



Universidad Abierta Interamericana
Sede Centro San Juan
Facultad de Medicina y Ciencias de la salud

Título: “Muerte fetal y control prenatal en mujeres embarazadas con diagnóstico de sífilis”
"Fetal death and prenatal control in pregnant women diagnosed with syphilis"*

Autor: Marca Haydee Roxana

Tutor: Dra. Varela Cecilia; tel. cel:1157133727; lugar de trabajo: Hosp. Ana Goitia.

Fecha de presentación: 1 de octubre de 2019

Índice

Contenido

Resumen:	3
Abstract	4
Introducción:	5
Marco teórico:	6
Problema:	15
Objetivos	15
Materiales y métodos:	16
Resultados:	17
Conclusión:	32
Discusión:	33
Bibliografía:	34

Resumen:

Introducción: La sífilis congénita es una enfermedad que constituye un importante problema de salud pública, a pesar del tratamiento eficaz y de la difusión de la pesquisa.

La pesquisa correcta constituye el único recurso para reducir la incidencia de esta afección, se recomienda a todas las mujeres una prueba no treponémica (RPR o VDRL) durante el primer trimestre, a principios del tercer trimestre, en el parto, dado que la infección primaria puede producirse después de la última determinación, en especial si las parejas no han sido tratadas. La sífilis congénita puede prevenirse. El control prenatal inadecuado durante el embarazo constituye el factor de riesgo más importantes.

Objetivos: Identificar la tasa de Mortalidad Fetal por sífilis congénita y la relación con la falta de control prenatal en gestantes del Hospital materno infantil Ana Goitia.

Materiales y métodos: se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, longitudinal, retro-prospectivo, en base a datos obtenidos de 67 historias clínicas correspondientes a embarazadas con diagnóstico confirmado de sífilis de los servicios de obstetricia del Hospital de maternidad Ana Goitia.

Resultados: se identificaron 67 gestantes con VDRL positiva, de las cuales 6 terminaron en muerte fetal y 61 en nacimientos vivos. La incidencia de sífilis en gestantes del estudio fue de 3%. De la población estudiada el 53% tenían más de 5 controles prenatales, el 38% tenía entre 3 a 5 controles y el 9% menos de 3 controles prenatales, dentro de este último se encuentran las muertes fetales.

Conclusiones: La tasa de Mortalidad por sífilis congénita en las pacientes del servicio de obstetricia del Hospital Materno infantil Ana Goitia fue de 24%, relacionándose dicho porcentaje al control prenatal inadecuado. Se pudo evidenciar un buen control prenatal y tratamiento en el resto de las gestantes con diagnóstico de sífilis, no así de las parejas.

Palabras claves: prevalencia, sífilis gestacional, sífilis congénita.

Abstract

Introduction: Congenital syphilis is a disease that constitutes an important public health problem, despite the effective treatment and diffusion of the research.

Inadequate prenatal control during pregnancy is the most important risk factor. Congenital syphilis can be prevented.

The right research is the only resource to reduce the incidence of this condition, a non-treponemal test (RPR or VDRL) is recommended for all women during the first trimester, at the beginning of the third trimester, in childbirth, given that the primary infection It may occur after the last determination, especially if the partners have not been treated.

Objectives: to identify the fetal mortality rate due to congenital syphilis and the relationship with the lack of prenatal control in pregnant women at Ana Goitia hospital.

Materials and methods: an observational, descriptive, longitudinal, retro-prospective study was carried out, based on data obtained from 67 clinical histories corresponding to pregnant women with a confirmed diagnosis of syphilis of the obstetrics services of the specialized maternal and child hospital of Agu-dos Ana Goitia.

Results: 67 patients with positive VDRL were identified, of which 6 ended in fetal death and 61 in live births. The incidence of syphilis in pregnant women in the study was 3%. Of the population studied, 53% had more than 5 prenatal controls, 38% had between 3 to 5 controls and 9% less than 3 prenatal controls, within the latter are fetal deaths.

Conclusions: the mortality rate due to congenital syphilis in patients of the obstetrics department of the Ana Goitia Maternal and Child Hospital was 24%, this percentage being related to inadequate prenatal control. A good prenatal control and treatment of pregnant women with a diagnosis of syphilis could be evidenced, but not in couples.

Keywords: prevalence, gestational syphilis, congenital syphilis.

Introducción:

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual causada por una bacteria llamada *treponema pallidum*, que afecta tanto a varones como a mujeres.

La sífilis congénita, también producida por el *treponema pallidum* es adquirida por el feto durante el embarazo, a través de la placenta. Una mujer embarazada con Sífilis, con un tratamiento inadecuado tiene un riesgo mayor al 50% de que afecte al feto, dando como consecuencia un recién nacido con sífilis, mortinato o aborto espontáneo.

Es una de las enfermedades que más consecuencias negativas tiene para la salud pública por su alta capacidad de transmisión vertical durante cualquier momento del embarazo. El screening rutinario, con test serológicos como el VDRL, debe realizarse en la primera consulta del embarazo, pero un segundo test en el tercer trimestre puede ser útil para la detección de una infección tardía.

En las etapas primaria y secundaria de la infección por sífilis en el embarazo existe una alta concentración de espiroquetas del *Treponema pallidum* en sangre, lo que constituye un alto riesgo de infección transplacentaria de 90 a 100%. La mitad de los casos termina en resultados adversos del embarazo y la otra mitad en sífilis congénita, siendo las 2/3 partes asintomáticos. Cuando inicia la etapa latente precoz, el riesgo de transmisión cae a 80% y luego a 50% tras un año o más de adquirida la infección materna.

Un seguimiento y tratamiento adecuados durante el embarazo contribuye a la reducción en la transmisión perinatal.

El control prenatal adecuado pasa a ser un pilar fundamental para reducir la frecuencia y severidad de la sífilis congénita.

Marco teórico:

Sífilis

La sífilis es una enfermedad sistémica causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*. El período de incubación de la enfermedad es de 10 a 90 días y de tres semanas en promedio. Se transmite principalmente durante las relaciones sexuales y a veces también por contacto con las lesiones o por transfusión de sangre cuando el donante está en fase temprana de la enfermedad.

Para la persona afectada los signos característicos son difíciles de reconocer porque la lesión inicial, que se conoce por chancro, puede presentarse en zonas poco visibles. Por otro lado, los síntomas iniciales no alcanzan la intensidad necesaria para motivar la consulta médica. El curso de la enfermedad se divide en cuatro estadios: sífilis primaria, secundaria, latente y terciaria.

La sífilis primaria se caracteriza por la aparición del chancro, úlcera indolora que dura de dos a seis semanas. Después de semanas o meses pueden producirse una erupción cutánea y síntomas generales inespecíficos, como el cansancio, la pérdida del apetito y las adenopatías. A veces también se produce una grave afectación de las meninges, pero es menos frecuente.

Cuando la sífilis se deja sin tratar puede haber un período que se caracteriza por ausencia de síntomas y por poca contagiosidad (sífilis latente). Cerca de un tercio de las personas que han padecido sífilis secundaria desarrollan las complicaciones de la sífilis terciaria. En esta etapa se afectan el corazón, las articulaciones, el cerebro, el sistema nervioso y casi cualquier parte del cuerpo.

La sífilis congénita

La sífilis congénita se debe al paso transplacentario del treponema, aunque también puede producirse la infección fetal por contacto directo con una lesión, a través del canal de parto. La transmisión durante el periodo de lactancia materna es infrecuente, salvo aquellos casos en que existen lesiones infecciosas en la mama.

El riesgo global de infección transplacentaria del feto es de alrededor del 60-80%, y la probabilidad aumenta durante la segunda mitad del embarazo. Por lo general, se transmite la sífilis materna primaria o secundaria no tratada, pero la sífilis latente o terciaria solo se transmite en un 20% de los casos. La sífilis no tratada en el embarazo también se asocia con un riesgo significativo de muerte fetal y neonatal. En los recién nacidos infectados, las manifestaciones de sífilis se clasifican en congénitas precoces (es decir, del nacimiento a los dos años de edad) y congénitas tardías (es decir, después de los 2 años)

Las lesiones húmedas de la etapa primaria y secundaria son contagiosas por presentar alta concentración de espiroquetas.

La vía transfusional es poco frecuente dado el control de la sangre y hemoderivados por los servicios de hemoterapia.

Epidemiología

La mortalidad infantil y las Infecciones de Transmisión Sexual, particularmente el VIH/SIDA y la Sífilis, constituyen uno de los problemas más importantes para la salud mundial.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hasta agosto del 2018 reportaron que cada año 5,6 millones de personas contraen sífilis

La sífilis es una enfermedad mundial. La falta de fronteras geográficas y políticas que tiene la epidemia, junto con la concentración en grupos vulnerables (pobres, aborígenes, migrantes y adolescentes) hacen más difícil su control.

América Latina y el Caribe son una de las regiones en donde la sífilis congénita se presenta como uno de los problemas más importantes en el sistema de salud. Los factores que influyen en su persistencia son los obstáculos para el acceso a los servicios de control prenatal, la desigualdad en el acceso al sistema de salud, la falta de percepción de las posibles consecuencias graves por parte de las gestantes y las faltas de políticas, programas y proveedores de atención sanitaria.

En Sudamérica la prevalencia de mujeres embarazadas con VDRL (+) oscila entre el 0,02% y el 4,5% en los países desarrollados, mientras que en los países subdesarrollados el porcentaje se presenta entre un 3% y 18%.

Para el año 2000, el Ministerio de Salud implementó el "programa para la erradicación de la sífilis congénita", el cual establecía estrategias de diagnóstico y manejo de la sífilis en la gestante, con base en la evidencia que muestra que el tratamiento apropiado de la gestante previene complicaciones como muerte fetal o perinatal, bajo peso al nacer, enfermedad neonatal o infección latente, que puede conllevar secuelas tardías. El programa no ha dado los resultados esperados, dada la dificultad para identificar de manera adecuada a las mujeres infectadas para ofrecerles un tratamiento oportuno.

En Argentina, la sífilis congénita varía entre las diferentes provincias, siendo el Noreste la región en donde está naturalizada esta infección como una endemia regional.

Argentina registró un aumento de los casos de sífilis, que según los últimos datos del Boletín Epidemiológico del Ministerio de Salud mostró que en Buenos Aires, la provincia más poblada del país, la enfermedad se incrementó un 30% entre 2015 y 2016. La Ciudad de Buenos Aires pasó de 1.898 casos en 2015 a 1.967 en 2016 (aumento de 4,6%); en Córdoba de 19% (981 a 1.210), en Santa Fe de 15% (937 a 1.095); Mendoza de 55% (142 a 315); Chubut de 58% (57 a 135) y La Pampa de 80% (24 a 117). En algunas provincias se registraron bajas anuales, tal como Entre Ríos, que pasó de 263 casos a 259; Corrientes de 292 a 122; Chaco de 684 a 450 o Misiones de 553 a 361.

En 2015, en el Hospital Posadas se registraron 112 casos de sífilis, 44 en embarazadas y 20 de bebés nacidos con sífilis congénita, mientras que en 2016 los casos totales aumentaron a 183, las embarazadas fueron 62 y los bebés 32. Reflejando un 1,3% en 2015 mientras que en 2016 esa cifra aumentó al 2,3% y el incremento del 6% al 11% en un año la cantidad de nacidos en el que manifestaron la enfermedad.

Para explicar el aumento de los casos, los profesionales explicaron que se ve un incremento en las relaciones sexuales sin preservativo, al tiempo que precisaron que las tasas más altas de contagio se dan en jóvenes y homosexuales.

El director del área de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) del Ministerio de Salud, Sergio Maulen, comentó que la epidemia no está controlada porque la gente no se está cuidando -"Hay una falsa sensación de seguridad en no usar el preservativo porque en los últimos años mejoró el combate a las enfermedades de transmisión sexual"-.

La clave de la problemática es reforzar los trabajos en prevención y educación -"Hay que reforzar la idea del uso del preservativo"-.

El análisis realizado por OMS/OPS y UNICEF en 2015 evidenció para el año 2014 en Argentina una tasa de sífilis congénita de 1,32 casos cada 1000 nacidos vivos. Teniendo en cuenta que el número de nacidos vivos en nuestro país oscila alrededor de los 750.000 por año, cerca de 1000 niños nacerían con sífilis cada año. También, un número de embarazos aún no completamente conocido debido al subregistro, culminarán en aborto espontáneo o mortinato por la misma causa. Algunas jurisdicciones han estimado una prevalencia cercana al 6% en este grupo de pacientes. En la provincia de Buenos Aires, al-

gunas áreas del conurbano, concentran el mayor número de casos de sífilis congénita registrados. Un análisis reciente de esa base de datos, correspondientes a 78 establecimientos Provinciales y Municipales que incluye un hospital Nacional, mostró que la prevalencia sobre los datos validados de 106.075 embarazadas, la prevalencia de sífilis fue de 2,2%.

El tamizaje está basado en la evaluación realizada en el primer trimestre con pruebas no treponémicas como VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), combinada con pruebas treponémicas confirmatorias como FTA-ABS (Fluorescent Treponemal Antibody Absorption). Para aquellas gestantes que resulten reactivas en las primeras pruebas, se constituye en una estrategia costo-efectiva; siendo necesario reevaluar en el tercer trimestre a las pacientes que resulten no reactivas en las pruebas iniciales.

Clínica

Manifestaciones clínicas en la mujer y el feto:

El estadio inicial de la enfermedad se denomina chancro sifilítico. Tras un periodo de incubación de 10 a 90 días, una pápula solitaria con ulceración central erupcionada en el sitio de inoculación, generalmente en los órganos genitales, y con menos frecuencia en la mucosa oral y rectal.

Aproximadamente 2 a 6 semanas luego de la resolución del chancro, se presentan las manifestaciones sistémicas de la enfermedad: adenopatías generalizadas, erupción maculopapular generalizada, compromiso de palmas y plantas, alopecia en parches, condiloma plano (altamente infeccioso), hepatitis leve, y síndrome nefrótico, las cuales constituyen la sífilis secundaria, seguida de una fase latente de la enfermedad, caracterizada por pruebas serológicas reactivas en pacientes asintomáticos. Esta fase se subdivide, a su vez, en temprana, un tercio de los afectados pueden desarrollar sífilis terciaria, caracterizada por lesiones destructivas de la aorta (aneurisma aórtico, regurgitación, aortitis sifilítica), trastornos del sistema nervioso central (tabes dorsal, sífilis meningovascular, paresia general), compromiso de la piel y el sistema óseo (gomas)

La madre puede transmitir la infección al feto a través de la placenta o durante el paso del canal del parto, por contacto del recién nacido con una lesión genital, el riesgo de transmisión vertical varía de acuerdo con el estado en que se encuentra la infección de la madre durante el embarazo. La probabilidad de transmisión durante la sífilis primaria o secundaria no tratada es de 60 a 90%; en la sífilis latente temprana es de 40% y en la sífilis latente tardía se reduce a menos de 10%. Los recién nacidos que sufren de infección en utero pueden fallecer o desarrollar secuelas. La sífilis no se transmite por la lactancia materna, a menos que haya una lesión infecciosa presente en la mama.

Manifestaciones en el feto:

La sífilis fetal grave se produce por la invasión masiva del treponema a los sistemas linfático y venoso del cordón umbilical, produciendo una serie de sifilomas, especialmente a nivel de las vísceras, afectando al hígado, bazo, y pulmón, ocasionando habitualmente la muerte y expulsión fetal con aspecto macerado o edematoso (hidrops fetal).

La sífilis congénita ha sido dividida en:

- Sífilis congénita temprana: Con manifestaciones clínicas que aparecen dentro de 2 primeros años de vida. Puede manifestarse como coriza sifilítica, erupciones cutáneas (pénfigo sifilítico) hepatoesplenomegalia acompañada de ictericia, pseudo-parálisis de Parrot, anemia y edema generalizado.



figura 1: pénfigo sifilítico, un exantema vesiculo-buloso con compromiso de palmas y plantas en un neonato con sífilis congénita. Sociedad Ibero americana de información científica. 2010



Figura 2: erupción vesiculoampollar en la palma, las axilas y la cara de un recién nacido con sífilis congénita. © Springer Science+Business Media.



Figura 3: exantema maculopapular que compromete toda la superficie corporal en un neonato con sífilis congénita. Sociedad Ibero americana de información científica. 2010

- Sífilis congénita tardía: transcurridos dos años de vida se desarrolla una sintomatología diversa. Aparecen los estigmas sifilíticos como queratitis intersticial (el más frecuente y más grave), sordera (afectación VIII par craneal), tibia en sable, protuberancia frontal, dientes de Hutchinson, nariz en silla de montar, sinovitis de rodillas (articulaciones de clutton) y rágades periorificiales.



Figura 4: La osteoperiostitis de la tibia "tibias en sable". Imagen cortesía de Robert Sumpter a través de la Public Health Image Library de los Centers for Disease Control and Prevention.



Figura 4: Incisivos de Hutchinson. Imagen cortesía de Robert E. Sumpter a través de la Public Health Image Library de los Centers for Disease Control and Prevention.

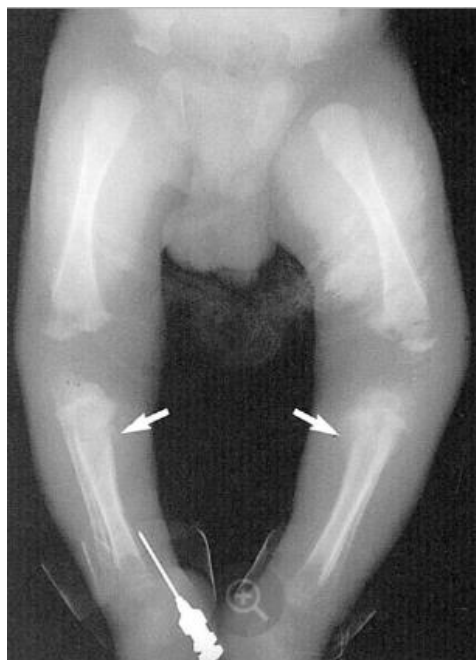


Figura 5: Signo de Wimberger. Esta fotografía muestra lesiones líticas en la cara medial de la porción proximal de la tibia (flechas).© Springer Science+Business Media

Diagnóstico

El diagnóstico de certeza se alcanza con la visualización del agente, el que puede ser detectado en lesiones habitadas en la fase primaria y secundaria de la infección mediante el microscopio de campo oscuro o mediante pruebas de inmunofluorescencia directa del material de la lesión. Estas técnicas presentan poca sensibilidad, por lo que el diagnóstico suele basarse en los estudios serológicos. Aislamiento: El *T. pallidum* no se cultiva in vitro; la forma de multiplicación es la inoculación en testículo de conejo, prueba costosa y de poca utilidad práctica. PCR: La técnica de reacción en cadena de polimerasa ha demostrado su utilidad, especialmente para el estudio del compromiso del SNC en pacientes inmunosuprimidos y en neonatos. Por el momento, son técnicas que requieren un equipamiento no siempre disponible y su utilización está restringida a centros de referencia.

Pruebas serológicas:

Utilizan antígenos treponémicos y no treponémicos.

Pruebas no treponémicas: VDRL y RPR. Detectan anticuerpos anticardiolipina. Siempre deben solicitarse pruebas cuantitativas. Estas pruebas presentan falsos negativos en la fase primaria de la infección, en la infección perinatal reciente y ante un exceso de complejos antígeno anticuerpo (fenómeno de prozona). Se observan falsos positivos en collagenopatías, enfermedades autoinmunes, TBC, mononucleosis, endocarditis, abuso de drogas, embarazo. En general, las reacciones falso positivo se producen con títulos bajos. Toda prueba positiva debe ser confirmada por pruebas treponémicas. Estas pruebas son útiles para el diagnóstico y seguimiento postratamiento.

Pruebas treponémicas: Detectan anticuerpos específicos contra el *T. pallidum*. Son altamente sensibles y se mantienen reactivas en un alto porcentaje de pacientes, luego del tratamiento antibiótico. Las técnicas más utilizadas son: FTA-Abs (inmunofluorescencia) y TPHA (hemaglutinación). Falsos positivos se observan en otras enfermedades por espiroquetas: leptospirosis, enfermedad de Lyme, fiebre por mordedura de ratas, frambesia y pinta.

Otras técnicas:

Western-blot: El estudio mediante esta técnica ha permitido la identificación de Ac IgM específicos contra un antígeno de 47 kDa. Estos estudios se han realizado en un pequeño número de pacientes.

ELISA: La purificación de diferentes proteínas específicas del *T. pallidum* ha permitido desarrollar esta técnica que presenta una alta sensibilidad y especificidad.

El dosaje de Ac de tipo IgM específicos por cualquiera de las técnicas anteriormente mencionadas presenta alrededor de un 20-40% de falsos negativos.

Pruebas diagnósticas en LCR

La evaluación del compromiso del SNC es dificultosa. Varias publicaciones han demostrado la presencia del *T. pallidum* en ausencia de alteraciones bioquímicas y reactividad de las pruebas serológicas habitualmente utilizadas. También ha sido demostrado el pasaje pasivo de anticuerpos de tipo IgG maternos a través de la barrera hematoencefálica generando una interpretación errónea de las pruebas serológicas en LCR. Dado que no se cuenta con pruebas diagnósticas que descarten fehacientemente el compromiso del SNC, todo neonato debe recibir la medicación antibiótica en dosis, vía y tiempo suficiente como para obtener niveles treponémicos en LCR.

Se recomienda el examen del LCR en las siguientes situaciones:

- Sífilis congénita con manifestaciones clínicas, títulos no treponémicos más de 4 veces los maternos.
- Sífilis congénita con diagnóstico posterior al período neonatal.
- Sífilis con más de un año de evolución.
- Pacientes HIV positivos.
- Cuando no se observe una disminución en los títulos de VDRL.
- Cuando hayan recibido tratamiento previo no penicilínico.

Diagnóstico de sífilis durante el embarazo:

Deben solicitarse pruebas no treponémicas a toda embarazada como mínimo en el primero y al final del tercer trimestre.

Criterios diagnósticos en sífilis congénita

Caso confirmado:

1. Identificación del *T. pallidum* por microscopia de campo oscuro, fluorescencia directa u otra tinción especial que permita su identificación en lesiones del neonato, placenta, cordón umbilical o material de autopsia.
2. Niño > 7 meses: pruebas treponémicas y no treponémicas reactivas.

Caso probable:

1. VDRL reactiva.
2. Madre con VDRL y pruebas treponémicas reactivas.
3. Tratamiento no adecuado durante la gesta.A
4. Ausencia de seguimiento serológico que certifique la respuesta terapéutica.
5. Signos clínicos de infección congénita.B
6. Alteraciones radiológicas en huesos largos.
7. Títulos de VDRL mayores en el niño que en la madre.C
8. IgM específica reactiva.D

Estudios para el diagnóstico de sífilis congénita

Serología materna (VDRL y pruebas treponémicas)

Pruebas no treponémicas al neonato (VDRL o RPR)

Examen clínico

Rx de huesos largos

Punción lumbar (citoquímico y serología)

Hemograma y recuento de plaquetas

Hepatograma

Orina completa

Rx tórax

Valoración visual y auditiva

Serología HIV materna

Tratamiento:

Las gestantes deben ser consideradas como un grupo aparte, ya que requieren una vigilancia rigurosa, en especial para detectar una posible reinfección después de haber administrado el tratamiento. También es importante tratar a la o las parejas sexuales. Las gestantes, en cualquier trimestre del embarazo, que no sean alérgicas a la penicilina, deben recibir tratamiento con penicilina según las pautas posológicas recomendadas para el tratamiento de pacientes no embarazadas en estadios similares de la enfermedad. La efectividad de la eritromicina en todos los estadios de la sífilis y su capacidad de prevenir los estigmas de la sífilis congénita son altamente cuestionables; son muchos los fracasos de tratamiento que se han reportado. Su eficacia en la neurosífilis probablemente sea baja. A pesar de la falta de datos, quizás se deba considerar la administración de un ciclo prolongado de una cefalosporina de tercera generación a las gestantes cuya alergia a la penicilina no se manifieste por anafilaxia. La desensibilización de las gestantes con sífilis exige que el procedimiento se realice en un ambiente hospitalario. No es posible realizar este procedimiento en centros de atención primaria de salud y no se puede recomendar como procedimiento de rutina.

Sífilis en la embarazada:

Penicilina G benzatínica 2.400.000 U por vía IM semanal, 3 dosis.

Alternativas terapéuticas: Eritromicina por 14 días, tetraciclina o doxiciclina por 14 días, ceftriaxona por 10 días.

Sífilis congénita:

Caso confirmado o presuntivo (según edad al diagnóstico).

Edad < 7 días Penicilina G cristalina 100.000 U/kg/día vía IV en 2 dosis por 10 días.

Edad 7-28 días Penicilina G cristalina 150.000 U/kg/día vía IV en 3 dosis por 10 días.

Edad > 28 días Penicilina G cristalina 200.000-300.000 U/kg/día vía IV en 4 dosis por 10 días.

En niños con bajo riesgo de sífilis congénita (hijos de madre adecuadamente tratada, con controles serológicos y HIV negativa) y que no se asegure seguimiento adecuado.

Sífilis congénita de diagnóstico tardío y/o retratamiento

En niños se recomienda penicilina G acuosa 200.000-300.000 U/kg/día (50.000 U/kg cada 4 a 6 horas) por 10-14 días (dosis máxima 24 millones U). Algunos autores sugieren indicar a continuación 1 dosis de penicilina G benzatínica.

Reacción de Jarisch-Herxheimer: episodio febril que se acompaña de mialgias y cefaleas y que aparece en las primeras 24 horas del tratamiento. Se indicará tratamiento sintomático.

Seguimiento

Después del tratamiento, debe realizarse un correcto seguimiento de la embarazada y del niño para verificar una adecuada respuesta terapéutica. Se debe realizar un seguimiento clínico y pruebas serológicas cuantitativas no treponémicas mensualmente hasta el parto.

Una disminución sostenida en el título de las pruebas es indicador de una adecuada respuesta terapéutica.

Un repunte en los títulos es indicación de nuevo tratamiento, previa evaluación del compromiso del SNC y descartar infección HIV. En los pacientes con sífilis congénita, esta prueba se negativizará a los 12-18 meses postratamiento.

En general, las pruebas treponémicas se mantendrán positivas.

El tratamiento deberá repetirse si hay evidencia serológica de reinfección o recidiva.

Medidas de control

Un adecuado diagnóstico, tratamiento y seguimiento serológico de la embarazada evitarán la aparición de casos de sífilis congénita.

Todas las embarazadas deben evaluarse, como mínimo, con pruebas no treponémicas (VDRL o RPR) al comienzo de la gesta y en el momento del parto.

Se debe investigar con pruebas serológicas a todo el grupo familiar del caso índice (incluyendo a los hermanos) para descartar infección asintomática.

Todos los contactos sexuales recientes de una persona con sífilis adquirida deben ser estudiados mediante pruebas no treponémicas e indicarse tratamiento adecuado.

Problema:

¿Existe relación entre las muertes fetales con la falta de control prenatal en mujeres embarazadas con diagnóstico de sífilis del Hospital Materno Infantil Ana Goitia, provincia de Buenos Aires?

Objetivos

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la relación que existe entre las muertes fetales con la falta de control prenatal en mujeres embarazadas con diagnóstico de sífilis en el Hospital Materno Infantil Ana Goitia.

OBJETIVO ESPECIFICO:

Identificar la cantidad de muertes fetales de mujeres embarazadas con diagnóstico de sífilis.

Identificar cantidad de controles prenatales en mujeres embarazadas con diagnóstico de sífilis.

Contabilizar el número de casos de pacientes infectadas embarazadas.

Determinar la relación entre cantidad de muertes fetales con la cantidad de controles prenatales en mujeres embarazadas con diagnóstico de sífilis.

Materiales y métodos:

Se llevó adelante un estudio de tipo descriptivo longitudinal retro-prospectivo en base a datos obtenidos de Historias clínicas correspondientes a embarazadas con diagnóstico de sífilis del servicio de obstetricia del Hospital Materno Infantil Ana Goitia, provincia de Buenos Aires, Argentina, durante el periodo comprendido entre septiembre de 2018 y mayo de 2019.

La muestra quedó conformada por 67 historias clínicas.

Las variables identificadas fueron:

- Embarazos finalizados: en muerte fetal o nacido vivo.
- Sífilis en gestantes: Diagnóstico de sífilis durante el periodo gestacional mediante cualquier prueba no treponémica (RPR, VDRL
- Evolución del embarazo: aborto, muerte fetal, nacido vivo.)
- Prevalencia de Muertes fetales
- Asistencia al control prenatal: Si asistió o no al control prenatal. Se considera como controles adecuados a un mínimo de 5 controles prenatales, siendo el primer control previo a la semana 20 de edad gestacional.
- Periodo gestacional del primer control prenatal: Periodo gestacional en el que se encuentra la gestante en el primer control prenatal (I, II, III trimestre).
- Edad materna: en años cumplidos al momento del parto.
- Estado civil: Es la situación personal en que se encuentra o no, una persona física en relación a otra (soltera, conviviente, casada, divorciada, viuda).
- Gestas o número de embarazos: Número de gestaciones totales (incluida la actual)
- Edad gestacional en que se diagnostica la sífilis: Edad gestacional en semanas en que se logra diagnosticar el cuadro de sífilis.
- Tratamiento de la gestante con sífilis: si o no, adecuado o no adecuado. Se considera tratamiento adecuado si fuera realizado con tres dosis de 2.400.000 UI de penicilina benzatinica IM separadas por una semana, finalizando el tratamiento como mínimo un mes antes del parto
- Tratamiento de la pareja de la gestante con diagnóstico de sífilis: si o no, adecuado o no adecuado. Se considera tratamiento adecuado si fuera realizado con tres dosis de 2.400.000 UI de penicilina benzatinica IM sepadas por una semana.

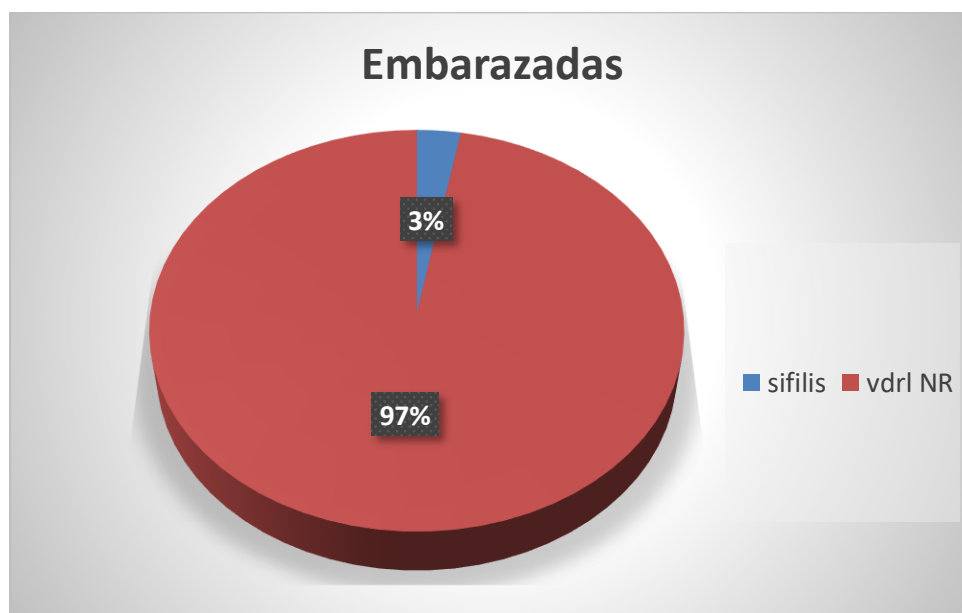
Los datos obtenidos se volcaron en una base de datos de Microsoft Excel. Los datos se tabularon para su presentación (ver anexo). Para su análisis se confeccionaron tablas y gráficos, se utilizaron medidas de resumen de tendencia central (media aritmética, mediana, modo) técnicas estadísticas descriptivas (distribuciones de frecuencias, promedios, porcentajes) e indiferenciales.

Resultados:

En el Hospital Materno Infantil Ana Goitia, provincia de Buenos Aires, Argentina, durante el periodo comprendido entre septiembre de 2018 y mayo de 2019. Se registraron 2181 nacimientos de los cuales 67 pacientes presentaron VDRL positiva (3%), del total de nacimientos 25 fueron fetos muertos, y de estos 6 eran fetos muertos de madre con diagnóstico de sífilis con tratamiento completo, pero sin continuidad de control prenatal. Se consideraron estas 67 pacientes con VDRL positivas, para analizar las distintas variables:

•Tabla 1: **Prevalencia de sífilis** de gestantes atendidas en el del Hospital materno infantil Ana Goitia.

Prevalencia de sífilis	
Total de partos	2181
VDRL NR	2118
VDRL positiva	67



Se obtuvo que durante el periodo comprendido hubo 2181 partos, de los cuales 67 gestantes presentaron serología positiva para VDRL (3% del total de los partos) y 2118 presentaron VDRL no reactiva siendo el 97% del total de partos.

•Tabla 2: **Finalización del embarazo de las gestantes** con diagnóstico de sífilis.

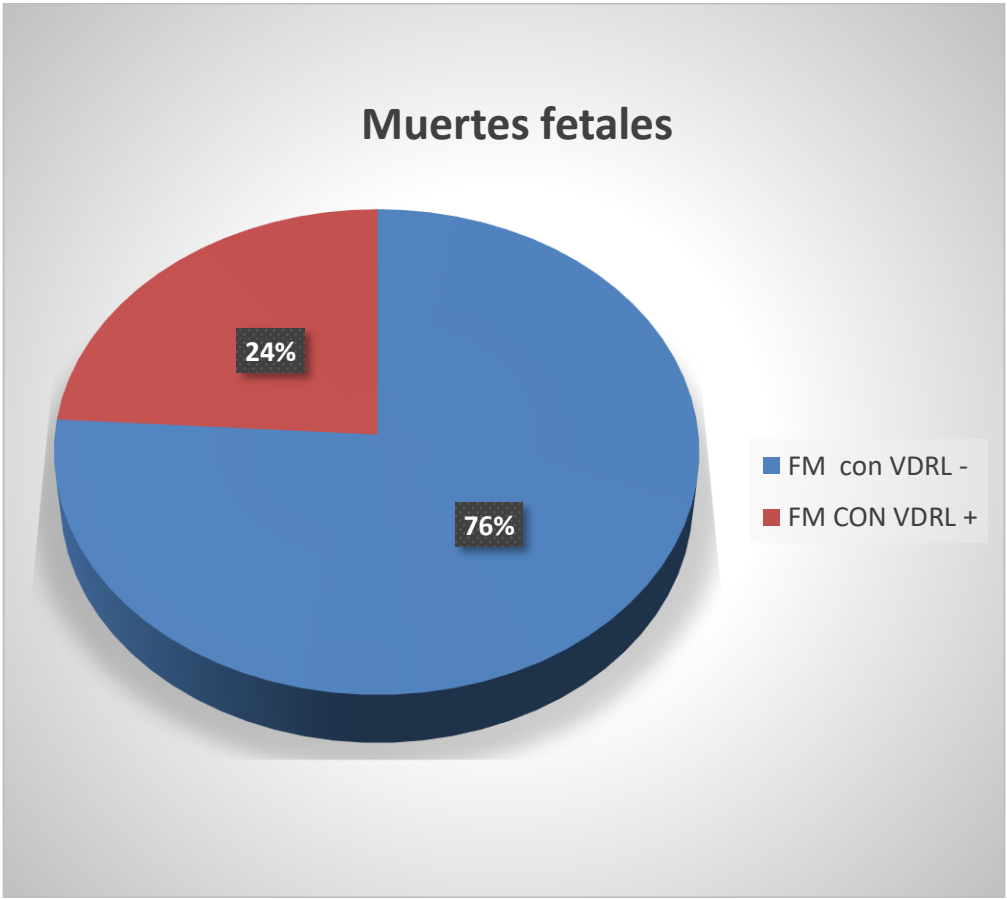
Finalización del embarazo	
Con feto vivo	61
Con feto muerto	6



Del total de gestantes con diagnóstico de sífilis, el 91% finalizó el embarazo con feto vivo, mientras que el 9% finalizó con feto muerto.

●Tabla 3: **Número de Muertes Fetales** de mujeres embarazadas con diagnóstico de sífilis.

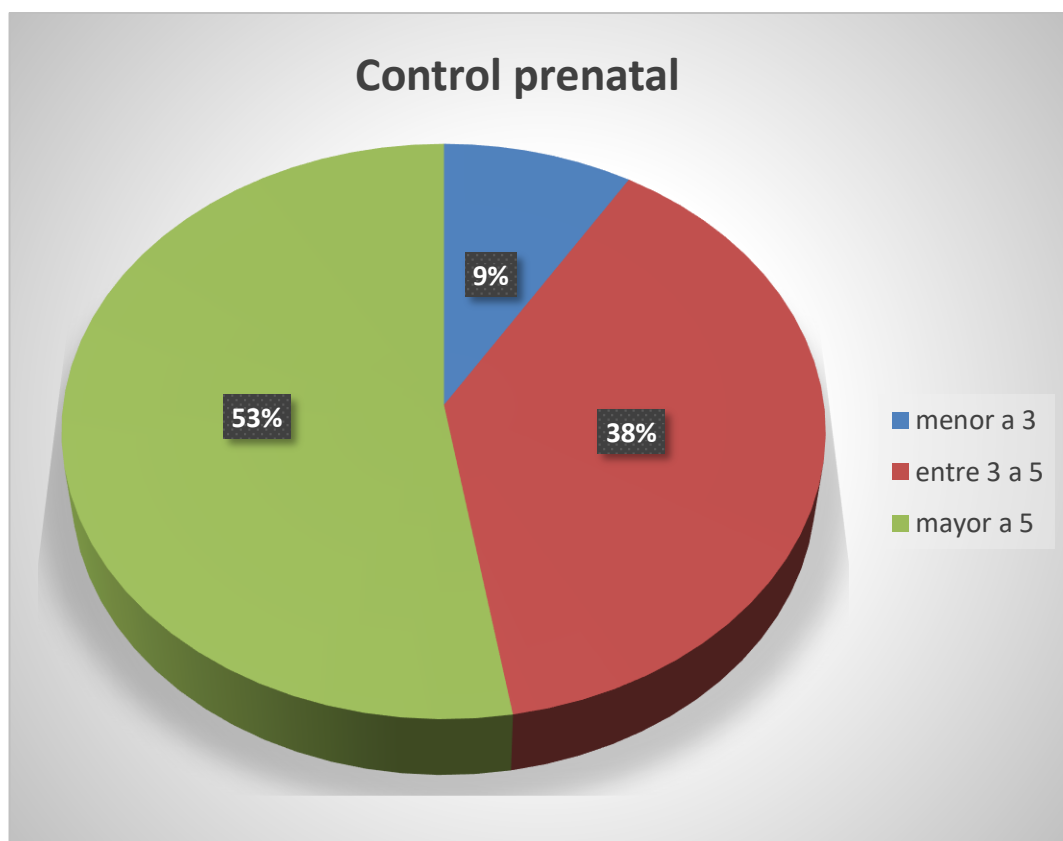
Muertes fetales	
fetos muertos (VDRL -)	19
fetos muertos con (VDRL +)	6



Se obtuvo que, durante el periodo comprendido, hubo 25 muertes fetales totales, de los cuales 6 muerte fetal con madre con serología positiva para VDRL (24% del total de los fetos muertos).

•Tabla 4: **Asistencia al control prenatal** del total de las gestantes diagnosticadas con sífilis (67).

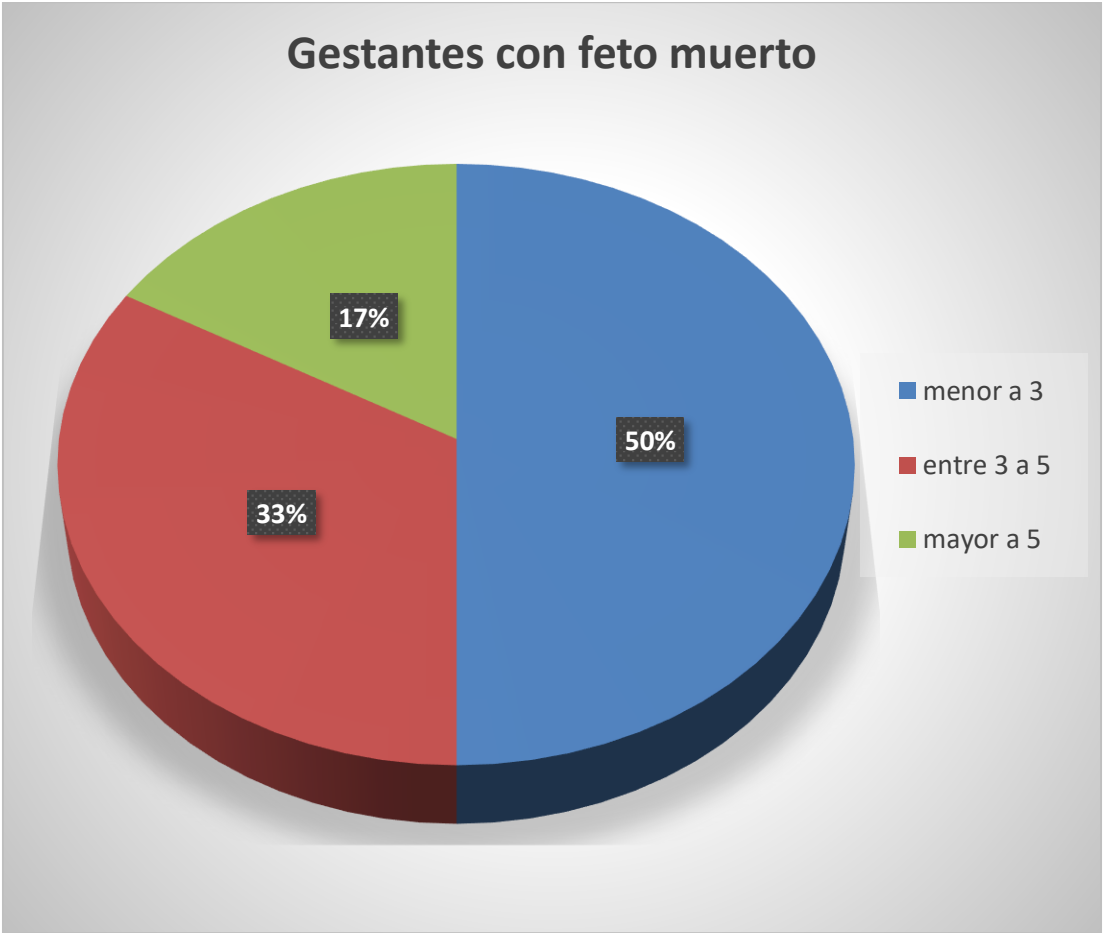
Controles prenatales	
menor a 3	5
Entre 3 a 5	22
Mayor a 5	30



Según los resultados obtenidos para la asistencia al control prenatal, se observa que un 9% de las pacientes tenía menos de 3 controles prenatales, que un 38% entre 3 a 5 controles, y el 53% más de 5 controles prenatales.

Tabla 5 : Control prenatal de las gestantes que finalizaron con feto muertos:

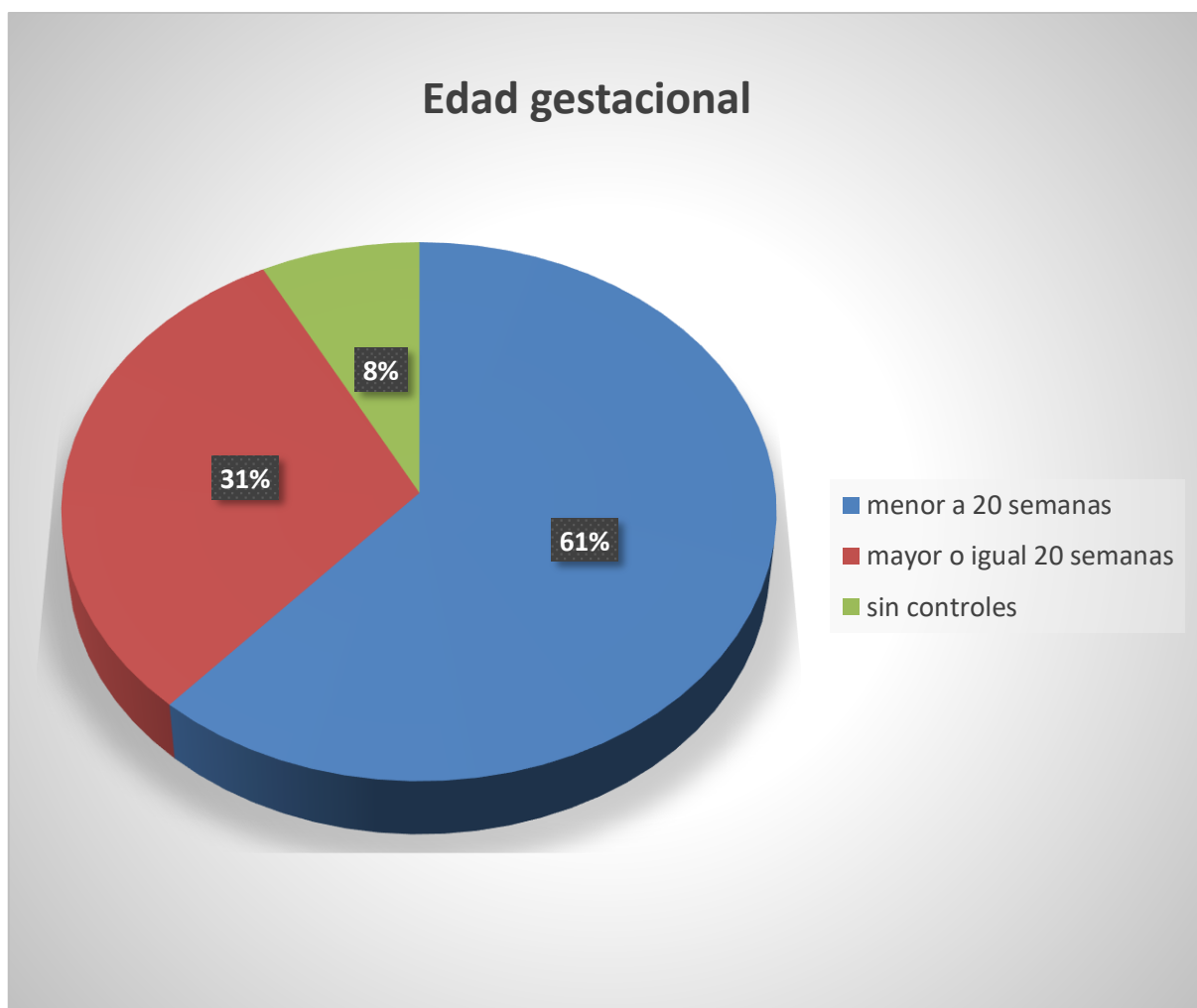
Gestantes con feto muerto	
menor a 3	3
entre 3 a 5	2
mayor a 5	1



Se observa que un 50% presenta menor a 3 controles prenatales, 33% entre 3 a 5 controles, y un 17% mayor a 5 controles.

•Tabla 6: **Periodo gestacional al primer control prenatal** de la gestante diagnosticada con sífilis.

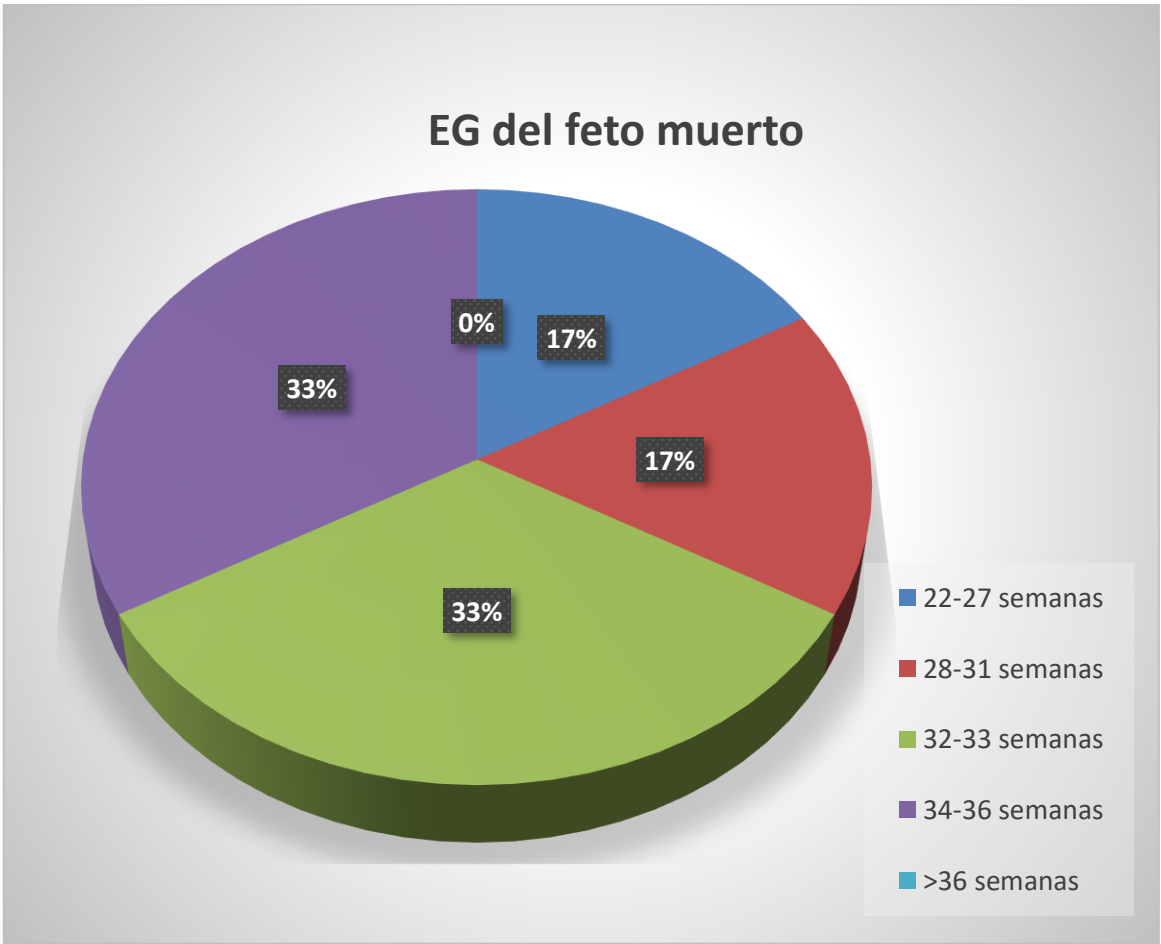
EG al primer control	
menor a 20 semanas	40
mayor o igual 20 semanas	20
sin controles	5



Se observa que el 61% de las pacientes realizo la primera consulta antes de las 20 semanas, 31% la realizo después de las 20 semanas y el 8% no presenta controles prenatales.

Tabla 7: Periodo gestacional en que ocurrió la muerte fetal en la gestante con diagnosticada con sífilis.

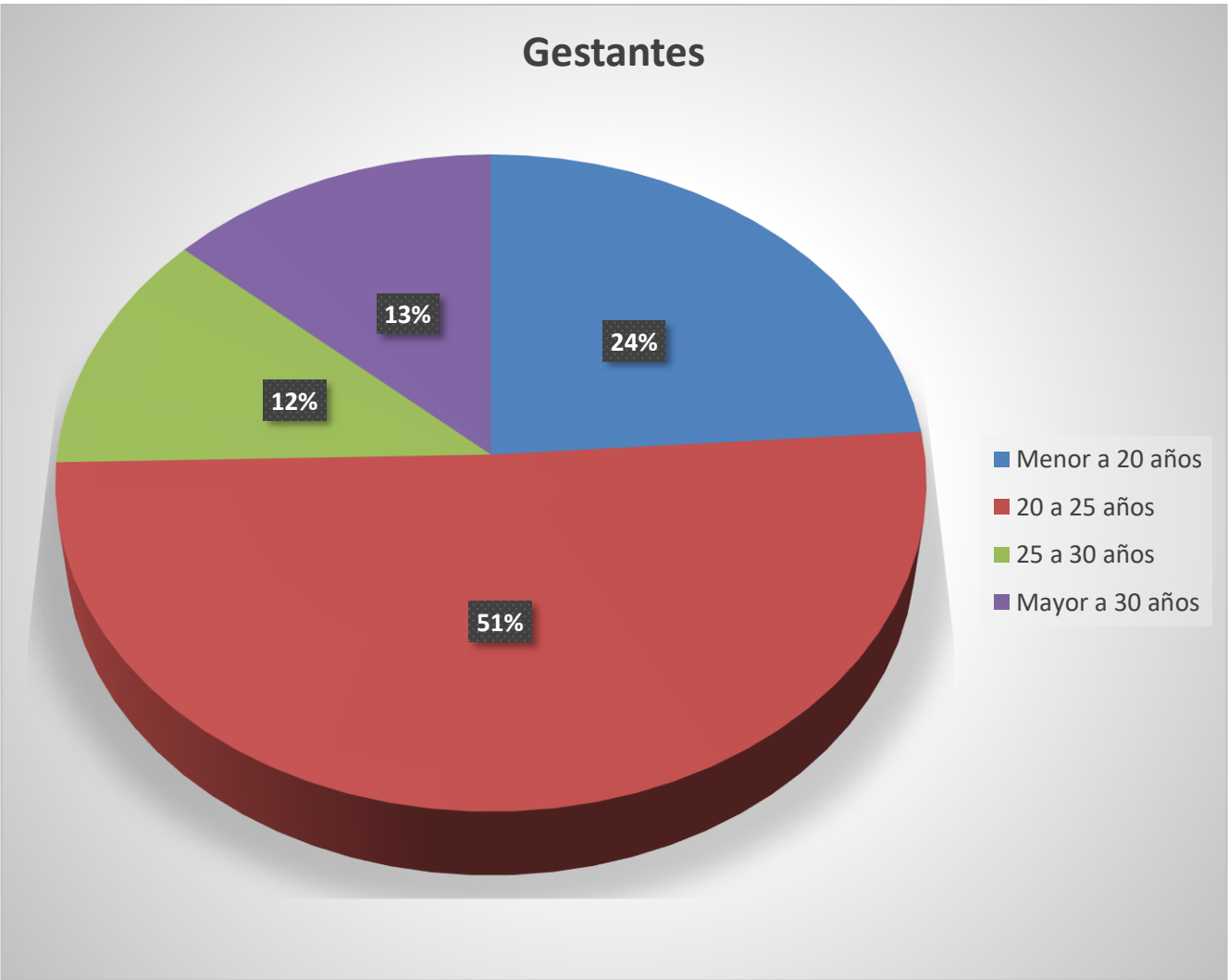
EG del feto muerto	
22-27 semanas	1
28-31 semanas	1
32-33 semanas	2
34-36 semanas	2
>36 semanas	0



Se observa que en el 33% fue entre la semana 32-33; otros 33% entre 34-35; 17% entre 28-31 semanas, otro 17% entre 22 y 27 semanas, y el 0% mayor a 36 semanas.

•Tabla 8: **Edad de las gestantes** diagnosticadas con sífilis en el del hospital especializado materno infantil de agudos Ana Goitia, provincia de Buenos Aires, Argentina, durante en el periodo comprendido entre septiembre de 2018 y mayo de 2019.

Edad de la gestante	
Menor a 20 años	16
20 a 25 años	34
25 a 30 años	8
Mayor a 30 años	9



Según los datos obtenidos en cuanto a la edad, del total de las pacientes con el diagnóstico, se evidencia que un 24% eran menores de 20 años, un 51% tenían entre 20 a 25 años, un 12% entre 25 y 30 años y el 13% eran mayores de 30.

- Tabla 9: **Estado civil de la gestante** diagnosticada con sífilis en el del Hospital materno infantil Ana Goitia

Estado civil	
soltera	11
en pareja	41
casada	0
se desconoce	13



En el cuadro anterior se observa que en cuanto al estado civil de las pacientes un 63 % está en pareja, un 20% se desconoce, un 17% son solteras, mientras el 0% son casadas.

Tabla 10: Convivencia o no de las gestantes en pareja con diagnóstico de sífilis.

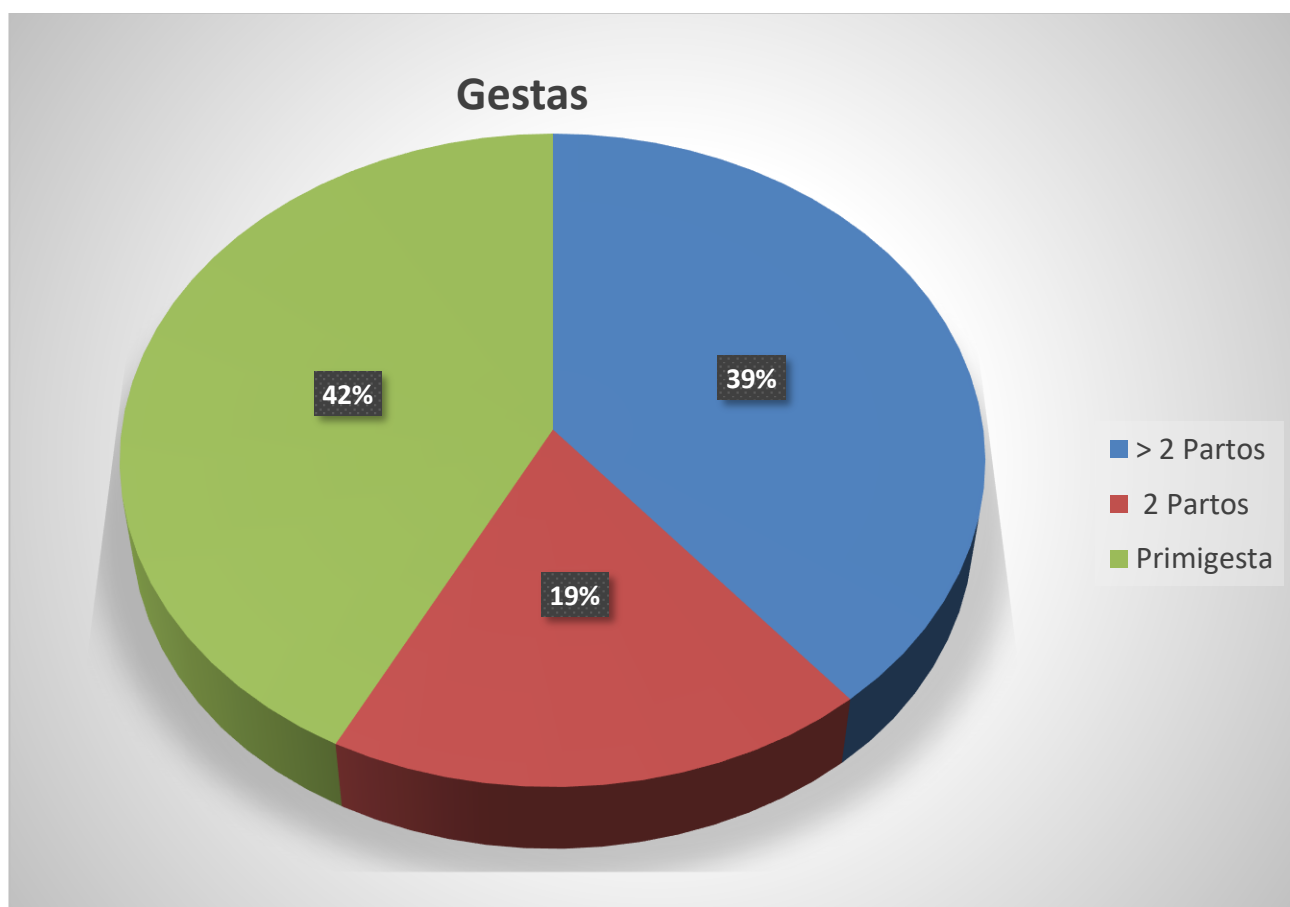
Embarazadas en pareja	
convive	31
no convive	10



Del total de las gestantes en pareja (41); el 76% convive con su pareja, el 24% no convive.

•Tabla 11: **Número de embarazos de la gestante** diagnosticada con sífilis.

Gestas	
> 2 Partos	23
2 Partos	11
Primigesta	25

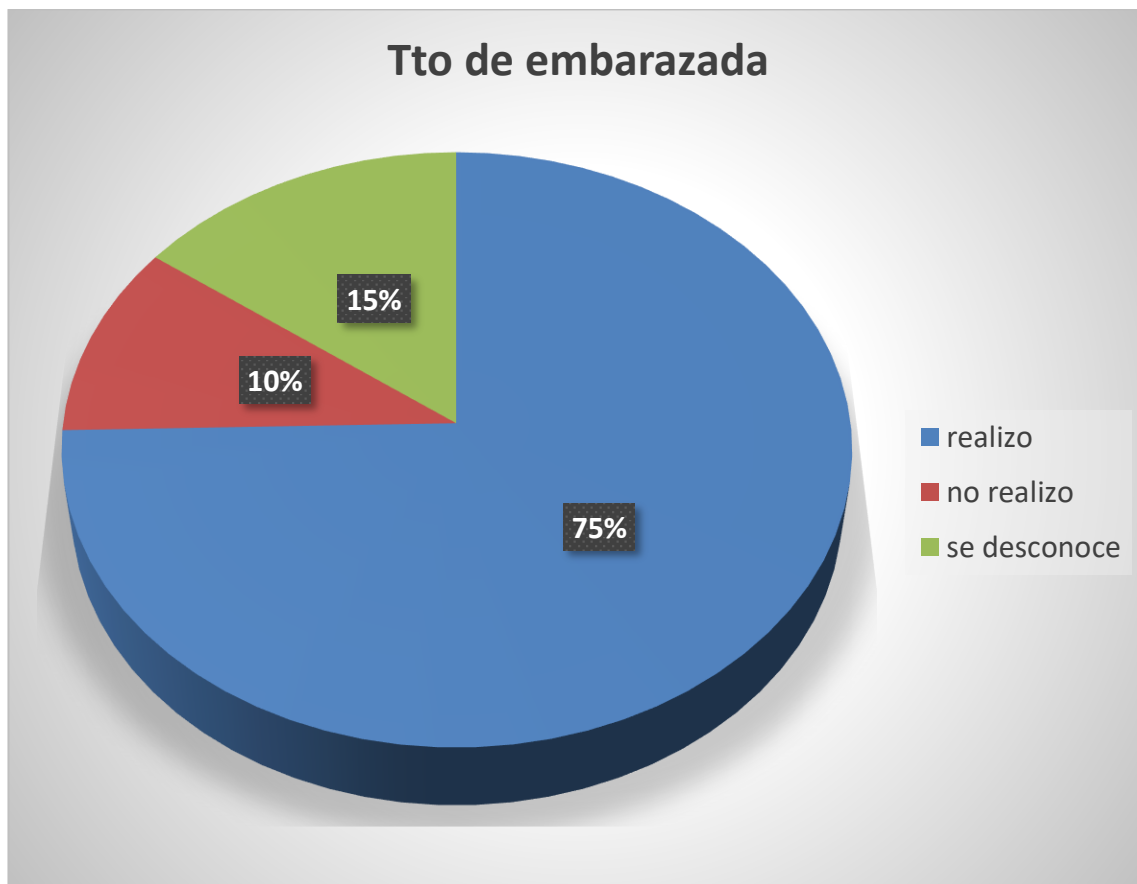


En cuanto al número de embarazos totales (incluido el actual) que tuvo la paciente se obtuvo como resultado lo siguiente: el 39% tuvieron más de 2 embarazos, el 42% solo tuvo 1 gestación y el 19% tuvo 2 gestaciones.

Podemos observar que las pacientes tuvieron una gestación como mínimo y 8 gestaciones como máximo.

- Tabla 12: **Tratamiento de la sífilis** en la gestante.

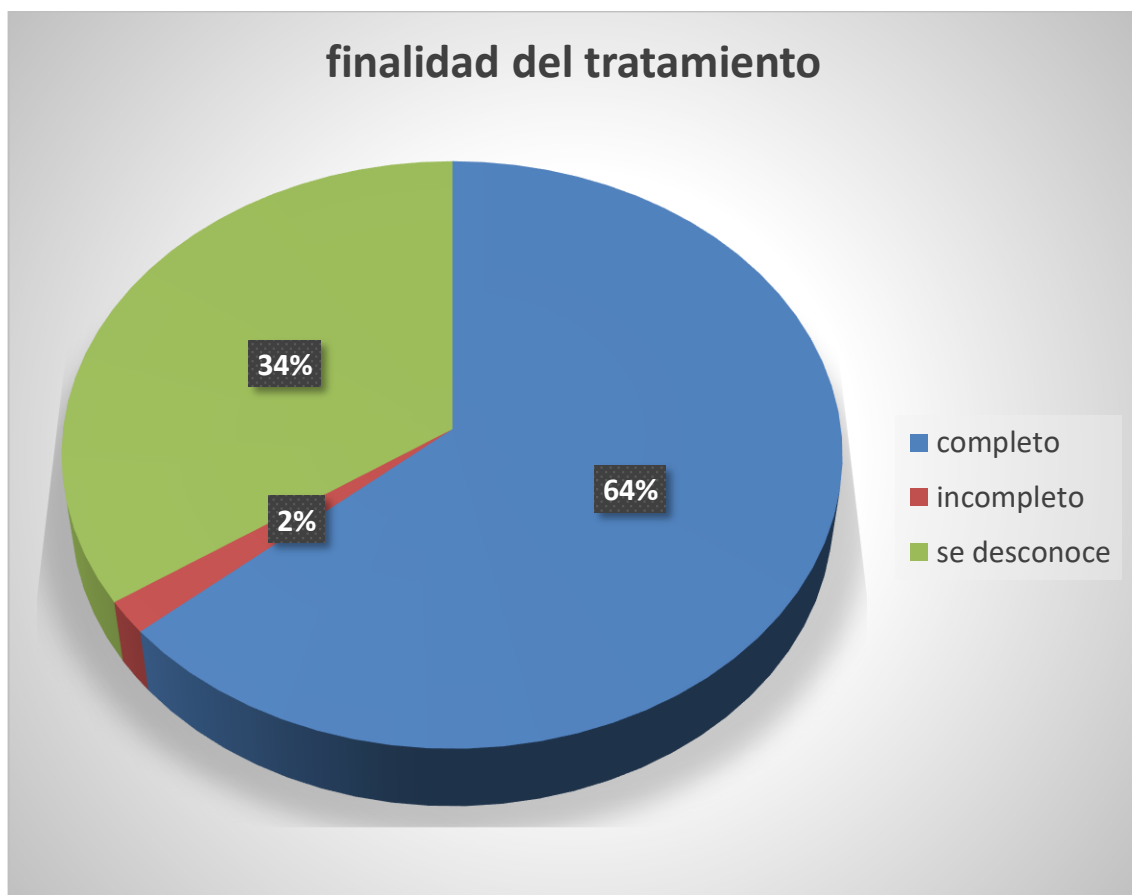
tratamiento de la gestantes	
Realizo	50
no realizo	7
se desconoce	10



En el 85% se realizó tratamiento de la sífilis materna, en el 2% no se realizó tratamiento, un 13% se desconoce, por falta de registros en las historias clínicas.

- Tabla 13: Si el tratamiento de la gestante con diagnóstico de sífilis, **fue completo o incompleto**.

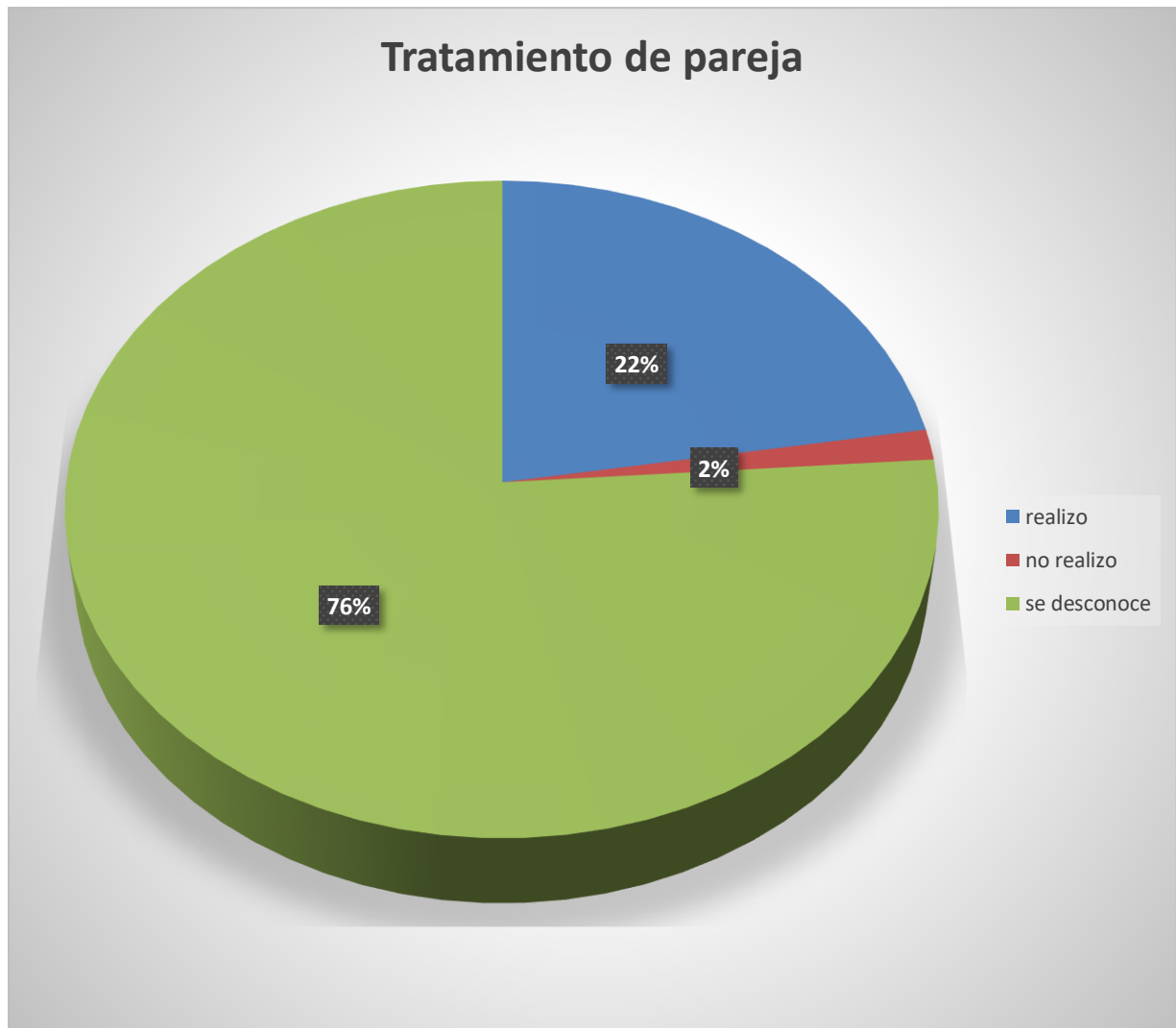
Embarazada que realizo tratamiento	
Completo	36
Incompleto	1
se desconoce	29



Del total de gestantes que recibieron tratamiento para la sífilis, el 55% recibió tratamiento completo, el 1% incompleto, y un 44% se desconoce.

•Tabla 14: **Tratamiento de la pareja** de la gestante con diagnóstico de sífilis.

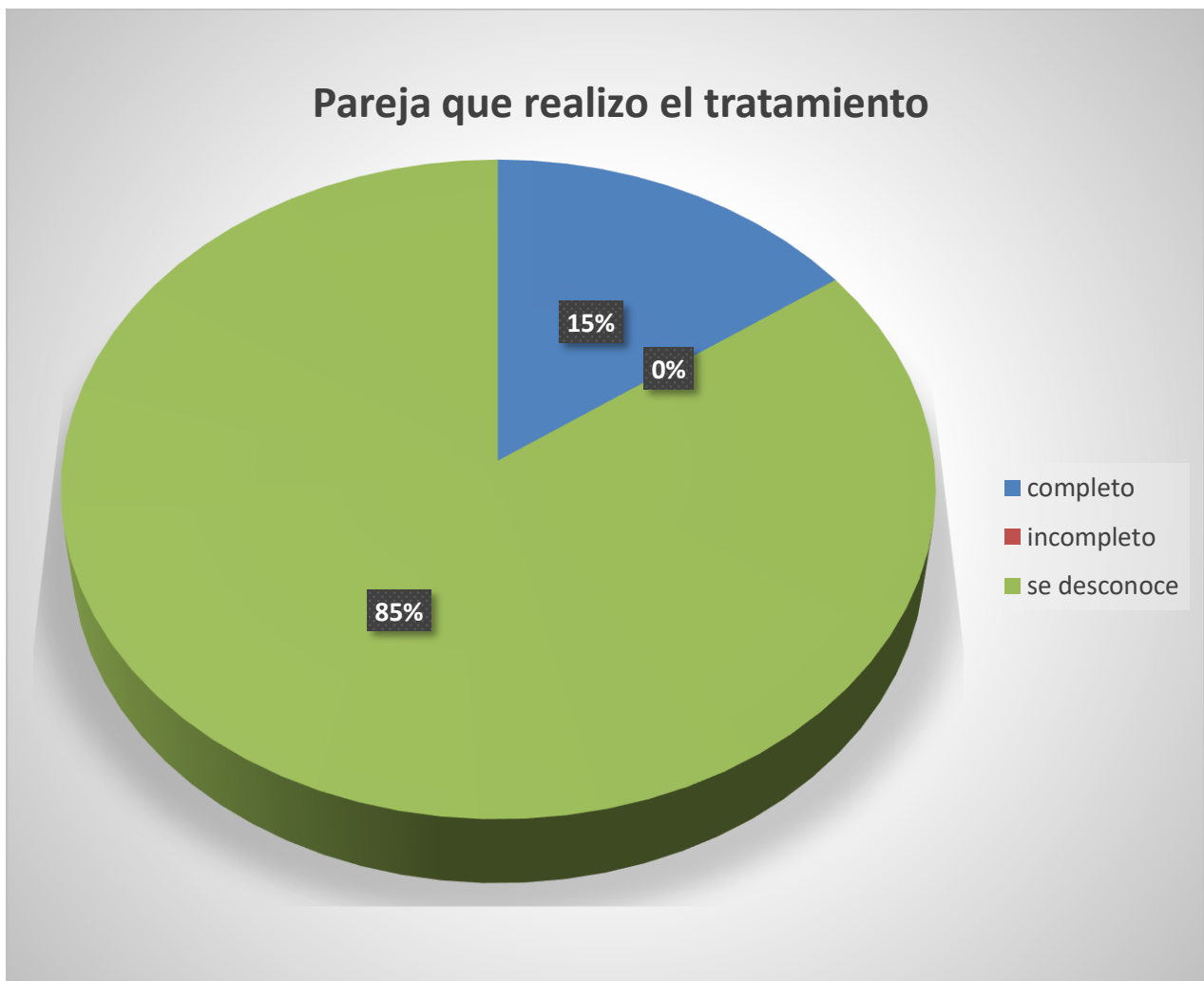
Tratamiento de la pareja	
realizo	15
no realizo	1
se desconoce	51



En el 22% realizo tratamiento para la sífilis, en el 2% no se realizó tratamiento, y en el 76% se desconoce.

•Tabla 15: Si el tratamiento de la pareja con diagnóstico de sífilis, fue **completo o incompleto**.

Pareja que realizo tratamiento	
completo	10
incompleto	0
se desconoce	56



Del total de las parejas que recibieron tratamiento para la sífilis, el 15% recibió tratamiento completo, el 0% incompleto, mientras que el 85% se desconoce.

Conclusión:

Durante el periodo estudiado se puede evidenciar una relación significativa entre el control prenatal y la muerte fetal, debido a que en el estudio un 24% de fetos muertos, murieron con sífilis gestacional, sus madres no solo presentaban un control prenatal inadecuado sino en general no habían superado 1 o 2 controles durante el embarazo. Por el contrario, en las pacientes con diagnóstico de sífilis durante el embarazo, tratadas durante el mismo, se observó un buen control prenatal, por eso que pudieron ser tratadas teniendo un buen resultado.

Se comprobó que, en la mayor parte de las gestantes con diagnóstico de sífilis, eran pacientes con buen control prenatal. De las pacientes diagnosticadas se logró en la gran mayoría hacer un correcto manejo terapéutico antes del parto, esto permitió que los resultados perinatales sean favorables en la gran mayoría de los casos.

Se evidencio que en un gran porcentaje de la muestra no hay datos disponibles sobre la realización de tratamiento de la pareja y en los casos que está documentado se desconoce la titulación serológica por ende el tratamiento, siendo esta importante para la no reinfección de la gestante.

También resulta necesario informar a la sociedad, ya sea por campañas públicas, información en colegios, programas de tv, sobre las consecuencias que puede traer la sífilis gestacional y la importancia del control prenatal para el diagnóstico y tratamiento de la misma durante el embarazo. Esto nos permite incrementar el número de consultas prenatales, particularmente en embarazadas con bajos niveles de educación y adolescentes, para disminuir la incidencia de sífilis congénita.

Para la mujer con sífilis gestacional y su o sus contactos sexuales se recomienda ofrecer e implementar consultas de asesoría y valoración en salud sexual, con énfasis en ITS.

Discusión:

La sífilis en embarazadas es una enfermedad que preocupa tanto a países en desarrollo como a países desarrollados. Constituye hoy en día un problema importante en la salud pública. Si bien estudios realizados en todo el mundo han demostrado que las mayores prevalencias se encuentran en los países con más bajo nivel socio-económico y cultural, países más ricos siguen sufriendo las consecuencias de esta enfermedad.

Esta infección al igual que el resto de las ETS, ha aumentado su incidencia en los últimos años al igual que el número de recién nacidos infectados.

En América el resultado oscila entre 2% a 10% de sífilis congénita en los recién nacidos. La incidencia de sífilis congénita en la población estudiada fue de 0,28%, donde se encontró una variedad de 2 a 10% de los recién nacidos, y con las encontradas por la organización panamericana de la salud siendo esta el 1.0%. Esta diferencia puede deberse con el número de mujeres que llegan al parto sin control del su embarazo.

Se encontraron 67 casos con de VDRL positiva en 2181 gestantes, lo que corresponde a una prevalencia del 3% en comparación de 2,3% de partos total realizados en el hospital Posadas en 2016. Lo que lleva a inferir que en el conurbano se concentran el mayor número de casos de sífilis.

En la provincia de Buenos Aires, algunas áreas del conurbano, concentran el mayor número de casos de sífilis congénita registrados. El Sistema Informático Perinatal (SIP) en América Latina es una herramienta de vigilancia y monitoreo. Define un Conjunto Básico de Indicadores de salud de la mujer y perinatal permitiendo determinar cobertura y prevalencia de VDRL reactiva y VIH Perinatal en la Provincia de Buenos Aires. Un análisis reciente de esa base de datos, correspondientes a 78 establecimientos Provinciales y Municipales que incluye un hospital Nacional, mostró que la prevalencia sobre los datos validados de 106.075 embarazadas, la prevalencia de sífilis fue de 2,2%.

De los embarazos finalizados en muerte fetal (6), que corresponden al 9% de madre VDRL positiva, solo realizaron control prenatal adecuado, 2 embarazadas que corresponden a un 33% de la muestra estudiada, por consiguiente, la falta de control prenatal en la madre derivó a que 6 embarazos derivaran en muerte fetal.

Del total de las pacientes estudiadas recibieron tratamiento 57 embarazadas que corresponden a un 85%, en contraposición de estudios realizados en Bolivia donde el 93,2%. Esto demuestra que un tratamiento inadecuado produce enfermedad congénita con grave afectación fetal y neonatal.

Quedo demostrado que los métodos utilizados para la detección de la sífilis en la madre (VDRL para el screening y TPHA para la confirmación) son de gran utilidad, ya que, en todos los casos de recién nacidos con sífilis congénita, la madre mostró VDRL y TPHA positivas durante el embarazo. Esto nos lleva a concluir que la realización de serología para sífilis en la embarazada durante el primer y tercer trimestre son de vital importancia para poder detectar y prevenir la enfermedad del recién nacido.

Bibliografía:

Coordinadores: Dr. Raúl Ruvinsky, Dra. Miriam Bruno y Dra. María Rial Participantes: Dra. R. Corazza, Dra. M. Janes, Dra. T. S. de Rotmen, Dra. M. Rodriguez, Dra. M. Serján, Dr. H. Freilij y Dra. I. Kurlat. **INFECCIONES PERINATALES BACTERIANAS**; 2015; Buenos Aires, Argentina.p.4-8.

<https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/infecciones-perinatales.pdf>

“Sífilis y embarazo: “**¿Cómo diagnosticar y tratar oportunamente?**” realizado por Rodolfo L Casas y Cols. el año 2009; revista colombiana de obstetricia y ginecología vol.60. 2009 (49-56)

<https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/download/353/371>

Revista Mexicana de PEDIATRÍA. **Factores asociados con falla en el diagnóstico y tratamiento de sífilis materna**. Ana María Silva-Chávarro, Federico Bois-Melli. Servicio de Pediatría, Hospital Central de Pediatría “Dr. Claudio Zin” de Malvinas Argentinas, Buenos Aires; 2 Residente. Servicio de Terapia Intensiva Pediátrica, Hospital Central de Pediatría “Dr. Claudio Zin” de Malvinas Argentinas, Buenos Aires. Estudio de casos y controles. Vol. 84, No. 2, 2017 pp 54-60

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. “**Guías para el tratamiento de las Infecciones de Transmisión sexual**”, editorial OMS, Ginebra Suiza, 2005.

Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. [Revista en Internet] 2010 octubre - diciembre [acceso 30 de octubre de 2013]; 63(4). **Prevalencia de sífilis gestacional e incidencia de sífilis congénita**, Cali, Colombia, 2010. Claudia Lucena Galeano – Cardona, MD; William Darío García – Guitierrez, MD; Lina María Congote – Arang, MD; Maria Adelaida Velez – Garcia, MD; Diana Milena Martinez – Buitrago, MD.

Julia Valderrama· Fernando Zacarías· Rafael Mazin· “**Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla**”. Revista panamericana de salud, Área de Salud Familiar y Comunitaria, Washington, D.C., Estados Unidos. 2004; 16(3): 211-217

Primer **Consenso de Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual**. Organizado por la Comisión de SIDA Y ETS de la Sociedad Argentina de Infectología. Año: 2011

Ministerio de Salud y Protección Social. Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA. **Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita**. Bogotá. Colombia, diciembre de 2014.

García Sandra; Tinajeros freddy; Revollar Rita; y col. “**sífilis materna y congenita en 4 provincias de Bolivia**”. México. Citado en jul 2007; Disponible en la World Wide Web: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17179776>. Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDoc Sum. ;49:422-428.

“La pesquisa correcta durante el embarazo es fundamental para prevenir la sífilis congénita”. Sociedad latinoamericana de información científica. Coautores Antonietta D’Antuono, Sara Bellavista, Iria Neri, University of Bologna, Bologna, Italia. 28 de octubre de 2010. <http://www.siicsalud.com/imagenes/zaulif1e.jpg>

VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA PROTOCOLO DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA **SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA**. Instituto nacional de salud; DOCUMENTO ELABORADO POR Equipo Infecciones de Transmisión Sexual Grupo Transmisibles Instituto Nacional de Salud. Versión 02. 25 de febrero 2015

Nancy Forero Laguado, Maria Juliana Peña Garcia. Enfoque global de sífilis congénita. Revista de los Estudiantes de Medicina de la Universidad Industrial de Santander. [Revista en Internet] 2011 agosto [acceso 28 de octubre de 2013]; 24(2). Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/2684>

Organización Mundial De La Salud. “Eliminación Mundial De La Sífilis Congénita: Fundamentos Y Estrategia Para La Acción “. 2008. 3: 34-37