Washington febrero de 2004. Hallado en: http://www.paho.org/Spanish/D/FCH/AI/sifilis_cong_hi.pdf. Acceso: 1 de mayo de 2004.
 10. Dallabeta MD, Gina A. El control de las enfermedades de transmisión sexual: un manual para el diseño y la administración de programas. Washington, DC: OPS 1997:3-24, 174-81.
 11. World Bank. World Development Report 1993: investing in health. New York: World Bank, 1993.
 12. Rodríguez C S, Guimaraes M D C. Grupo Nacional de Estudios sobre sífilis congenita. Positividade para sífilis em puerperas: ainda un desafio para o Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2004; 16(3):168-75.
 13. Grimberg G, Ravelli MR, Etcheves PD C, Orfus G, Pizzimenti M C. Sífilis y embarazo – control prenatal, seroprevalencia y falsos biológicos positivos. *Medicina (Buenos Aires)* 2000; 60(3):343-7.
 14. Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud. Conocimientos, Aptitudes y Práctica (CAP). Relaciones con el HIV/SIDA en Paraguay. Talleres Repográficos del Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Asunción; 1993. 166 p.
 15. Organización Panamericana de la Salud. Resolución: 116ª Reunión del Comité Ejecutivo de la OPS; XXXVIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington: OPS; 1995. (Documento oficial CD38/15).
 16. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General. Dirección de los Servicios Normativos, Servicio Nacional de Epidemiología y Zoonosis, Departamento de Enfermedades Venéreas. Normas para el Control y Tratamiento de las Enfermedades de Transmisión Sexual (E.T.S.) Asunción – Paraguay; 1987. p 83.

Endereço para correspondência:**MALVINAPAEZ**

E-mail: malvinapaez@yahoo.es

Recebido em: 17/07/2006

Aprovado em: 29/09/2006