

**PREVALENCIA DE SÍFILIS EN EMBARAZADAS DE UNA  
MATERNIDAD DE TERCER NIVEL-ALTA COMPLEJIDAD**

**(2010-2013)**

Autores :Mgtr. María LICHA, Dra Mirta Gladys NOVELLO, Dra Patricia de Lourdes FERNANDEZ.

Laboratorio Bioquímico. Sección Serología. Hospital Materno Neonatal "Ministro Dr. Raúl Carrillo". AvdaCardeñosa 2900. Córdoba. (CP.5009)

Contacto:María Isabel LICHA, e mail: [marisa.licha@hotmail.com](mailto:marisa.licha@hotmail.com).Cel: 351-3077573

## RESUMEN

**Introducción:** La sífilis es una enfermedad sistémica causada por *Treponema pallidum*, siendo la infección natural exclusiva del ser humano. Una de las vías de transmisión es la transplacentaria ocasionando sífilis congénita que puede pasar en cualquier momento de la gestación produciendo aborto, *hidrops*, muerte fetal intrauterina o pasar clínicamente inadvertida al momento del parto **Objetivo General:** Analizar pacientes embarazadas con serología positiva para sífilis asistidas en el Servicio de Toco-ginecología del Hospital Materno Neonatal "Ministro Dr. Ramón Carrillo" de Córdoba Capital. **Objetivos específicos:** 1. Determinar la Tasa de Prevalencia de Sífilis. 2. Establecer el momento (edad gestacional) del diagnóstico serológico de sífilis. 3. Establecer la Tasa de prevalencia de sífilis en embarazos controlados y no controlados. 4. Evidenciar la población con tratamiento y diagnóstico previo de sífilis. 5. Evidenciar parejas con diagnóstico de sífilis. **Material y Método:** Investigación observacional, retrospectiva y de corte transversal. Se estudiaron el total de embarazadas que concurrieron al Laboratorio Bioquímico en el período enero 2010-diciembre 2013, a las cuales se les realizó extracción de sangre para el análisis serológico de sífilis. Pruebas bioquímicas realizadas, no treponémicas: URS y las treponémicas: hemoaglutinación o aglutinación pasiva de partículas. **Resultados:** se atendieron en total 27918 pacientes (media anual de 6979,5) de las cuales 303 fueron positivas para sífilis con una tasa de prevalencia de 1,09 %. Las edades de las pacientes oscilaron entre 14 a 48 años con una mediana de 25 años. El 60% de las pacientes fueron diagnosticadas recién en el tercer trimestre del embarazo y/o parto puerperio. **Conclusiones:** A pesar de contar con métodos de diagnóstico sencillo y tratamiento efectivo, la sífilis gestacional persiste como un problema de la salud pública. Intensificar las acciones para prevención de sífilis.

**Palabras claves:** sífilis, embarazo, prevalencia.

## INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad sistémica causada por *Treponema pallidum*, (*T. pallidum*) siendo la infección natural exclusiva del ser humano. En cuanto a la transmisión, el contacto sexual es la vía principal (1). Sin embargo, la sífilis congénita adquirida por vía transplacentaria, adquiere gran relevancia debido a las grandes consecuencias para el feto. La probabilidad de infección fetal es cercana al 70% si la madre se encuentra en las fases primaria o secundaria de la enfermedad pero se reduce al 30% durante las etapas tardías de la infección materna (sífilis latente tardía y terciaria), estimándose que dos terceras partes de los embarazos en mujeres infectadas resultan en sífilis congénita, con la consecuente, muerte fetal, hidrops fetal no inmune y aborto espontáneo (2-5).

La enfermedad puede ser clínicamente inaparente al momento del parto (60% de los casos) evolucionando durante la infancia con grave compromiso y secuela si no se diagnostica y trata oportunamente (6,7). Entre las secuelas se pueden enumerar: sordera, déficit neurológico, retraso del crecimiento y deformaciones óseas (8,9).

Las infecciones de transmisión sexual se encuentran entre las principales causas de enfermedad en el mundo y en la mayoría de los países de la América Latina y El Caribe y ellas tienen consecuencias económicas, sociales y sanitarias muy importantes.

Por lo antes dicho, motiva a las autoras analizar las características de la población de embarazadas con diagnóstico de sífilis atendidas en el Hospital Materno Neonatal a fin de contar con información que permita desarrollar un plan estratégico, definiendo las iniciativas y desarrollar medidas preventivas frente a este flagelo que afecta al binomio madre-hijo.

## **OBJETIVOS**

**General:** Analizar las características de las embarazadas con serología positiva para sífilis atendidas en el Servicio de Toco-ginecología del Hospital Materno Neonatal “Ministro Dr. Ramón Carrillo” de Córdoba Capital.

### **Específicos**

1. Determinar la tasa de prevalencia de sífilis en la población en estudio.
2. Establecer el momento (edad gestacional) del diagnóstico serológico de sífilis.
3. Establecer la tasa de prevalencia de sífilis en embarazos controlados y no controlados según las recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación (menos de 5 controles se considera embarazo mal controlado).
4. Evidenciar la población con tratamiento y diagnóstico previo de sífilis.
5. Evidenciar parejas con diagnóstico de sífilis.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **Tipo de Estudio**

El presente estudio es una investigación de tipo observacional, retrospectivo y de corte transversal.

### **Universo-Muestra**

El universo fue conformado por el total de pacientes asistidas en el Servicio de Toco-ginecología del Hospital Materno Neonatal “Dr. Ministro Ramón Carrillo” durante el periodo comprendido entre enero de 2010 y diciembre de 2013. De las cuales se tomaron estadísticas básicas obtenidas de fuentes secundarias (historias clínicas) protocolizando el estudio de los casos positivos según metodología utilizada.

### **Unidad de observación**

La unidad de observación fue la embarazada que concurrió al Servicio de Toco-ginecología del Hospital Materno Neonatal y derivada al Laboratorio Bioquímico para su estudio serológico.

Factores de inclusión: Se incluyeron todas las pacientes embarazadas atendidas durante el período antes mencionado sin distinción de nacionalidad.

### **Procedimiento de diagnóstico serológico**

El tipo de muestra utilizada para realizar el diagnóstico serológico fue suero. Las muestras de sangre se tomaron utilizando tubos *Vacutainer*, y centrifugadas por 15 minutos a 3500 rpm a fin de separar el suero para su posterior procesamiento. Las pacientes incluidas en el estudio debían concurrir en ayunas al laboratorio, en tanto que las hospitalizadas que por alguna razón no pudieron cumplir con este requisito debían contar con 3 horas de ayuno antes de la extracción.

A todas las muestras se las procesó utilizando como prueba no treponémica o de tamizaje la técnicaUSR (*UnheatedSerunReagin*) con el Kit diagnóstico “VDRL test” Marca Wiener® (10). Las muestras positivas fueron tituladas y confirmadas por pruebas treponémicas: a) Hemaglutinación mediante el *Kit*TPHA de BioSystems® (11) o b) Aglutinación pasiva de partículas con el kit Serodia-TP.PA, marca FUJIREBIO INC® (12), según la disponibilidad del Programa de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) del Ministerio de Salud de la Nación.

### **Elección de las técnicas de observación**

Se utilizó como fuente de recolección secundaria, datos de las estadísticas vitales del Servicio de Bioquímica-Sección Serología del Hospital Materno Neonatal

Para los casos especiales se revisaron todas las historias clínicas de las pacientes incluidas en el estudio. Para la recolección de los datos se confeccionó una matriz donde se vertieron los mismos para su procesamiento posterior.

### **Análisis e interpretación de los resultados y estadísticos utilizados**

El análisis de los datos de las variables categóricas se realizó analizando las frecuencias observadas, se describieron en tablas de contingencia. La distribución de las frecuencias se presentó en gráficas de barras. Para las variables mensurables se utilizaron medidas de posición. Para el análisis de significación se utilizó la prueba de  $\chi^2$ , un  $p < 0,05$  se consideró como significativo.

El procesamiento de los datos se hizo con el paquete estadístico SPSS versión 21.0.

## RESULTADOS

El total de pacientes atendidas en el período comprendido entre Enero de 2010 y Diciembre de 2013 fue de 27918 con una media anual de 6979,5 y una mediana de 6758 por lo que se deduce que la distribución fue Normal. Del total de pacientes estudiadas, 303 (1,09%) fueron positivas para sífilis. De las mismas se analizaron 227(75%) parejas, resultando 91(40%) con serología positiva y solo el 91% (n=83) recibieron antibioticoterapia.

**Tabla 1:** Distribución anual de la Tasa de Prevalencia de Sífilis.

<b>Año</b>	<b>Partos/Legrados</b>	<b>Sífilis (+)</b>	<b>Tasa de Prevalencia (%)</b>
<b>2010</b>	7430	80	1,08
<b>2011</b>	6972	79	1,13
<b>2012</b>	6751	52	0,80
<b>2013</b>	6765	92	1,36
<b>Total</b>	<b>27918</b>	<b>303</b>	<b>1,09</b>

En esta tabla podemos observar que la distribución de la Tasa de Prevalencia de Sífilis se mantuvo sin variaciones estadísticamente significativas durante el período analizado ( $\chi^2$ ,  $p < 0,05$ ).

**Tabla 2:** Distribución de la Tasa de Prevalencia según edad.

<b>Edad (años)</b>	<b>Sífilis (+)</b>	<b>Tasa de Prevalencia (%)</b>
<b>&lt;20</b>	45	15
<b>20-29</b>	182	60
<b>30-39</b>	61	20
<b>40 o mas</b>	15	5
<b>Total</b>	<b>303</b>	<b>100</b>

La edad de las pacientes estuvo comprendida en un rango de 14 a 48 años con una mediana de 25.

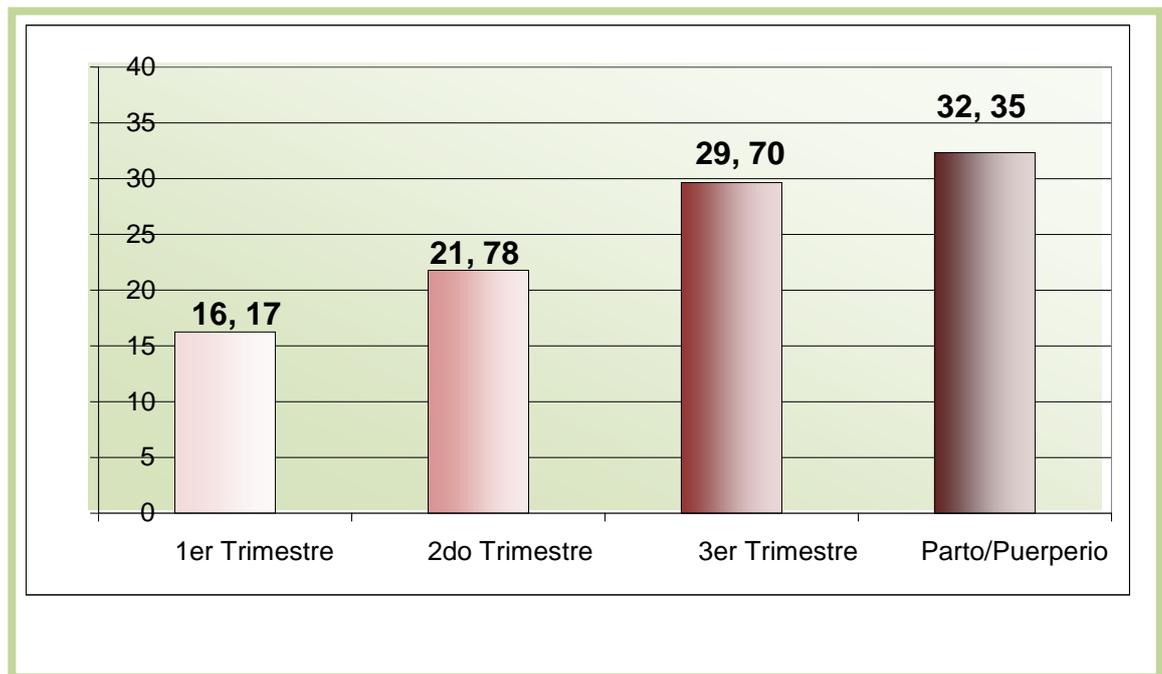
**Tabla 3:** Distribución de las Gestas Previas

<b>Gestas previas</b>	<b>Nº de embarazadas</b>	<b>Tasa de Prevalencia (%)</b>
<b>Primigestas</b>	43	14,19
<b>Secundigestas</b>	59	19,47
<b>Multigestas</b>	201	66,34
<b>TOTAL</b>	<b>303</b>	<b>100,00</b>

De las 303 pacientes Sífilis positiva, 201 (66,34 %) fueron multigestas, encontrándose diferencia estadísticamente significativa ( $\chi^2$ ,  $p < 0,05$ ) con el grupo de

primigestas (14,19%) y secundigestas (19,47%). Por otro lado, no se registraron diferencias estadísticamente significativa entre estas dos últimas ( $\chi^2$ ,  $p=0,05$ ).

**Gráfico I:** Distribución de la Edad Gestacional según el momento del diagnóstico.



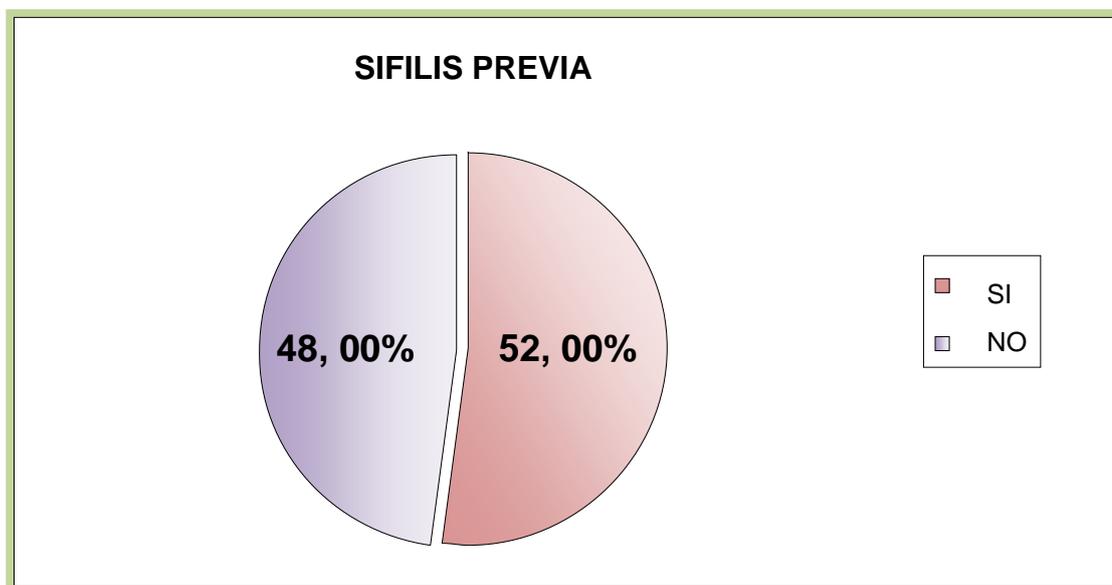
Como se ve reflejado en el gráfico I, más del 60% de las pacientes fueron diagnosticadas en el tercer trimestre (29,7%) y puerperio (32,35%) y sólo un 16,17% durante el primer trimestre.

**Tabla 4:** Distribución de las pacientes según el número de controles prenatales

<b>N° de Controles</b>	<b>N° de embarazadas</b>	<b>Tasa de Prevalencia (%)</b>
<b>Menor a 5</b>	138	45,55
<b>5 o más</b>	165	54,45
<b>TOTAL</b>	<b>303</b>	<b>100,00</b>

Se puede observar que no hay diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2$ ,  $p < 0,05$ ) entre los grupos de pacientes con embarazos controlados (5 o más) y no controlados (menor a 5 controles).

**Gráfico II:** Distribución de pacientes según diagnóstico y tratamiento previo al embarazo actual



En este gráfico puede vislumbrarse que no hay diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2$ ,  $p=0,05$ ) entre las pacientes con diagnóstico y tratamiento previo al embarazo en curso (52%) de aquellas que recién se diagnosticaron en la gesta actual (48%).

## DISCUSIÓN

La Tasa de Prevalencia para sífilis en embarazadas del Hospital Materno Neonatal en el período comprendido entre enero 2010 a diciembre 2013 fue de 1,09%, cifra que posiciona a la población estudiada por debajo de la media nacional (1,32%), según datos obtenidos del estudio “VIH y Sífilis – seroprevalencia en puérperas en Argentina” publicado en 2012 (13) (Tabla 1). Si nos comparamos con la información suministrada por la OPS de los programas nacionales de ITS/VIH/SIDA durante el año 2002, donde la prevalencia de sífilis en embarazadas fue de 3,1% en la Región de América Latina y el Caribe (ALC), oscilando entre 1,00% en Perú y 6,21% en Paraguay (13), estaríamos en un nivel de prevalencia muy por debajo de la media de ALC con cifras cercanas a las registradas en Perú. Debido a estos niveles de prevalencia tan altos la OMS/OPS pusieron como meta reducir para el año 2015 la prevalencia de sífilis en embarazadas a 1% (14) y es por ello que todos los países se alinearon a fin de poder llegar a la meta. En nuestro medio podemos decir la tasa de prevalencia del 1,09% se acerca bastante a las expectativas fijadas por OMS/OPS para este año.

En el presente estudio la edad de las embarazadas estuvo comprendida en un rango de 14 a 48 años con una mediana de 25 años, siendo estos datos coincidentes con los registros nacionales a saber: rango 12-49 años y mediana 24,7 años; edades compatibles con el período fértil de la mujer (13) (Tabla 2).

De las 303 pacientes positivas para sífilis, 201 (66,34 %) ya habían tenido otros embarazos, pero fueron diagnosticadas por nuestro servicio recién en la gesta actual. La explicación a esto se debe probablemente, por un lado, a que los partos anteriores se produjeron en instituciones no provinciales y por lo tanto no figuran en los registros, o bien por originarse el contagio en el período inmediatamente anterior al primer control de embarazo en curso y haberse producido una seroconversión (Tabla 3).

Cabe aclarar que la provincia cuenta con un Sistema de gestión hospitalaria contando con historia clínica única como identificación y seguimiento de los pacientes, descartando la posibilidad de cualquier subregistro.

Estudios realizados en El Salvador, arrojan resultados contrapuestos a los nuestros, evidenciando sólo un 9,4% de pacientes multigestas, probablemente haya en ese país mejores planes para la atención de la embarazada y de anticoncepción ya que tuvieron una prevalencia para sífilis materna en el año 2009 de 0,47% (15).

Más del 60% de las Sífilis fueron diagnosticadas durante el tercer trimestre y/o puerperio, dato coincidente con el informe venezolano (16) (Gráfico I) esto probablemente se debió a que la población de pacientes derivadas de los centros de salud periférica, donde se controlan los embarazos de bajo riesgo, llegaron a tener a su bebé, sin los controles serológicos de sífilis pertinentes a cada trimestre o sólo con el test de laboratorio no treponémico, y sin la confirmación a través de las pruebas treponémicas, por no contar con estos kits diagnósticos. Estos resultados no son comparables con los obtenidos a nivel nacional, donde el 49% de las pacientes tuvo su control en el primer trimestre, el 36% en el segundo y el 7% en el tercero y el 8% no tuvieron controles o fueron inadecuados (14). Aunque nuestros datos no permiten distinguir entre las mujeres a las que les fue solicitado el test y no lo realizaron, de aquellas a las que no les fue solicitado, ambas situaciones representan obstáculos en el proceso de acceso al diagnóstico aún cuando hay acceso a la consulta médica.

Respecto a los grupos de pacientes con embarazos controlados (5 o más) (54,45%) y mal controlados (menor a 5) (45,55%) (17), se observó que no hubo diferencia estadísticamente significativa entre ambos (Tabla 4). Datos que se contraponen con los registros nacionales donde si se observaron diferencias significativas, 67% con control y 33% con controles inadecuados o sin control

prenatal (14). Esta discrepancia probablemente se deba a fallas en el sistema de envío de muestras y recepción de resultados (referencia y contrarreferencia).

Al comparar el grupo de pacientes con diagnóstico y tratamiento previo al embarazo (52%) con las diagnosticadas en el actual embarazo (48%) (Gráfico II) pudo apreciarse que si bien no hubo diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2$ ,  $p=0,05$ ) el alto porcentaje del segundo grupo amerita que se tomen medidas a modo de que la paciente conozca su serología previamente para que pueda ser tratada oportunamente antes de embarazarse. Si bien no hay evidencia al respecto, consideramos esta información de gran importancia y a tener en cuenta por las autoridades sanitarias.

Como en toda enfermedad de transmisión sexual, fueron controladas el 75% las parejas de las embarazadas sífilis positiva, siendo reactivas solo el 40% de las mismas, esto se debió probablemente a que las embarazadas presentaron títulos de anticuerpos de memoria sin estar cursando la enfermedad. A los positivos (83/91) se les realizó el tratamiento correspondiente. Los registros de los países ALC son similares a los nuestros, donde logran controlar al 84,2% de las parejas, siendo positivas solo el 25% (4,18).

## CONCLUSIÓN

La sífilis es un problema de salud pública no solamente en nuestro país sino a nivel mundial. El hecho de contar con técnicas sencillas de diagnóstico y aunque el antibiótico de elección (penicilina) sea efectivo y económico, parecen no ser suficientes a la hora de combatir este flagelo social, que no se presenta solo, sino que además se acompaña por otras infecciones de transmisión sexual como VIH, HPV, etc. que agravan aun más la problemática a nivel mundial.

A pesar de los esfuerzos realizados y las estrategias propuestas por la OPS, UNICEF y CLAP algunos de los países de ALC no alcanzaron las expectativas propuestas para el año en curso (2015) de disminuir al 1% la tasa de Prevalencia de Sífilis. Sin embargo, en nuestro medio, gracias a la estrategia de pesquisa a todas las embarazadas y sus respectivas parejas, logramos evidenciar y evitar la reinfección con la consecuente propagación de la misma, logrando con la suma de esfuerzos tasas de prevalencia del 1,09%.

Si bien estamos en el camino correcto aun falta mucho por hacer. Mejorar la cobertura prenatal, a modo de promover un control temprano; educar a nuestra población con la finalidad de informar y concientizar sobre la importancia del correcto control durante el embarazo, mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia entre el nivel provincial y municipal y poder facilitar el seguimiento de nuestras pacientes son unas de las medidas que implementaremos a fin de mejorar la calidad de la atención y poder controlar esta infección.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Public Health Agency of Canada. STI data tables. Surveillance and Epidemiology Section, Community Acquired Infections Division, Centre for Infectious Disease Prevention and Control. 2007. [www.phacaspc.gc.ca/stdmts/stddata\\_pre06\\_04/index\\_tab\\_e.htm](http://www.phacaspc.gc.ca/stdmts/stddata_pre06_04/index_tab_e.htm).
2. Valderrama J, Zacarias F. Eliminación de la Sífilis Congénita en Latino América y El Caribe. Sífilis maternal y Sífilis congénita en América Latina un problema grave de solución sencilla. Marco de Referencia para su implementación. OPS; Washington; 2005.
3. Organización Panamericana de la Salud, Unidad VIH/SIDA. Hoja informativa sobre sífilis congénita. Washington DC: OPS. Febrero de 2004. [http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/sifilis\\_cong\\_hi.pdf](http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/sifilis_cong_hi.pdf).
4. Galban E, Benzaken A. Situación de la Sífilis en 20 países de Latinoamérica y el Caribe: año 2006. *DST – J bras Doenças Sex Transm* 2007; 19: 166-72.
5. Parra L, Wilka N, Sanchez F. Sífilis Congénita en el Servicio de Neonatología del Hospital "Dr. Ramón Madariaga". Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina N° 165 – Enero 2007.
6. Glaser J H. Centers for Disease Control and Prevention Guidelines for Congenital Syphilis. *J Pediatr* 1996; 129: 488- 90.
7. Abarzúa CF, Belmar JC, Alonso Rioseco R., Parada BJ, Quiroga GT y García CP. Pesquisa de sífilis congénita al momento del parto: ¿Suero materno o sangre de cordón? *Rev Chil Infect* 2008; 25: 155-61.
8. ONU-SIDA/ Organización Mundial de la Salud. Pautas para la vigilancia de las infecciones de Transmisión Sexual 1999. WHO/CHS/HSI/99.2 UNAIDS/00.03S

9. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted disease surveillance. Atlanta: US Department of Health and Human Services; 2007.
10. Manual of Test for Syphilis, cap. 8. American Public Health Association, Washington, D.C. 20005, 1990.
11. Tomizawa T, Kasamatsu S, Yamaya S. Usefulness of the Haemagglutination Test Using Treponemapallidum Antigen (TPHA) for the Serodiagnosis of Syphilis. Jap J Med Sci Biol 1969; 22:341-50.
12. Deguchi M, Hosotsubo H, Asari S, Yamashita N, Ohmine T, Amino N. Mesurment of anti-Treponemapallidum antibodies by the indirect agglutination reaction and clinical applications. Jarman, 1993; 5: 55-61.
13. 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/Pan Am J Public Health. 2004; 16:211-7.
14. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, OPS.OMS.UNFPA, UNICEF. HIV y Sífilis, seroprevalencia de puérperas Argentinas. Primera Edición. Diciembre 2012.
15. Ministerio de Salud de El Salvador, OPS/OMS, Centro Latinoamericano de Perinatologías Salud de la Mujer y Reproductivo. Diagnóstico Situacional de Sífilis Materna y Sífilis Congénita en las 28 maternidades de la red de establecimientos del Ministerio de Salud durante el año 2009. San Salvador. Setiembre 2010.
16. Oletta JF, Carvajal AC. Sífilis Congénita. Un problema de salud continuo pero descuidado. Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela. Noticias Epidemiológicas Nº 24; 3 de octubre 2010.

**17.** Programa Materno Infantil, Ministerio de Salud, Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Guía de procedimientos para el Control del Embarazo Normal y la Atención del Parto de Bajo Riesgo. Año 2001.

**18.** Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted disease surveillance. Atlanta: US Department of Health and Human Services; 2007.