



Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud Carrera de Medicina

**Año 2022
Trabajo Final de Carrera (Tesis)**

Análisis de casos de sífilis gestacional asociada a complicaciones materno-fetales durante 2021 en el Hospital Eva Perón

Analysis of cases of gestational syphilis associated to maternal-fetal complications during 2021 in Eva Perón Hospital

Alumno:

*Liseth Vanessa Echeverry
lisethvanessa.echeverry@alumnos.uai.edu.ar
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Universidad Abierta Interamericana*

Tutor:

*Gerardo Laube
gerardo.laube@uai.edu.ar
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Universidad Abierta Interamericana*

Agradecimientos:

*Servicio de Obstetricia Hospital Eva Perón
Dr Gerardo Laube
Daniel A. Morales*

Análisis de casos de sífilis gestacional asociada a complicaciones materno-fetales durante 2021 en el Hospital Eva Perón

Analysis of cases of gestational syphilis associated to maternal-fetal complications during 2021 in Eva Perón Hospital

Autores: Echeverry L, Laube G

Resumen

Introducción: La sífilis es una infección de tipo multisistémica que puede ser transmitida por contacto sexual o vertical durante el embarazo, el parto, el puerperio y la lactancia. La sífilis gestacional sin tratamiento puede producir aborto, muerte fetal, muerte neonatal, parto prematuro, bajo peso al nacer e infección congénita con diversos grados de afectación. Aunque la sífilis es una infección prevenible y tratable aún sigue siendo una problemática de salud pública. **Materiales y métodos:** Se analizaron 38 casos de mujeres embarazadas con sífilis gestacional durante 2021. Se consultaron las historias clínicas perinatales para analizar las complicaciones asociadas, además de los factores de riesgo y las condiciones socioeconómicas. **Resultados:** Se hallaron 38 casos de sífilis gestacional entre el total de 634 nacimientos registrados. La prevalencia de VDRL + antes de las 20 semanas de gestación fue de 4,6% y a partir de las 20 semanas fue de 5,8%. Entre las complicaciones más relevantes se encontró que 74% presentaron alteración en la altura uterina, 30% restricción de crecimiento intrauterino y 11% oligoamnios. **Conclusión:** Es necesario reforzar el diagnóstico, registro y tratamiento de sífilis gestacional, ya que se siguen presentando muchos casos y complicaciones asociadas a la misma.

Palabras Clave: Sífilis; Embarazo; Diagnóstico; Terapéutica; Complicaciones del embarazo, enfermedades infecciosas.

Abstract

Background: Syphilis is a multisystemic-type infection that can be transmitted by sexual contact or vertical-mode during pregnancy, childbirth, postpartum and breastfeeding. Untreated gestational syphilis can cause miscarriage, stillbirth, neonatal death, premature delivery, low birth weight, and congenital infection with varying degrees of disease. Although syphilis is a preventable and treatable infection, it is still a public health problem. **Material and methods:** 38 cases of pregnant women with gestational syphilis during 2021 were analyzed. Perinatal medical records were consulted to analyze associated complications, risk factors and socioeconomic conditions. **Results:** 38 cases of gestational syphilis were found among the total of 634 registered births. The prevalence of VDRL + before 20 weeks of gestation was 4.6%, and after 20 weeks it was 5.8%. Among the most relevant complications, it was found that 74% had alteration in the uterine height, 30% intrauterine growth restriction, and 11% oligoamnios. **Conclusion:** It is necessary to strengthen the diagnosis, registration and treatment of gestational syphilis, since many cases and complications associated with gestational syphilis still occurs.

Keywords: Syphilis; Pregnancy; Diagnosis; Therapeutics; Pregnancy Complications, Infectious.

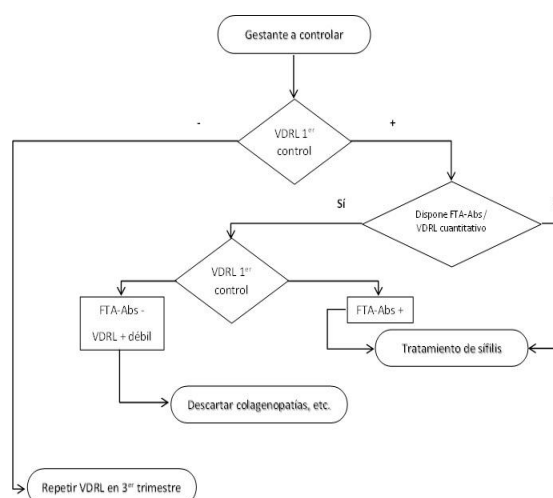
INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) se encuentran entre las principales causas de enfermedad en el mundo, con consecuencias económicas, sociales y sanitarias de gran repercusión en muchos países⁽¹⁾, una de ellas es la sífilis la cual es una enfermedad infecciosa de tipo multisistémica causada por la bacteria *Treponema pallidum*, de evolución crónica y muchas veces asintomática; esta puede ser transmitida por contacto sexual, vertical durante el embarazo y a través del canal de parto, puerperio y lactancia⁽²⁾.

La sífilis adquirida se subdivide en reciente si el tiempo de evolución de la enfermedad es inferior a un año (primaria, secundaria y latente reciente) y tardía (latente tardía y terciaria), si ha transcurrido más de un año de la infección⁽³⁾; en los casos de mujeres embarazadas con sífilis temprana se recomienda administrar por única vez 2,4 millones de unidades de penicilina G benzatínica, por vía intramuscular^(4,5,6); en los casos de sífilis tardía, la recomendación de tratamiento es el mismo medicamento aplicado una vez por semana durante tres semanas consecutivas, con el mismo modo de administración^(4,5,6).

Las mujeres embarazadas con sífilis pueden presentar serias complicaciones durante la gestación en hasta el 80% de los casos⁽⁷⁾. La SG sin tratamiento puede producir aborto, muerte fetal, muerte neonatal, parto prematuro, bajo peso al nacer e infección congénita con diversos grados de afectación⁽²⁾.

Para el diagnóstico de sífilis existen dos tipos de pruebas serológicas: pruebas no treponémicas (PNT), como VDRL, USR y RPR; y pruebas treponémicas (TP-PA, MHA-TP, FTA-abs)^(6,8). Según la recomendación de la OMS, se le debe realizar una PNT a la gestante durante el primer trimestre o en la primera consulta y se debe repetir en el tercer trimestre. El algoritmo diagnóstico es el siguiente⁽⁹⁾:



Se considera como un caso de sífilis gestacional a toda mujer gestante, puérpera o con aborto en los últimos 40 días; cuya prueba treponémica rápida sea positiva, acompañada de una prueba no treponémica reactiva (VDRL, RPR) a cualquier dilución, y que no ha recibido tratamiento adecuado para sífilis durante la presente gestación;

o que tiene una reinfección no tratada, independientemente de si presenta o no signos clínicos sugestivos de sífilis, como por ejemplo úlcera genital, erupción cutánea, placas en palmas y plantas, entre otras manifestaciones⁽¹⁰⁾.

El objetivo de este estudio es analizar la prevalencia, los factores de riesgo, las condiciones socioeconómicas y complicaciones materno-fetales asociadas a SG en el Hospital Interzonal General de Agudos Eva Perón de San Martín (HIGA-EPSM) durante el año 2021.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se utilizaron los datos del sistema informático perinatal (SIP) y las historias clínicas de pacientes gestantes que ingresaron en el servicio de obstetricia del HIGA-EPSM entre el 1 de enero de 2021 y el 31 de diciembre de 2021. Se realizó la búsqueda de las historias clínicas de gestantes encontrando 634 registros de nacimientos para el rango de fechas elegido; se seleccionaron aquellas con resultado de VDRL no treponémica positivo, quedando así 38 registros de mujeres gestantes con diagnóstico de sífilis gestacional, a las cuales se analizó el estado de salud materno-fetal registrado en la historia clínica perinatal.

Se consideró que la paciente padecía sífilis si los resultados de VDRL (prueba no treponémica, PNT) y FTA-Abs (prueba treponémica, PT) en ambos casos eran positivos; de lo contrario, se consideró sífilis pasada.

Se incluyeron los resultados de laboratorio y los datos socioeconómicos como variables de estudio:

- Sífilis:
 - a. Estadio: actual (PNT +, PT +); pasada (PNT +, PT -).
 - b. Semana de detección: < 20 semanas de gestación; ≥ 20 semanas de gestación.
- Factores socioeconómicos y de riesgo:
 - a. Edad: Adolescentes (14 - 17 años); Adultas jóvenes (18 - 24 años); Adultas (≥ 25 años)
 - b. Estado civil: soltera; unión estable (casada, conviviente); separada / divorciada; viuda; desconocido.
 - c. Nivel educativo: sin estudios; primario; secundario (completo / incompleto) universitario (completo / incompleto).
 - d. Método anticonceptivo: sí / no; cuál.
 - e. Controles prenatales: edad gestacional de 1^{er} control.
 - f. Número de gestas: gestas; partos; abortos.

Se excluyeron las gestantes menores a 14 años y los resultados de VDRL negativo.

El estudio es de tipo observacional de cohorte transversal, descriptivo, retrospectivo y monocéntrico. Los datos se registraron en tablas y se elaboraron gráficos comparativos con los resultados obtenidos.

RESULTADOS

Se encontraron 38 resultados de pruebas no treponémicas positivas entre las 634 mujeres gestantes con nacimientos registrados en el HIGA-EPSM durante el año 2021. Las pruebas de sífilis no treponémicas y treponémicas se clasificaron según su semana de detección así:

Prueba Sífilis No treponémica < 20s	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS
sin dato	12	1,9
negativo	391	61,7
positivo	20	3,2
se desconoce	211	33,3
		N casos= 634

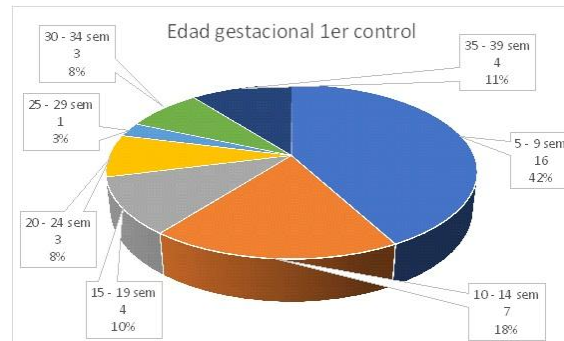
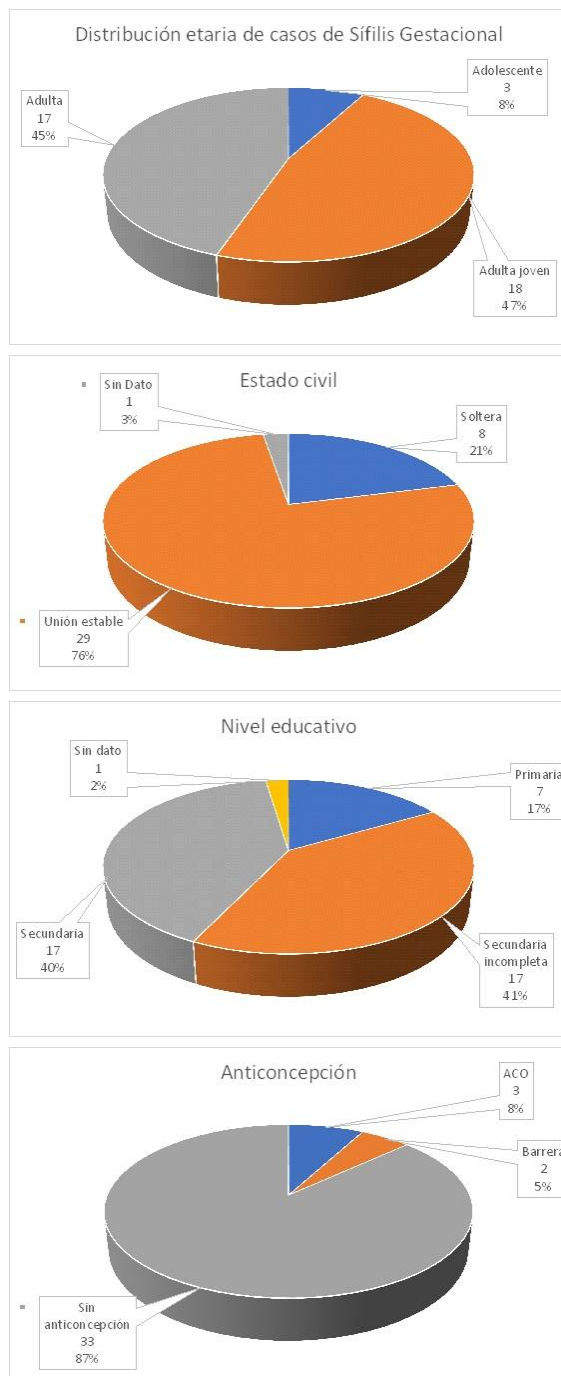
Prueba Sífilis No treponémica ≥ 20s	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS
sin dato	23	3,6
negativo	473	74,6
positivo	31	4,9
se desconoce	107	16,9
		N casos= 634

De las 20 gestantes con PNT positiva < 20 semanas, sólo 1 tuvo un resultado negativo en la PT (5%), correspondiéndole un estadio de sífilis pasada sin necesidad de tratamiento; los 19 casos restantes eran sífilis actual, de las cuales 14 se tiene registro que recibieron el tratamiento correspondiente (74%), mientras que las otras 5 no se cuenta con el registro (26%). Si bien, 13 de las 14 gestantes que recibieron tratamiento manifestaron tener una unión estable, tan sólo 7 parejas se sometieron al tratamiento (54%), las demás 6 no se dispone de la información (15%) o no recibieron el tratamiento (31%).

De las 31 gestantes con PNT positiva ≥ 20 semanas, 29 tuvieron confirmación de sífilis actual por medio de la PT (94%); de las restantes 2, una no se tienen datos de PT (3%), no obstante recibió el tratamiento respectivo; la otra, es la misma paciente identificada como sífilis pasada en la prueba realizada antes de las 20 semanas de gestación (3%), sin corresponderle tratamiento. Se encontraron registros de 20 gestantes que recibieron tratamiento (67%); 15 de ellas informaron estar en una unión estable, aunque sólo 9 parejas recibieron tratamiento (60%), otras 4 no lo recibieron (27%) y de 2 no se encontró registro (13%).

Estos datos nos permitieron determinar una prevalencia de 4,6% de sífilis gestacional diagnosticada durante las primeras 19 semanas de gestación, y de 5,8% de casos diagnosticados a partir de la semana 20.

A continuación están los datos relacionados con los factores socioeconómicos y de riesgo basados en los datos que se hallaron en las historias clínicas consultadas:



En el 74% de los casos, las gestantes tuvieron al menos 1 registro de control en donde el valor de la altura uterina se encontraba por debajo del percentil 10 o por encima del percentil 90, siendo consideradas como altura uterina anormal. Esto impacta directamente sobre la cantidad de casos de restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), la complicación con la mayor frecuencia de ocurrencia que se observó entre las gestantes (30%). Las demás complicaciones que se observaron, ordenadas de mayor a menor prevalencia, fueron: oligoamnios (11%), colestasis (8%), hipertensión gestacional (5%), taquicardia fetal sostenida (3%) y presencia de líquido meconial espeso (3%).

Por otra parte, se encontró que en el 61% de los casos registrados el embarazo se finalizó por medio de cesárea.

Finalmente, el 21% de los embarazos se finalizó antes de cumplir las 37 semanas de gestación.

DISCUSIÓN

La sífilis, a pesar de ser una enfermedad fácilmente diagnosticable y tratable, cuyo único reservorio es el ser humano y las vías de transmisión son limitadas⁽¹¹⁾, sigue estando en el mapa de la problemática de salud pública en varias regiones del mundo, especialmente en Latinoamérica, en donde la prevalencia es más alta que en otras regiones del mundo.

La sífilis gestacional se ha identificado como un problema de salud pública, que ha motivado la intervención de los diferentes estados y organismos internacionales de la salud ya que a pesar de contar con múltiples políticas de salud pública en casi todos los países, representa aún un problema de salud en todo el mundo⁽¹²⁾.

En Argentina también se observan regiones con mayor prevalencia que otras, siendo el centro y el NEA las regiones más afectadas⁽¹³⁾; esto puede deberse a las dificultades de acceso a la salud

sexual y reproductiva, el bajo nivel de escolaridad, la violencia sexual, los programas de prevención y promoción con insuficientes recursos, la falta de recursos diagnósticos y controles prenatales, entre otros aspectos⁽¹⁴⁾.

La importancia del diagnóstico precoz de sífilis gestacional radica en la disminución de complicaciones materno-fetales, es por esto que se debe cumplir cabalmente la recomendación de OMS de efectuar las pruebas diagnósticas en primer y tercer trimestre de gestación. Según la evidencia científica analizada por la OMS para hacer esta recomendación, si en un lapso de 4 años se realizaran las pruebas de detección de sífilis sobre un millón de mujeres gestantes, se podrían evitar hasta unas 4500 muertes intrauterinas, hasta 2000 muertes de neonatos, la infección de hasta 3300 recién nacidos así como el nacimiento de hasta 1200 bebés prematuros o con bajo peso. Por otra parte, también se resalta la importancia de efectuar la primera prueba diagnóstica tan pronto como sea posible, ya que se tiene evidencia que hay mayores riesgos de complicaciones materno-fetales cuando este diagnóstico se hace recién en el tercer trimestre de embarazo, en comparación con el primer y segundo trimestres⁽¹⁵⁾.

Como medida adicional, se puede incluir dentro de los programas de educación sexual integral a la población en general la sensibilización sobre los riesgos asociados a la sífilis, especialmente para las mujeres gestantes.

Los hallazgos de este estudio resaltan la problemática de salud pública que todavía genera la SG ya que como se puede concluir sigue habiendo un gran porcentaje de complicaciones materno-fetales vinculadas con la enfermedad que podrían ser fácilmente evitables dado que se trata de una patología bien conocida, de larga data, contra la cual se dispone de tratamientos, métodos de prevención y que es de notificación obligatoria en el sistema nacional de vigilancia en salud. Se pone también de manifiesto la necesidad a corto plazo de mayores inversiones para mejorar la calidad de la atención prenatal y neonatal, teniendo en cuenta que la prevención consiste en el manejo adecuado de esta infección en la gestante y el recién nacido.

Con este análisis de casos se evidencian algunas carencias existentes en los órganos responsables de la salud los cuales deben invertir de manera efectiva en la formación de profesionales para mejorar los registros existentes en términos de cantidad y calidad, ya que como se desprende de las estadísticas presentadas existe un alto porcentaje de subregistro, bien sea porque no se cargan adecuadamente los datos o porque no se está

aplicando rigurosamente la indicación de efectuar las pruebas de detección en tiempo y forma⁽¹⁶⁾.

También es una realidad la necesidad inmediata de mejorar el sistema de salud, el acceso a la salud y la educación en la prioridad de que las mujeres embarazadas realicen cumplidamente los controles prenatales; con los resultados que se obtuvieron se remarcan como problemática las condiciones socioeconómicas, la educación y utilización de métodos anticonceptivos y, en este caso, como es una infección de transmisión sexual, la forma de prevención principal es el uso métodos de barrera. En la mayoría de los casos analizados (87%) no usaban ningún método de planificación; no obstante, el 71% de los casos estudiados las gestantes manifestaron ser embarazos no planeados.

A la vez, existe otra problemática y es la falta de adherencia al tratamiento de la gestante y en mayor porcentaje la de la pareja, esto último hace que el tratamiento de la mujer sea ineficaz, ya que si la pareja no es tratada puede causar una reinfección. Como oportunidad de mejora, se puede elevar el nivel de atención a las pacientes y fomentar la capacitación del personal involucrado en la atención ya que, como se mencionó previamente, muchos datos no fueron registrados apropiadamente o no se realizaron las pruebas de detección.

Es un hecho que en la Provincia de Buenos Aires, así como en la mayoría del país, en los hospitales públicos se carece de muchos recursos, humanos y materiales, y la población que se atiende en estos, tanto como en el nosocomio donde se realizó el estudio, corresponde a mujeres de muy bajos recursos, que al menos una tercera parte de ellas tienen varias gestas y en la mayoría de los casos no tiene un acompañamiento por su pareja o familiares.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Catuogno F, Cuevas FB, Rosselli GS. *Estudio epidemiológico de sífilis en embarazadas en un hospital bonaerense en el período 2010-2015* [Internet]. Rev Bioquímica Patol Clínica. 2017; 81(1):35–40 [citado 2022 Jul 23]. Disponible en: <http://www.revistabypc.org.ar/index.php/bypc/artic/e/view/112/264>

² Alborno M, Lazarte S. *Prevalencia de sífilis en puérperas sin control serológico en el último mes de gestación y estudio de su relación con factores de riesgo*. Rev. argent. salud pública [Internet]. 2018 Jun; 9 (35):25-32 [citado 2022 Jul 23]. Disponible en:

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-810X2018000200005&lng=es

³ Arando Lasagabaster M, Otero Guerra L. *Sífilis*. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. [Internet]. 2019 Jun; 37 (6): 398 - 404 [citado 2022 Jul 23]. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30738716/>

⁴ World Health Organization. *WHO guidelines for the treatment of Treponema pallidum (syphilis)* [Internet]. World Health Organization; 2016 [citado el 23 de julio de 2022]. 50 p. Disponible en:

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/249572>

⁵ Casanova JM, Abdulghani N, Manzardo C. *Sífilis*. FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria [Internet]. 2020 Mar; 27 (3, Supplement 1): 44 - 55 [citado 2022 Jul 23]. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134207220300335>

⁶ Casas-P. RL, Rodríguez M, Rivas J. *Sífilis y embarazo: ¿cómo diagnosticar y tratar oportunamente?* [Internet]. Rev Colomb Obstet Ginecol. el 30 de marzo de 2009;60(1):49-56 [citado 2022 Jul 23]. Disponible en:

<https://revista.fecolsoq.org/index.php/rcog/article/view/353/371>

⁷ World Health Organization. *Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis and hepatitis B virus* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [citado 2022 Jul 23]. Disponible en:

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/349550>

⁸ Medicamentos esenciales. *Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS)* [Internet]. Serie: Infecciones prevalentes en el Primer Nivel de Atención. Fascículo 7: Infecciones de transmisión sexual. Ministerio de Salud de la Nación; 2018. [citado 2022 Jul 23]. 50 p. Disponible en:

<http://www.medicamentos.msal.gov.ar/medicamentos/images/2018/F7IIPMARZO.pdf>

⁹ Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. *Obstetricia*. 6a ed. Argentina: El Ateneo; 2005. 728 p. Capítulo 9: Enfermedades maternas en el embarazo.

¹⁰ Instituto Nacional de Salud. *Informe de sífilis gestacional y sífilis congénita, Colombia, Año 2017*

[Internet]. Ministerio de Salud; Colombia. 2018;(03):23 [citado 2022 Jul 23]. Disponible en:

<https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/S%C3%8DFILIS%20GESTACIONAL%20Y%20%20S%C3%8DFILIS%20CONG%C3%89NITA%202017.pdf>

¹¹ Corrales SC. *Importancia epidemiológica del diagnóstico temprano en el manejo de sífilis gestacional y congénita, falla terapéutica del tratamiento secundaria a demora en el diagnóstico*. Rev Salud Bosque. 2013;3(2):43-8. [citado 2022 Jul 23]. Disponible en:

<https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RSB/article/view/41/27>

¹² Cuervo LC, Perdomo D, Quintero S. *Descripción del proceso de atención, dirigido a la detección, tratamiento y seguimiento de la sífilis gestacional desarrollado en el programa de salud materno en un hospital de primer nivel de Bogotá D.C*. Mov Científico. el 31 de diciembre de 2012;6(1):84-90 [citado 2022 Jul 23]. Disponible en:

<https://revmovimientocientifico.iberu.edu.co/article/view/161/133>

¹³ Secretaría de Gobierno de Salud. *Boletín Integrado de Vigilancia N° 450, Semana Epidemiológica 19* [Internet]. Ministerio de Salud y Desarrollo Social; 2019 [citado 2022 Jul 23]. 89 p. Disponible en:

<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/boletin-integrado-vigilancia-n451.pdf>

¹⁴ Macêdo VC de, Lira PIC de, Frias PG de, Romaguera LMD, Caires S de FF, Ximenes RA de A. *Risk factors for syphilis in women: case-control study*. Rev Saude Publica. [Internet]. 2017 Ago; 51: 78 [citado 2022 Jul 23]. Disponible en:

<https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/138335/133814>

¹⁵ Organización Panamericana de la Salud. *Guía de la OMS sobre detección y tratamiento de la sífilis en embarazadas* [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2019 [citado 2022 Jul 23]. 58 p. Disponible en:

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51791>

¹⁶ World Health Organization. *Eliminación mundial de la sífilis congénita: fundamentos y estrategia para la acción*. The global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008 [citado 2022 Jul 23]. Disponible en:

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43856>