

Resumen:

La sífilis puede transmitirse de forma vertical de madre a hijo, dando lugar a mortinatalidad y abortos, muerte neonatal y otros trastornos.

Objetivo General: Determinar la prevalencia de sífilis en embarazadas adolescentes en Hospital Argerich en 2016/2017. Diseño descriptivo, observacional, y de corte transversal. Población identificada a partir del SIP e historias clínicas. *Resultados:* Se registraron 3097 nacimientos, los cuales 14% fueron embarazos adolescentes y 5% tuvieron VDRL positivas, un 100% se confirmó con la prueba de FTA-ABS, obteniendo una prevalencia del 5,1%. Según las pruebas diagnósticas 39 % se realizaron antes de las 20 semanas, 52% después de las 20 semanas y 9% durante el trabajo de parto. Realizaron tratamiento completo 74%, 17% incompleto y un 9% no realizó tratamiento. Un 65% tuvo control prenatal adecuado. Resultado perinatal: 87% nacido vivo y 13% fetos muertos. *Conclusiones:* Existen 2 problemas asociados a las conductas sexuales de la adolescencia: el embarazo en adolescentes solteras y una alta incidencia de sífilis en las mismas. Es necesario establecer estrategias de sensibilización de prevención, causas, síntomas y consecuencias de la sífilis materna; la formación de una actitud favorable orientadas hacia la realización de los controles en general y de rutina durante el embarazo.

Sífilis y Embarazo Adolescente

Institución:

- Hospital General de Agudos Cosme Argerich.
Dirección: Pi y Margall 750. CABA. Bs As.
Tel: (011) 4121-0943
Cp: C1155AHD

Autores:

- Leis Fuentes, Nuria Estefania.
- Manzán, Andrea Viviana.
- Salvatierra, Vanesa Karina.

Mail: nurialeis@hotmail.com

Introducción

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 (1). 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.

Durante el embarazo la infección puede transmitirse de forma vertical de madre a hijo, dando lugar a mortinatalidad y abortos, muerte neonatal y otros trastornos, como sordera, déficit neurológico, retraso del crecimiento y deformidades óseas (2)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), sitúa los límites de la adolescencia entre las edades de 10 y 19 años (3). La actividad sexual precoz expone ampliamente a la población adolescente al mayor peligro de padecer infecciones de transmisión sexual. En los últimos años, ha ocurrido un incremento y una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual provocando un aumento de la incidencia del embarazo en adolescente. Su prevalencia varía a nivel mundial y nacional. Dentro de los factores de riesgo descritos los más importantes son los individuales, asociándose a resultados gineco-obstétricos y psicosociales adversos (4).

A partir del año 1995, con el primer Plan de acción para la eliminación de la sífilis congénita, y hasta el Plan estratégico regional de la Organización Panamericana de la Salud para el control de la infección por el VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual (2006-2015), los países de la Región de las Américas han elaborado e instrumentado políticas y programas nacionales enfocados al cumplimiento de esas metas. En ese marco OPS y UNICEF han desarrollado la iniciativa de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. El objetivo planteado para el año 2015 era la eliminación de ambas

enfermedades como problemas de Salud Pública. Las metas incluían disminuir a menos del 2% la tasa de transmisión perinatal del VIH y a menos de 0,5 por mil nacidos vivos los casos de sífilis congénita, incluyendo mortinatos. Un análisis regional realizado por OPS/OMS en 2015 mostró los resultados obtenidos entre 2010 y 2014 (4) El 98% de los países de la región tiene programas nacionales para la eliminación y en el 90% de los países esos planes son integrados para el abordaje de ambas infecciones. Si bien muchos progresos han sido observados, la mayoría de los logros están relacionados con los objetivos planteados para la eliminación de la transmisión perinatal del VIH. Con respecto a la sífilis, el informe subraya: “La eliminación de la transmisión vertical de sífilis parece haber llegado a un punto estacionario. Existen deficiencias en la calidad de algunos datos, sobre todo en la detección y tratamiento de la sífilis gestacional. También en el diagnóstico y elaboración de informes de sífilis congénita. Los países deben conducir un detallado análisis, desagregado por ubicación geográfica, edad materna, condición socioeconómica, grupo étnico, etc. Para comprender y desarrollar las acciones apropiadas que mejoren el acceso a los servicios de salud.” (4)

A nivel nacional, desde el año 2002 se han elaborado guías, recomendaciones para el tratamiento y planes de acción que acompañaron a la iniciativa regional de eliminación de la sífilis congénita.(5-6-7-8). La seroprevalencia hallada a nivel nacional fue 1,3% con una variación entre 1,2% para la región de Cuyo/ Sur y 1,8% para la región Centro.

El análisis realizado por OMS/OPS y UNICEF en 2015 (4) 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 Argentina 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 (9).

Por la magnitud de este problema, decidimos mostrar la situación en la que estamos en nuestro hospital Dr. Cosme Argerich.

Objetivo General

- Determinar la prevalencia de sífilis en embarazadas adolescentes, en el Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, en el período comprendido entre el 1 de enero de 2016 y el 31 de diciembre de 2017.

Objetivos Secundarios

- Realizar caracterización socio-demográfica de la población de estudio.
- Determinar el número de casos con pruebas positivas antes de las 20 semanas de gestación.
- Determinar el número de casos con pruebas positivas después de las 20 semanas de gestación.
- Determinar el porcentaje de gestantes infectadas que realizaron tratamiento.
- Determinar el porcentaje de parejas de gestantes infectadas que realizaron tratamiento.
- Describir que control prenatal realizó la población en estudio.
- Determinar el número de casos de muertes fetales en gestantes infectadas.
- Determinar el número de recién nacidos que han tenido una prueba diagnóstica al nacer en sangre del cordón.
- Describir resultados perinatales.

Material y Métodos

Se trata de un diseño descriptivo, observacional, y de corte transversal. La población de estudio fue identificada a partir del Sistema Informático Perinatal (SIP) del Hospital de Agudos Dr Cosme Argerich de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante los años 2016-2017. Este sistema es cargado en nuestro Hospital diariamente por 3 obstétricas de planta, en general, se cargan las historias dentro de las primeras 48 hs donde la paciente aún sigue internada, de manera tal de existir el faltante de algún dato importa se recoge de la historia clínica materna. El SIP es un sistema elaborado por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1982, que está basado en una historia clínica que nuclea los datos maternos del embarazo, parto y puerperio, y los datos del recién nacido. Tiene por objetivo normatizar y unificar la recolección de datos, facilitar la comunicación intra y extra hospitalaria, favorecer el cumplimiento de las normas, lo cual sirve para la planificación de la atención adecuada de las mujeres embarazadas y sus recién nacidos. Es una herramienta que provee datos para identificar la población, evaluar la asistencia brindada, categorizar problemas de salud y realizar investigaciones para mejorar la salud perinatal.

A continuación, se realizó un relevamiento de las historias clínicas pertinentes, de acuerdo al SIP. Y posteriormente también buscamos las historias clínicas de los recién nacidos con sífilis congénita.

Se consideraron como criterios de inclusión registros de mujeres embarazadas adolescentes de entre 10 y 19 años que presentaron prueba VDRL positiva durante la gestación y se excluyeron aquellos registros con datos faltantes para las variables de interés.

La variable principal de estudio es la prevalencia de sífilis en embarazadas adolescentes. Se considerará embarazo adolescente a aquel que ocurra entre los 10 y 19 años.

Se considerará serología positiva para sífilis una prueba no treponémica VDRL (Venereal Research Disease Laboratory) positiva, con confirmación de 1 prueba treponémica FTA-ABS TPHA. (Microhemaglutinación) positiva. Estas son las realizadas en nuestro hospital.

Como variables de resultado secundarias se consideraron características sociodemográficas tales como edad, estado civil, escolaridad, paridad y características del control prenatal.

Se considera tratamiento completo a la colocación de 3 dosis IM de Penicilina Benzatínica 2.4 millones una por semana. Tendremos como variable de estudio el tratamiento de la embarazada (completo, incompleto o no realizado) así como también el de sus parejas (completo, incompleto, no realizado o se desconoce). Cabe aclarar que en la variable "parejas" quedan incluidos aquellos hombres que sin estar en pareja actualmente son los progenitores.

Consideramos sífilis congénita a la infección multisistémica causada por el *Treponema pallidum* y transmitida al feto a través de la placenta. Los signos tempranos son lesiones cutáneas características, linfadenopatías, hepatoesplenomegalia, retraso de crecimiento, secreción nasal sanguinolenta, fisuras peribucales, meningitis, coroiditis, hidrocefalia, convulsiones, discapacidad intelectual, osteocondritis y seudoparálisis (atrofia de Parrot del recién nacido). Los signos más tardíos consisten en úlceras gomosas, lesiones periósticas, paresia, tabes, atrofia óptica, queratitis intersticial, sordera neurosensorial y malformaciones dentales. El diagnóstico es clínico y se confirma por microscopia o serología. El tratamiento consiste en penicilina. En nuestro hospital se internan y realizan tratamiento aquellos recién nacidos hijos de madres con sífilis confirmada y:

- No realizaron tratamiento.

- Realizaron tratamiento incompleto.
- La última dosis de penicilina la recibió hace menos de un mes de la fecha del parto.
- Recién nacidos sintomáticos.

Además se considerarán resultados perinatales tales como aborto, muerte fetal, prematuridad y peso al nacer.

Análisis estadístico

Las variables de resultados se presentan como medidas categóricas a través de números absolutos y medidas de frecuencia (porcentajes).

Resultados

Durante el período de estudio se registraron 3097 nacimientos, de los cuales 443 fueron embarazos adolescentes y 23 tuvieron confirmación de sífilis, lo que representa una prevalencia del 5,1%.

Gráfico 1. Flujograma de ingreso de pacientes

3097 Nacimientos



443 Embarazos Adolescentes



23 Embarazadas Adolescentes con Sífilis

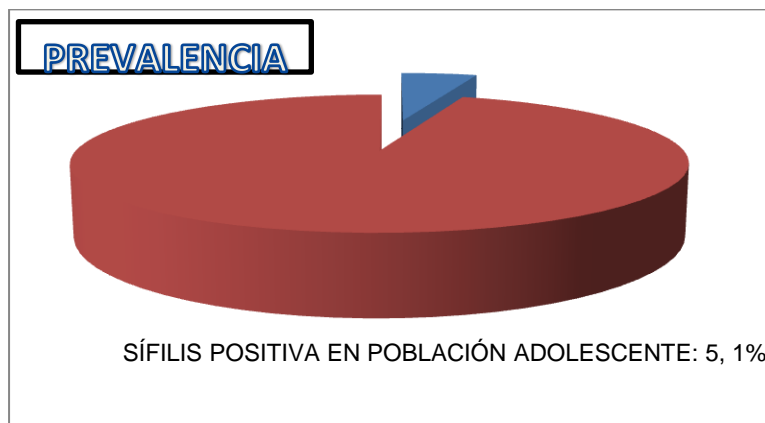
Tabla 1. Características de la población.

	Mediana (Rango)/Porcentaje
<u>Estado civil</u> Soltera Unión estable Casada	34,7% 65,2% 0%
<u>Escolaridad</u> Primario Secundario Universitario	26,1% 73,9% 0%
<u>Gestiparidad</u> Primigestas Secundigestas Tercigestas Multíparas	65,21% 26,08% 4,34% 4,34%

Como se visualiza en la tabla 1, ninguna de nuestras pacientes adolescentes eran casadas ni ninguna tuvo estudios terciarios y/o universitarios.

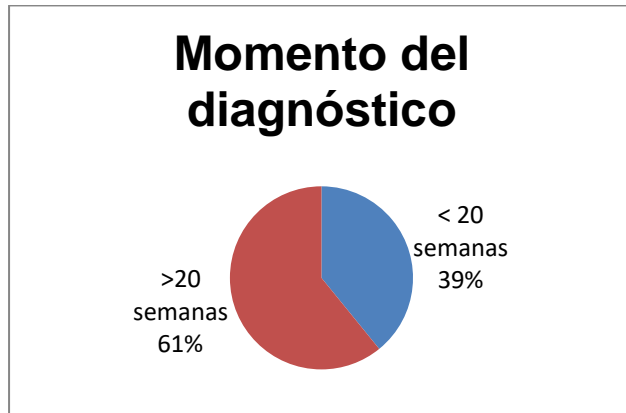
Un 65,2% fueron primigestas (n=15), 26,08% (n=6) secundigestas, 4,34% (n=1) tercigestas y 4,34% (n=1) multíparas.

Gráfico 1. Prevalencia de sífilis en nuestra población.



Del total de nuestras embarazadas adolescentes (n=443), 23 pacientes (5,1%) tuvieron VDRL positivas, de las cuales, un 100% se confirmó con la prueba de FTA-ABS no habiendo falsos positivos.

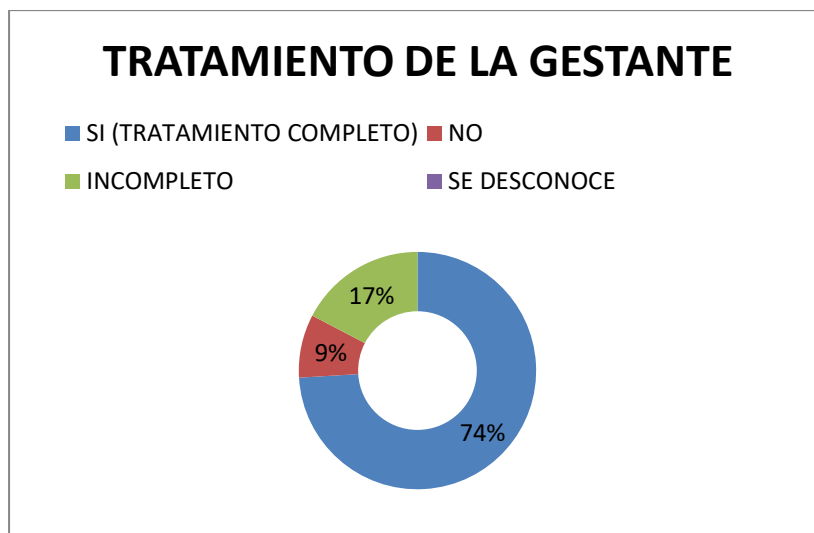
Gráfico 2. Momento del diagnóstico



De estas 23 pacientes, 9 (39,1%) fueron diagnosticadas antes de las 20 semanas, 14 (61%) después de las 20 semanas y de estas últimas 14, 2 pacientes fueron diagnosticadas durante su internación en trabajo de parto ya que no tenían control prenatal.

De las 12 pacientes que fueron diagnosticadas después de las 20 semanas, solo 2 tenían previa VDRL negativa, por lo que se infiere que se infectaron durante el embarazo. El resto tuvieron diagnóstico tardío por comenzar su control prenatal pasadas las 20 semanas

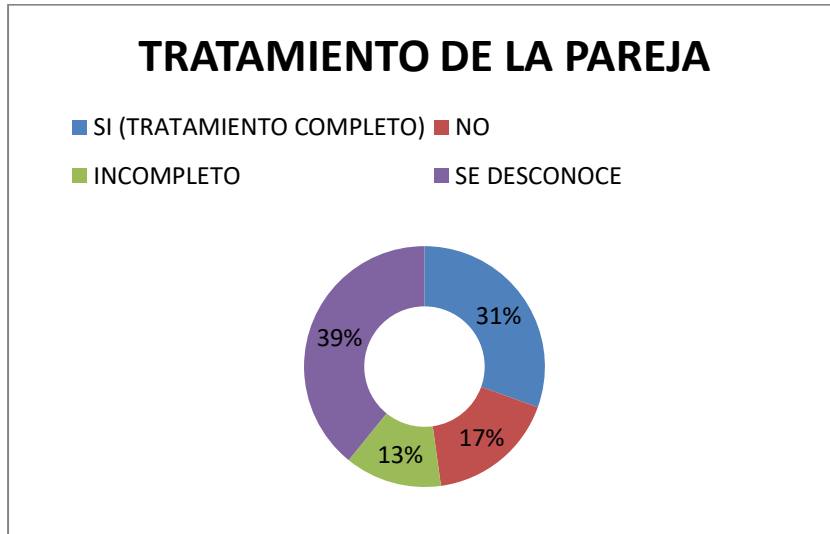
Gráfico 3. Tratamiento de la gestante.



Un 74% (n=17) pacientes completaron el tratamiento con las 3 dosis de Penicilina Benzatínica al momento del parto. Un 17% (n=4) lo realizaron en forma incompleta o no

llegaron aplicarse las ultimas porque se produjo el nacimiento y un 9% (n=2) pacientes, no realizaron tratamiento alguno.

Gráfico 4. Tratamiento de la pareja de la gestante



En el caso de las parejas, la adhesión al tratamiento fue menor. Un 39% se desconoció el dato. La gestante refirió no saber si lo realizó o no. Un 31% realizó tratamiento completo al momento del nacimiento, un 13% incompleto y un 17% no realizó tratamiento.

Gráfico 5. Control prenatal de las gestantes

Como se observa en el gráfico, el 65% (n=15) de las pacientes tuvo un control prenatal óptimo con 5 o más controles, un 22% (n=5) deficiente con menos de 5 y un 13% (n=3) no tuvieron control prenatal.

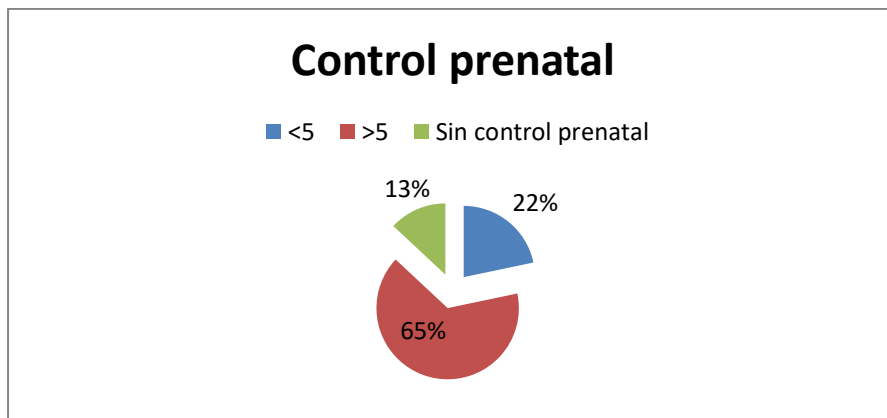
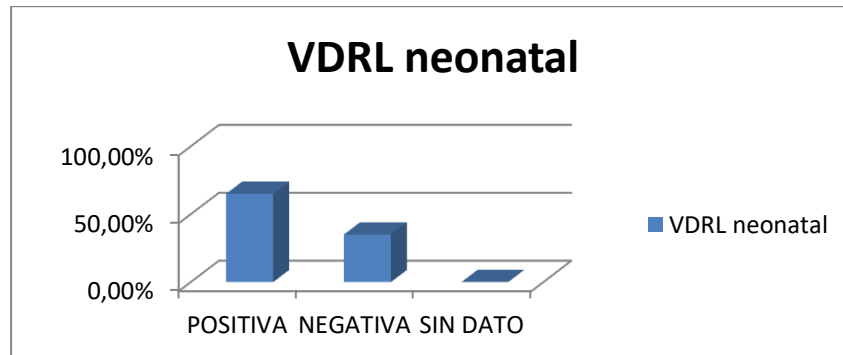


Tabla 2. Porcentaje de muertes fetales en embarazadas infectadas.

Desenlace	TOTAL DE CASOS	%
MUERTE FETAL	3	13%
RN VIVO	20	87,00%

Un 87% (n=20) de las pacientes tuvieron un recién nacido vivo y 13% (n=3) fueron fetos muertos de 25, 30 y 32 semanas de gestación respectivamente.

Gráfico 5. Resultados de VDRL neonatales



En el relevamiento de datos se obtuvo que 5 recién nacidos (22%) tuvieron VDRL negativas al nacer y 15 (65%), positivas con internación y tratamiento en neonatología. No hay que olvidar que 3 (13%) fueron fetos muertos.

En cuanto al seguimiento de esos 15 pacientes con Sífilis Congénita, 5 (33%) no siguieron sus controles en el hospital y de los 10 (70%) restantes, 1 fue un caso confirmado de neurolúes y otro, de hipotonía, ambos en seguimiento con pediatría y neurología. 8 pacientes al día de hoy tienen controles normales.

Tabla 3. Resultados perinatales de pacientes que hayan tenido al menos una prueba positiva.

Peso al nacer	N total de casos	% Sobre total
< 2500 gr	5	21,7%
> = 2500 gr	18	78,2%

Edad Gestacional	N total de casos	% Sobre total
< 38 sem	4	17,3%
> = 38 sem	19	82,6%

En estos casos tanto para el bajo peso al nacer como la prematuridad se tuvieron en cuenta los 3 casos de fetos muertos intraúteros previo al término de la gestación. Hubo un caso de presunción de RCIU con bajo peso al nacer, 2300gr y 41 semanas de gestación.

Tabla 5. Finalización del embarazo

	N	%
Parto Espontáneo	16	69,56%
Parto Inducido	2	8,69%
Cesárea	5	21,73%

Del total de la muestra, un 70% fue parto espontáneo, un 9% parto inducido, uno de ellos la indicación fue feto muerto y retenido y el preeclampsia materna. Finalmente, un 22% fue cesárea, entre las cuales las indicaciones fueron: oligoamnios severo (n=1), sufrimiento fetal agudo (n=1), falta de progresión del trabajo de parto (n=2) y HIV+ concomitante con carga viral mayor a 1000 copias/ml (n=1).

Conclusiones

Los datos obtenidos en este estudio revelan una situación preocupante con respecto a dos problemas asociados a las conductas sexuales de la adolescencia, en el marco de una población con necesidades básicas insatisfechas: el embarazo en adolescentes solteras y una alta incidencia de sífilis en las mismas.

Es necesario establecer estrategias de sensibilización de prevención, causas, síntomas y consecuencias de la sífilis materna; la formación de una actitud favorable orientadas hacia la realización de los controles en general y de rutina durante el embarazo, que generen en las mismas y sus parejas un alto compromiso y responsabilidad consigo misma y su hijo/a en su vientre.

En 15 casos de las 23 madres diagnosticadas durante el estudio se demostró sífilis congénita confirmada con serología y existieron 3 mortinatos.

De los 3 casos de fetos muertos, 2 madres fueron pacientes sin control prenatal lo que nos demuestra el riesgo de no asistir a un control y tratamiento oportuno.

Por otra parte, no debe perderse de vista un factor de impacto social y es que la mayoría de estas pacientes son solteras.

Nuestro sistema de salud dispone de centros de atención primaria de salud en barrios críticos y recursos económicos para la detección y tratamiento de sífilis gratuitamente. Lo que no dispone es de un sistema de captura, que localice e introduzca a los adolescentes en la línea de control médico. Tampoco pareciera que encontremos solución a lograr cambiar las conductas de sexo inseguro en este grupo de riesgo.

La prevalencia de sífilis es sin duda indicador de la práctica de sexo inseguro, con la confirmación de la no utilización o mala utilización de preservativos.

Creemos que aún es necesario actualizar la capacitación de los técnicos y profesionales de la salud del país, a efectos de sensibilizarlos ante el problema de salud pública que configura la sífilis en general y la sífilis congénita. Asimismo, no perder de vista los instrumentos de vigilancia potenciado el SIP como principal instrumento de vigilancia epidemiológica donde nosotras las obstétricas tenemos un papel fundamental.

Bibliografía

1. Chin, J. El control de las enfermedades transmisibles. 17a ed. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2001. (Publicación Científica y Técnica 581)
2. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for prevention and control of congenital syphilis. MMWR. 1988; 37 (No. S-1)
3. Organización Mundial de la Salud. La salud de los jóvenes. Un reto y una esperanza. Ginebra: OMS, 1995.
4. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. Rev Ped Elec (en línea) 2008 (Consultado en noviembre 2011); 5(1):42-51. Disponible en: http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf.
5. Diretrice WHO guidelines for the treatment of Treponema pallidum (syphilis) de la OMS de 2016 para el tratamiento de TP. Hallable en <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/syphilistreatment-guidelines/en/>
6. Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016- 2020 consejo directivo 68.A sesión del comité regional de la oms para las américas Washington, D.C., EUA, del 26 al 30 de septiembre del 2016 [consultado el 23 de octubre del 2016]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12541%3Aamericas-agree-plan-to-end-aids-stis-public-health-problems-2030&catid.
7. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, “Guía sífilis en la embarazada y el recién nacido. Prevención, diagnóstico y tratamiento”, Buenos Aires, 2008, disponible en <http://www.msal.gov.ar/sida/investigaciones.html>
8. Dirección de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, “Guía de Prevención y Tratamiento de las Infecciones Congénitas y Perinatales”, cap. Sífilis, pág 9, Año 2010, disponible en <http://www.msal.gov.ar/htm/Site/promin/UCMISALUD/index.htm>
9. PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DE: SÍFILIS, HEPATITIS B Y VIH. Recomendaciones para el trabajo de los equipos de salud. 2016 Disponible en http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000853cnt-2016-07_guia-transmission-perinatal.pdf