



**Universidad Abierta Interamericana**  
**Sede Regional Rosario**  
**Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud**

**Título:** *“La importancia del control prenatal y el tratamiento adecuado en la madre durante la gestación, para la prevención de la sífilis congénita”.*

**Alumno:** Melisa Espadas

**Tutor:** Dra. Telma Gambandé

**Fecha de presentación:** Febrero 2008

# Índice

Índice	1
Resumen	2
Introducción	3
Marco teórico	5
Problema	5
Objetivos	12
Material y métodos	13
Resultados	15
Discusión	29
Conclusión	32
Bibliografía	34
Anexo	38

## **Resumen**

El presente corresponde a un estudio de tipo descriptivo en base a datos obtenidos de 66 historias clínicas correspondientes a embarazadas con VDRL positiva y de historias clínicas de los recién nacidos hijos de madres VDRL positiva de los Servicios de Obstetricia y Neonatología de la Maternidad Martín, de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, Argentina, durante el período comprendido entre el 1º de junio de 2006 y el 31 de mayo de 2007.

Con el objetivo de conocer la frecuencia de sífilis en un grupo de embarazadas y la incidencia de sífilis congénita en los recién nacidos, reconocer la importancia del control prenatal en la prevención de la sífilis congénita y analizar la relación entre control prenatal y tratamiento adecuado de la sífilis en la madre.

Se arribaron a las siguientes conclusiones:

- Existe una relación altamente significativa entre los controles prenatales y el tratamiento materno de la sífilis.
- Se determinó que en el grupo de 21 a 25 años existió un déficit en el control prenatal.
- Se observó que existe un número considerable de pacientes que desconocen haber padecido o no la enfermedad.
- Se concluye que un buen seguimiento de las pacientes durante el embarazo, permite, mediante métodos de screening y métodos confirmatorios, la detección de la sífilis en la madre, pudiendo realizar el tratamiento adecuado, para evitar la sífilis congénita en el recién nacido.

## Introducción

La sífilis o lúes es una enfermedad sistémica causada por el *Treponema Pallidum*, que se caracteriza por períodos de actividad, con manifestaciones clínicas evidentes, y largos períodos de latencia. <sup>(1,2,3)</sup>

La sífilis congénita, también producida por el *Treponema Pallidum*, es adquirida por el feto durante el embarazo, a través de la placenta. <sup>(4,5,6)</sup>

Esta constituye una fuente de preocupación creciente en el último tiempo tanto para países desarrollados como en los del subdesarrollo. En países como Inglaterra, Francia, Estados Unidos y Alemania el recrudecimiento de la incidencia de la sífilis congénita parece asociarse con la generalización del uso de drogas, prácticas sexuales sin protección y enfermedades de transmisión sexual. En cambio en los países en desarrollo, como Perú, Brasil, Paraguay y Argentina, la presencia de sífilis congénita se asocia con la pobreza, la baja calidad de la asistencia en salud y la promiscuidad sexual. <sup>(7)</sup>

Debido a los riesgos que conlleva para el feto la sífilis congénita, el diagnóstico materno a tiempo, permite un tratamiento temprano y adecuado de la madre, que modifica claramente el pronóstico del recién nacido. <sup>(8,9)</sup>

El screening rutinario, con test serológicos como la VDRL, debe realizarse en la primera consulta del embarazo, pero un segundo test en el tercer trimestre puede ser útil para detectar una infección tardía. <sup>(8,9)</sup>

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

La sífilis congénita ocurre aproximadamente en 1/3 de recién nacidos de mujeres embarazadas con sífilis no tratadas. El diagnóstico en el nacimiento es difícil

y el problema se subestima en la mayoría de los hospitales en virtud de que el niño infectado puede estar al principio asintomático. <sup>(10)</sup>

## **Marco teórico**

### **Definición de sífilis congénita**

Niño, aborto (pérdida gestacional hasta las 22 semanas o peso < 500g) o mortinato (feto muerto después de 22 semanas de gestación o peso > 500g) de una madre con serología no treponémica (VDRL) reactiva para sífilis con cualquier titulación, en ausencia de prueba treponémica confirmatoria (FTA-Abs) realizada en el estudio prenatal o en el momento del parto o del curetaje, que no haya sido tratada o haya recibido tratamiento inadecuado y/o presente cualquiera de los signos clínicos de sífilis en el adulto. <sup>(6)</sup>

### **Epidemiología**

A pesar de que desde hace más de 40 años existe la penicilina, droga efectiva para su tratamiento, la sífilis representa un grave problema para la salud pública. <sup>(3)</sup>

Esta infección, al igual que el resto de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), ha aumentado su incidencia en los últimos años. Al incrementarse en número de casos de mujeres, ha aumentado también el número de RN infectados. <sup>(3)</sup>

Tienen mayor riesgo de sífilis las pacientes embarazadas adolescentes, con antecedentes de otras ETS, embarazo no controlado, problemas de drogadicción y parejas no estables. <sup>(3,11)</sup>

La incidencia de sífilis congénita varía del 2 al 10% de los RN vivos en diferentes partes de América. Este porcentaje tiene relación directa con el número de mujeres que llegan al parto sin control de su embarazo. <sup>(3,10)</sup>

La sífilis congénita es la forma de presentación más severa de la sífilis, pero a diferencia del resto, puede ser prevenida con un adecuado control prenatal. <sup>(3)</sup>

Si la madre infectada no se trata temprana y adecuadamente la posibilidad de abortos, mortinatos, prematuros, muerte neonatal y/o enfermedad severa del RN es una alta posibilidad. Sin embargo el 60% de niños con sífilis congénita nacen asintomáticos manifestando la enfermedad en los primeros meses de vida. <sup>(5,6)</sup>

### **Riesgo fetal:**

En mujeres embarazadas, la sífilis no tratada puede causar:

	<b>Sífilis primaria o secundaria</b>	<b>Sífilis latente o temprana</b>	<b>Sífilis tardía</b>
RNPT		20%	9%
Aborto	50%	16%	10%
Muerte neonatal		4%	1%
Sífilis congénita	50%	40%	10%
RN sano		20%	70%

La transmisión es por lo general intrauterina, por vía hematógica transplacentaria. El RN también puede infectarse por contacto directo con lesiones genitales activas en el momento del nacimiento. <sup>(3,6)</sup>

La sífilis no se transmite a través de la lactancia, excepto que existan lesiones activas en el pezón.

Cuando hay co-infección por HIV en la embarazada con sífilis, existe mayor posibilidad de espiroquetemia debido a la inmunosupresión materna, y esto condicionaría también a mayor riesgo de infección por HIV en el RN. <sup>(3,6)</sup>

## **Clínica**

### **En el adulto:**

- **Primaria:** chancro duro asociado con adenomegalia satélite.
- **Secundaria:** aparece 3 a 6 semanas después de la primaria con dolor de garganta, adenomegalias, fiebre, mialgias lesiones cutáneo-mucosas, roseolas, sífilides papulosas, condiloma plano y alopecia
- **Terciaria:** lesiones cutáneo-mucosas, tubérculos o gomas, alteraciones neurológicas (meningitis linfocítica, tabes dorsal y demencia), alteraciones cardiovasculares, alteraciones articulares, aneurisma aórtico y artropatía de Charcot <sup>(1,3,4,6,12,13)</sup>

### **En el Recién Nacido:**

- **Temprana:** ocurre en menores de 2 años.
  1. ***Rinitis:*** es piomucosanguinolenta y lleva a la destrucción del tabique nasal.
  2. ***Roséola:*** exantema maculopapular, eritematoso, principalmente en la espalda y lo codos.
  3. ***Pénfigo:*** lesiones ampollares en palmas y plantas.
  4. ***Condilomas:*** son periorales.

5. **Huesos y articulaciones:** alteraciones dolorosas, que causan inmovilidad antálgica (seudoparálisis de Parrot) que en la radiología se ven como: osteocondritis, periostitis y osteomielitis

6. **SNC:** meningitis

7. **Ojos:** coriorretinitis, glaucoma, cataratas

8. **Otras alteraciones:** ictericia (por aumento de la bilirrubina indirecta, hemólisis y aumento de la bilirrubina directa); hepatomegalia con o sin esplenomegalia; esplenomegalia (nunca sin hepatomegalia); linfadenopatía; anemia hemolítica; síndrome nefrótico; hipopituitarismo; inflamación gastro-intestinal; neumonía alba; miocarditis.

- Tardía: ocurre en mayores de 2 años.

1. **Dentición:** dientes de Hutchinson y molares “*en forma de mora*”

2. **Ojos:** queratitis intersticial, coriorretinitis, glaucoma, uveítis y lesiones en la córnea

3. **Oídos:** sordera del octavo par craneal

4. **Cara:** nariz en silla de montar y mandíbula prominente

5. **Piel:** grietas

6. **SNC:** retardo mental, hidrocefalia, atrofia del nervio óptico, paresias y parálisis de los nervios craneales

7. **Huesos y articulaciones:** deformidad de la tibia (en sable) y agrandamiento de las articulaciones (articulaciones de Clutton) <sup>(1,3,4,6)</sup>

## **Diagnóstico serológico** <sup>(5,9,13-15)</sup>

Pruebas no treponémicas: son muy sensibles y poco específicas. Se usan en el rastreo inicial y, como son cuantificables, en el seguimiento de los tratamientos.

- VDRL
- RPR

Pruebas treponémicas: son altamente específicas pero poco sensibles.

Se utilizan para confirmar el diagnóstico

- FTA-Abs
- Inhibición por la hemaglutinación (TPHA)

## **Exámenes complementarios en el recién nacido** <sup>(8,9,16)</sup>

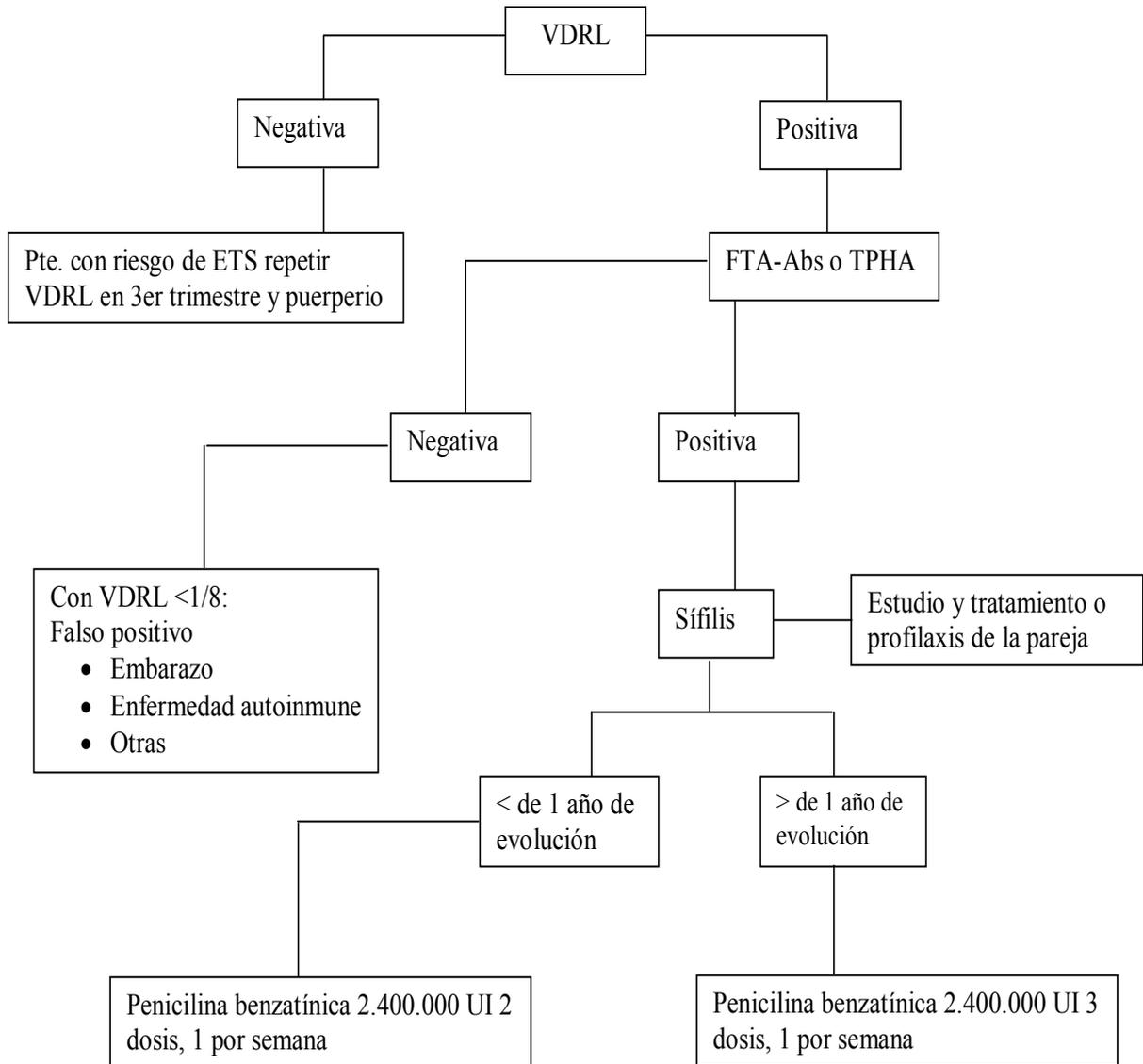
- Hemograma
- Rx de huesos largos
- Examen de LCR

## **Indicación de tratamiento en el recién nacido** <sup>(17)</sup>

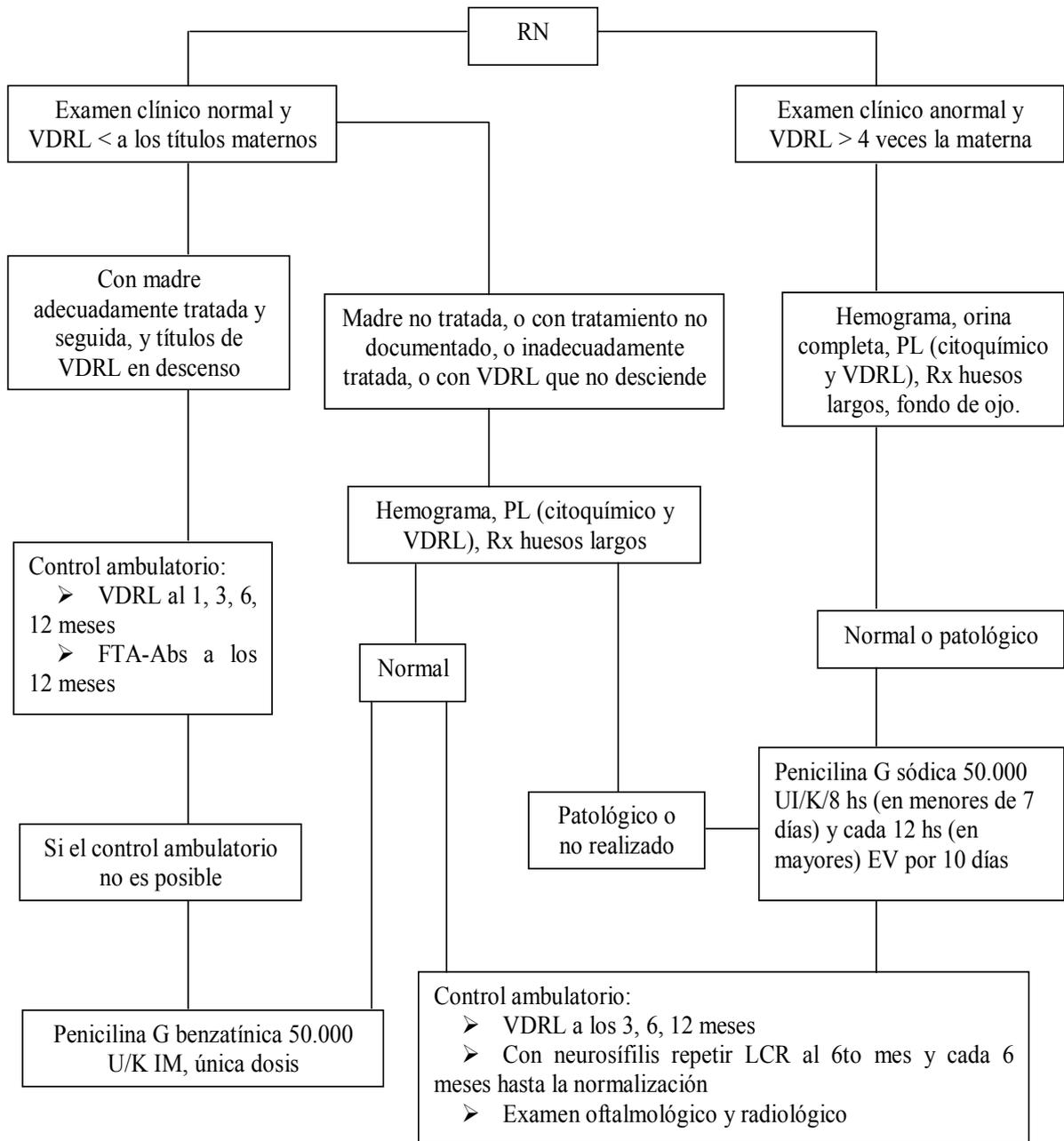
- Títulos de VDRL cuatro veces superiores a los maternos
- Prueba treponémica positiva en el RN
- VDRL positiva en el LCR del RN
- Caso no correctamente documentado
- Tratamiento incorrecto en la madre (uso de ATB no penicilínico, fin del tratamiento menos de un mes antes del parto)

- Madre HIV positiva
- Madre sin descenso esperado de los títulos de VDRL (2,6,11,14)

**Conducta en la embarazada:** <sup>(3)</sup>



## Conducta en el RN <sup>(3)</sup>



## **Problema**

¿Cuál es la importancia del control prenatal y del tratamiento de la madre con sífilis para evitar la sífilis congénita?

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Conocer la frecuencia de sífilis en un grupo de embarazadas y la incidencia de sífilis congénita en los recién nacidos en la Maternidad Martín de la ciudad de Rosario.

### **Objetivos Específicos**

- Conocer la frecuencia de recién nacidos con sífilis congénita en un grupo de embarazadas VDRL positivas.
- Reconocer la importancia del control prenatal en la prevención de la sífilis congénita.
- Analizar la relación entre control prenatal y tratamiento adecuado de la sífilis en la madre.

## **Material y métodos**

Se llevó adelante un estudio de tipo descriptivo en base a datos obtenidos de historias clínicas correspondientes a embarazadas con VDRL positiva y de historias clínicas de los recién nacidos hijos de madres VDRL positiva de los Servicios de Obstetricia y Neonatología de la Maternidad Martín, de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, Argentina, durante el período comprendido entre el 1º de junio de 2006 y el 31 de mayo de 2007.

La muestra quedó conformada por 66 historias clínicas.

Se analizaron las siguientes variables:

- Edad materna: en años cumplidos al momento del parto.
- Número de gestas.
- Antecedentes de sífilis en embarazos anteriores: sí, no, desconoce.
- Controles prenatales: adecuados o no adecuados. Se considera como controles adecuados a un mínimo de 5 controles prenatales, siendo el primer control previo a la semana 20 de edad gestacional.
- Tratamiento materno de la sífilis: sí o no, adecuado y no adecuado. Se considera tratamiento adecuado si fue realizado con tres dosis de 2.400.000 UI de Penicilina benzatínica IM separadas por una semana, finalizando el tratamiento como mínimo un mes antes del parto.
- Valor de la VDRL: en diluciones (dils).
- Evolución del embarazo: aborto, muerte fetal, nacido vivo.
- Tratamiento del recién nacido: sí o no. Al momento de tomar la decisión de tratar al recién nacido por sífilis congénita se tuvo en cuenta los controles prenatales y el tratamiento materno.

➤ Síntomas en el recién nacido: presencia o ausencia (especificando signos, síntomas o patologías).

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 inferenciales (prueba Chi cuadrado).

## **Resultados**

Durante el tiempo en que se realizó el estudio, 3608 pacientes finalizaron su embarazo, de los cuales 3418 fueron nacidos vivos; 129 finalizaron en abortos y 61 fueron fetos muertos.

Se registraron entre la totalidad de las pacientes 66 pruebas de VDRL positivas (1,8%). De estas fueron considerados recién nacidos vivos con sífilis congénita a 13 pacientes (19,6%).

Se consideraron estas 66 pacientes con VDRL positivas, para analizar las distintas variables:

### **Edad materna**

La edad materna presenta un promedio de 24 años, una mediana de 22,5 años y una distribución modal de 21 años.

***Tabla 1: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la edad materna.***

<i>Edad materna</i>		
	<i>f</i>	<i>%</i>
<b>menos de 21 años</b>	21	31,8%
<b>21 a 25 años</b>	27	40,9%
<b>26 a 30 años</b>	7	10,6%
<b>31 a 35 años</b>	6	9,1%
<b>36 años o más</b>	5	7,6%
<b>Total</b>	<b>66</b>	

Del total de la población estudiada (n=66), el 40,9% se ubica en el intervalo de 21 a 25 años; el 31,8% en el intervalo de menores de 21 años; el 10,6% en el intervalo de 26 a 30 años; en el 9,1% en el intervalo de 31 a 35 años y el 7,6% en el intervalo de 36 años o más.

## Gestas

***Tabla 2: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de las gestas.***

<i>Gestas</i>		
	<i>f</i>	<i>%</i>
<b>primigesta</b>	13	19,7%
<b>secundigesta</b>	14	21,2%
<b>tercigesta</b>	18	27,3%
<b>multigesta</b>	21	31,8%
<b>Total</b>	<b>66</b>	

El 31,8% de la población corresponde a multigestas; el 27,3% a tercigestas; el 21,2% a secundigestas y el 19,7% a primigestas.

## Antecedentes de sífilis

***Tabla 3: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del antecedente de sífilis.***

<i>Antecedente de sífilis</i>		
	<i>f</i>	<i>%</i>
<b>sí</b>	22	33,3%
<b>no</b>	29	43,9%
<b>desconoce</b>	15	22,7%
<b>Total</b>	<b>66</b>	

El 43,9% refiere no poseer antecedentes de sífilis; el 33,3% refiere antecedentes de sífilis y el 22,7% refiere desconocer si tiene antecedentes de sífilis.

## Control prenatal

***Tabla 4: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de los controles prenatales.***

<i>Control prenatal</i>		
	<i>f</i>	<i>%</i>
<b>realizó</b>	60	90,9%
<b>no realizó</b>	6	9,1%
<b>Total</b>	<b>66</b>	

El 90,9% realizó al menos un control prenatal y el 9,1% no realizó controles prenatales (correspondiendo en su mayoría al intervalo de 21 a 25 años).

***Tabla 5: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de los controles prenatales adecuados o no adecuados.***

<b>Controles prenatales adecuados</b>		
	<i>f</i>	%
<b>adecuados</b>	34	56,7%
<b>no adecuados</b>	26	43,3%
<b>Total</b>	<b>60</b>	

Del total de pacientes que refiere haber realizado al menos un control prenatal (n=60), en el 56,7% los controles prenatales fueron adecuados y en el 43,3% fueron no adecuados.

### **Tratamiento materno de la sífilis**

***Tabla 6: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si se realizó el tratamiento de la sífilis materna.***

<b>Tratamiento sífilis materna</b>		
	<i>f</i>	%
<b>sí</b>	42	63,6%
<b>no</b>	24	36,4%
<b>Total</b>	<b>66</b>	

En el 63,6% se realizó el tratamiento de la sífilis materna y en el 36,4% no se realizó tratamiento.

***Tabla 7: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si el tratamiento de la sífilis materna fue adecuado o no adecuado.***

<b>Tratamiento adecuado de la sífilis materna</b>		
	<i>f</i>	%
<b>adecuado</b>	34	81,0%
<b>no adecuado</b>	8	19,0%
<b>Total</b>	<b>42</b>	

Del total de madres que recibieron tratamiento para la sífilis (n=42), el 81% recibió tratamiento adecuado y el 19% no adecuado (correspondiendo en su mayoría al intervalo de edad de 21 a 25 años).

## **Evolución**

***Tabla 8: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la evolución del embarazo.***

<i>Evolución</i>		
	<i>f</i>	<i>%</i>
<b>normal</b>	62	93,9%
<b>aborto</b>	1	1,5%
<b>muerte fetal</b>	3	4,5%
<b>Total</b>	<b>66</b>	

En el 93,9% la evolución del embarazo fue normal; en el 4,5% se produjo muerte fetal y en el 1,5% aborto.

## **Recién nacido**

***Tabla 9: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de sífilis congénita.***

<i>Recién nacido</i>		
	<i>f</i>	<i>%</i>
<b>normal</b>	49	79,0%
<b>sífilis congénita</b>	13	21,0%
<b>Total</b>	<b>62</b>	

Del total de recién nacidos (n=62), el 79% fueron recién nacidos saludables y el 21% (13 casos) presentó sífilis congénita (correspondiendo en 3 casos a madres con tratamiento adecuado).

## Tratamiento del recién nacido

***Tabla 10:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas del tratamiento de los recién nacidos.*

<i>Tratamiento del recién nacido</i>		
	<i>f</i>	<i>%</i>
<b>sí</b>	13	21,0%
<b>no</b>	48	77,4%
<b>desconocido</b>	1	1,6%
<b>Total</b>	<b>62</b>	

El 77,4% de los recién nacidos no recibió tratamiento para la sífilis; el 21% recibió tratamiento para la sífilis y en el 1,6% se desconoce si el recién nacido recibió tratamiento.

## Síntomas del recién nacido

***Tabla 11:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de los síntomas que presentan los recién nacidos.*

<i>Síntomas del recién nacido</i>		
	<i>f</i>	<i>%</i>
<b>no</b>	59	95,2%
<b>sí</b>	2	3,2%
<b>desconocido</b>	1	1,6%
<b>Total</b>	<b>62</b>	

El 95,2% de los recién nacidos no presentó síntomas; el 3,2% presentó síntomas (2 casos presentaron ictericia leve, comunicación interauricular y comunicación interventricular y 1 caso presentó microcefalia, trastorno de la alimentación e ictericia) y en el 1,6% se desconoce si los recién nacidos presentaron síntomas.

## VDRL del recién nacido

***Tabla 12: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la VDRL de los recién nacidos.***

<i>VDRL del recién nacido</i>		
	<i>f</i>	<i>%</i>
<b>positiva</b>	40	64,5%
<b>negativa</b>	20	32,3%
<b>desconocida</b>	2	3,2%
<b>Total</b>	<b>62</b>	

El 64,5% de los recién nacidos presenta VDRL positiva; el 32,3% VDRL negativa y en el 3,2% se desconoce el valor de la VDRL.

***Tabla 13: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del valor de la VDRL de los recién nacidos.***

<i>Valor VDRL del recién nacido</i>		
	<i>f</i>	<i>%</i>
<b>1 dils</b>	16	40,0%
<b>2 dils</b>	7	17,5%
<b>4 dils</b>	6	15,0%
<b>8 dils</b>	6	15,0%
<b>16 dils</b>	5	12,5%
<b>Total</b>	<b>40</b>	

Del total de los recién nacidos con VDRL positiva (n=40), el 40% presenta 1 dils; el 17,5% 2 dils; el 15% 4 dils; el 15% 8 dils y el 12,5% 16 dils.

## Tratamiento del recién nacido y valor de la VDRL

Del total de recién nacidos (n=62), no recibieron tratamiento 48 casos, recibieron tratamiento 13 casos y en 1 caso se desconoce si recibió tratamiento debido a que fue trasladado.

**Tabla 14:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas del tratamiento del recién nacido en relación al valor de la VDRL.

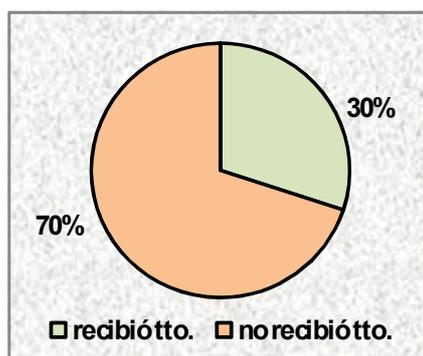
<b>Tratamiento del recién nacido y VDRL</b>					
	recibió tratamiento		no recibió tratamiento		Total
	f	%	f	%	
VDRL positiva	12	30,0%	28	70,0%	<b>40</b>
VDRL negativa	0	0,0%	20	100,0%	<b>20</b>
desconocida	1	100,0%	0	0,0%	<b>1</b>
<b>Total</b>	<b>13</b>		<b>48</b>		<b>61</b>

Del total de recién nacidos con VDRL positiva (n=40), el 70% no recibió tratamiento y el 30% recibió tratamiento.

Los recién nacidos con VDRL negativa no recibieron tratamiento.

Recibió tratamiento el recién nacido del cual se desconoce la VDRL.

**Gráfico 1:** distribución de las frecuencias relativas del tratamiento del recién nacido en relación a la VDRL positiva.



## Edad materna y antecedente de sífilis

**Tabla 15:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la edad materna en relación al antecedente de sífilis.

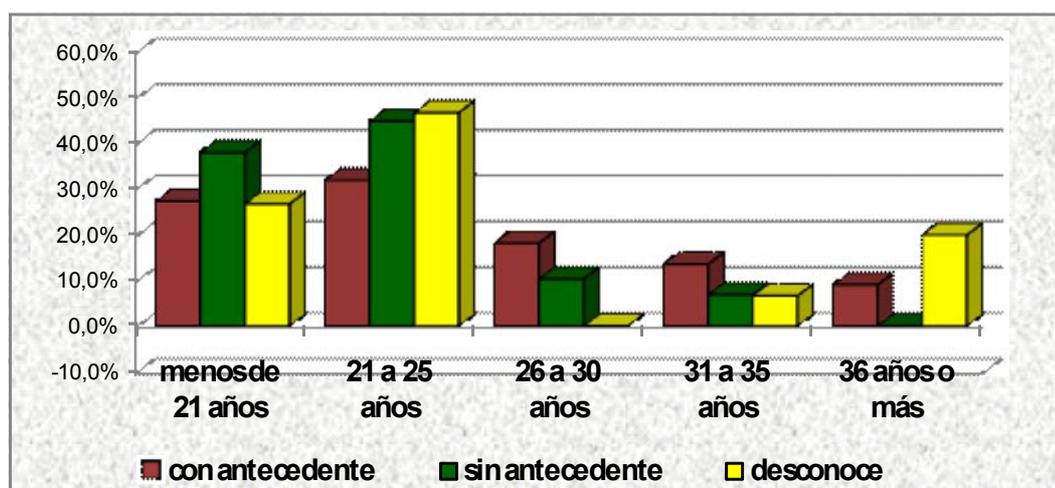
<b>Edad materna y antecedente de sífilis</b>						
	con antecedente de sífilis		sin antecedente de sífilis		desconoce	
	f	%	f	%	f	%
menos de 21 años	6	27,3%	11	37,9%	4	26,7%
21 a 25 años	7	31,8%	13	44,8%	7	46,7%
26 a 30 años	4	18,2%	3	10,3%	0	0,0%
31 a 35 años	3	13,6%	2	6,9%	1	6,7%
36 años o más	2	9,1%	0	0,0%	3	20,0%
<b>Total</b>	<b>22</b>		<b>29</b>		<b>15</b>	

Del total de madres con antecedente de sífilis (n=22), el 31,8% corresponde a la edad de 21 a 25 años; el 27,3% son menores de 21 años; el 18,2% de 26 a 30 años; el 13,6% de 31 a 35 años y el 9,1% 36 años o más.

Del total de madres sin antecedentes de sífilis (n=29), el 44,8% corresponde a la edad de 21 a 25 años; el 37,9% son menores de 21 años; el 10,3% de 26 a 30 años y el 6,9% de 31 a 35 años.

Del total de madres que desconoce el antecedente de sífilis (n=15), el 46,7% corresponde a la edad de 21 a 25 años; el 26,7% son menores de 21 años; el 20% de 36 años o más y el 6,7% de 31 a 35 años.

***Gráfico 2: distribución de las frecuencias relativas de la edad materna en relación al antecedente de sífilis.***



## Edad materna y tratamiento de la sífilis

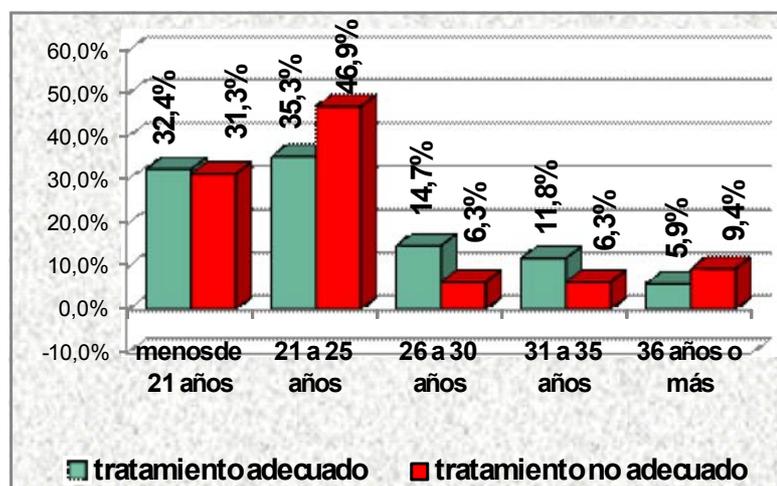
**Tabla 16:** *distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la edad materna en relación al tratamiento de la sífilis.*

<i>Edad materna y tratamiento de la sífilis materna</i>				
	tratamiento adecuado		tratamiento no adecuado	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
menos de 21 años	11	32,4%	10	31,3%
21 a 25 años	12	35,3%	15	46,9%
26 a 30 años	5	14,7%	2	6,3%
31 a 35 años	4	11,8%	2	6,3%
36 años o más	2	5,9%	3	9,4%
<b>Total</b>	<b>34</b>		<b>32</b>	

Del total de madres que recibieron tratamiento adecuado para la sífilis (n=34), el 35,3% corresponde a la edad de 21 a 25 años; el 32,4% son menores de 21 años; el 14,7% de 26 a 30 años; el 11,8% de 31 a 35 años y el 5,9% de 36 años o más.

Del total de madres que no recibieron tratamiento adecuado para la sífilis (n=32), el 46,9% corresponde a la edad de 21 a 25 años; el 31,3% son menores de 21 años; el 9,4% de 36 años o más; el 6,3% de 26 a 30 años y el 6,3% de 31 a 35 años.

**Gráfico 3:** *distribución de las frecuencias relativas de la edad materna en relación al tratamiento de la sífilis.*



## Edad materna y controles prenatales

En el caso de las 6 pacientes que no se realizaron controles prenatales estos se consideran inadecuados.

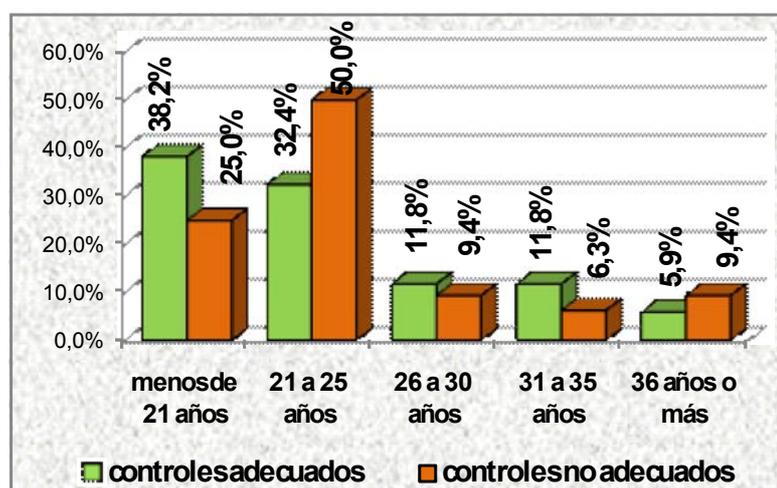
***Tabla 17: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la edad materna en relación a los controles prenatales.***

<i>Edad materna y controles prenatales</i>				
	controles adecuados		controles no adecuados	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
menos de 21 años	13	38,2%	8	25,0%
21 a 25 años	11	32,4%	16	50,0%
26 a 30 años	4	11,8%	3	9,4%
31 a 35 años	4	11,8%	2	6,3%
36 años o más	2	5,9%	3	9,4%
<b>Total</b>	<b>34</b>		<b>32</b>	

Del total de madres con controles prenatales adecuados (n=34), el 38,2% corresponde a la edad de menos de 21 años; el 32,4% de 21 a 25 años; el 11,8% de 26 a 30 años; el 11,8% de 31 a 35 años y el 5,9% de 36 años o más.

Del total de madres con controles prenatales no adecuados (n=32), el 50% corresponde a la edad de 21 a 25 años; el 25% a menores de 21 años; el 9,4% de 26 a 30 años; el 9,4% de 36 años o más y el 6,3% de 31 a 35 años.

***Gráfico 4: distribución de las frecuencias relativas de la edad materna en relación a los controles prenatales.***



## Edad materna y evolución

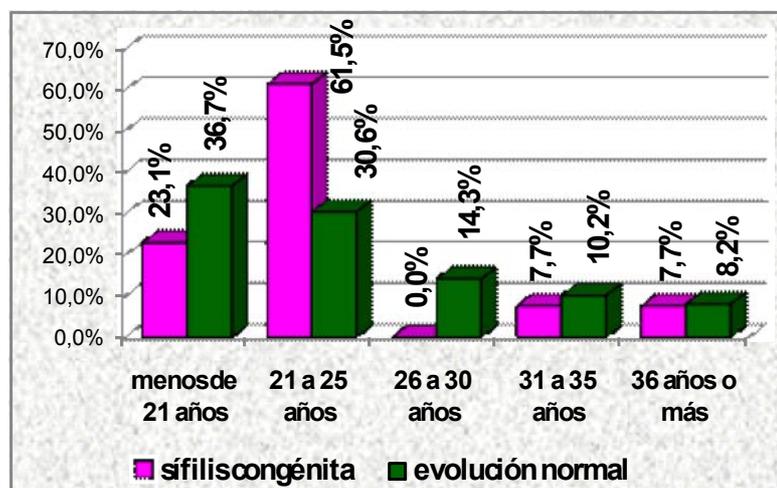
**Tabla 18:** *distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la edad materna en relación a la evolución.*

<b>Edad materna y evolución</b>				
	<b>sífilis congénita</b>		<b>evolución normal</b>	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
<b>menos de 21 años</b>	3	23,1%	18	36,7%
<b>21 a 25 años</b>	8	61,5%	15	30,6%
<b>26 a 30 años</b>	0	0,0%	7	14,3%
<b>31 a 35 años</b>	1	7,7%	5	10,2%
<b>36 años o más</b>	1	7,7%	4	8,2%
<b>Total</b>	<b>13</b>		<b>49</b>	

Del total de recién nacidos con sífilis congénita (n=13), el 61,5% corresponde a madres de 21 a 25 años; el 23,1% a menores de 21 años; el 7,7% de 31 a 35 años y el 7,7% de 36 años o más.

Del total de recién nacidos sin sífilis congénita (n=49), el 36,7% corresponde a madres menores de 21 años; el 30,6% de 21 a 25 años; el 14,3% de 26 a 30 años; el 10,2% de 31 a 35 años y el 8,2% de 36 años o más.

**Gráfico 5:** *distribución de las frecuencias relativas de la edad materna en relación a la evolución.*



## Gestas y evolución

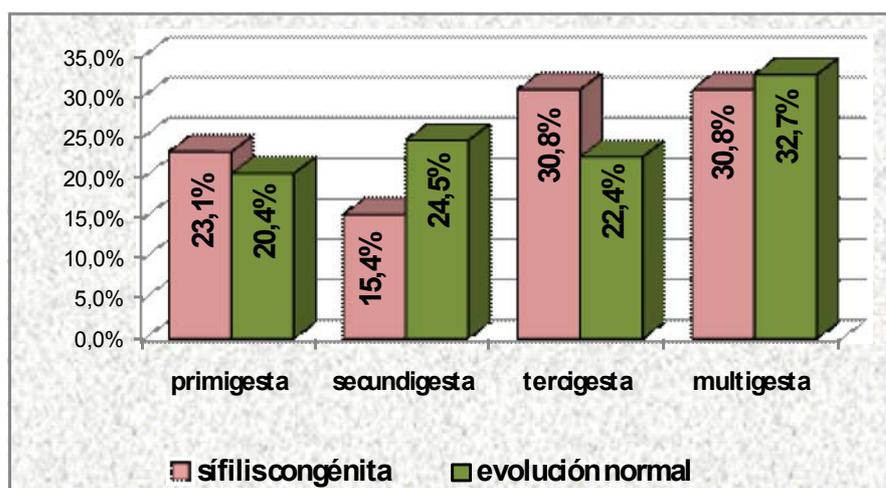
**Tabla 19:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de las gestas en relación a la evolución.

<b>Gestas y evolución</b>				
	<b>sífilis congénita</b>		<b>evolución normal</b>	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
<b>primigesta</b>	3	23,1%	10	20,4%
<b>secundigesta</b>	2	15,4%	12	24,5%
<b>tercigesta</b>	4	30,8%	11	22,4%
<b>multigesta</b>	4	30,8%	16	32,7%
<b>Total</b>	<b>13</b>		<b>49</b>	

Del total de recién nacidos con sífilis congénita (n=13), el 30,8% corresponde a multigestas; el 30,8% a tercigestas; el 23,1% a primigestas y el 15,4% a secundigestas.

Del total de recién nacidos sin sífilis congénita (n=49), el 32,7% corresponde a multigestas; el 24,5% a secundigestas; el 22,4% a tercigestas y el 20,4% a primigestas.

**Gráfico 6:** distribución de las frecuencias relativas de las gestas en relación a la evolución.



## Controles prenatales y tratamiento

**Tabla 20:** *distribución de las frecuencias absolutas y relativas de los controles prenatales en relación al tratamiento de la sífilis en la madre.*

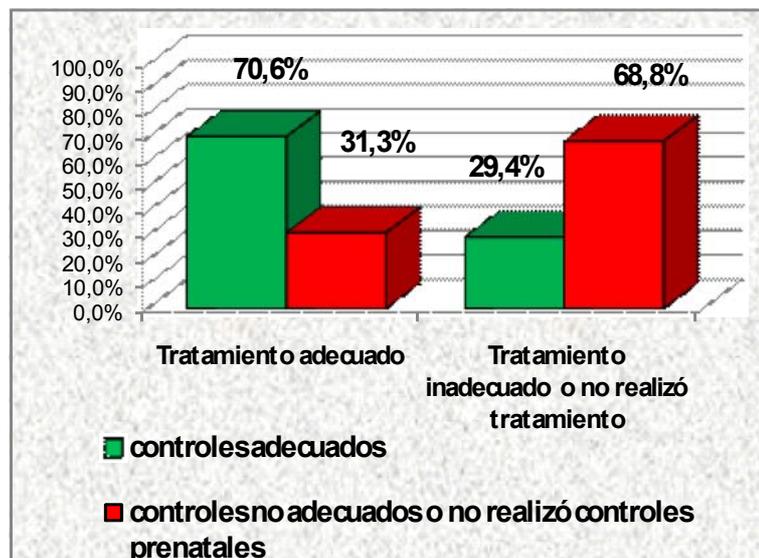
<b>Controles prenatales y tratamiento</b>				
	<b>realizó controles adecuados</b>		<b>no realizó controles adecuados o no realizó control</b>	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
<b>Tratamiento adecuado</b>	24	70,6%	10	31,3%
<b>Tratamiento inadecuado o no realizó tratamiento</b>	10	29,4%	22	68,8%
<b>Total</b>	<b>34</b>		<b>32</b>	

Del total de madres con controles prenatales adecuados (n=34), el 70,6% realizó el tratamiento adecuado y el 29,4% no realizó tratamiento o el mismo no fue adecuado.

Del total de madres con controles prenatales no adecuados (n=32), el 68,8% no realizó tratamiento o el mismo no fue adecuado y el 31,3% realizó el tratamiento adecuado.

La relación entre controles prenatales y tratamiento es altamente significativa ( $p=0,001$ ). Es decir, que las pacientes que realizaron controles prenatales adecuados tienen mayores probabilidades de recibir el tratamiento adecuado que aquellas pacientes que no realizaron controles prenatales o los mismos no fueron adecuados.

**Gráfico 7:** *distribución de las frecuencias relativas de los controles prenatales en relación al tratamiento de la sífilis en la madre.*



## Discusión

La sífilis congénita es una enfermedad que preocupa tanto a países en desarrollo como a países desarrollados. 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.

En nuestro trabajo hemos encontrado que en la población estudiada existe una prevalencia de sífilis en la embarazada del 1.8%, en contraposición del 5% en un estudio realizado en Bolivia <sup>(18)</sup>; 0.44% en Bologna, Italia (2000-2006) <sup>(19)</sup>; 0.5% en Shenzhen, China entre el 2002 y el 2005 <sup>(20)</sup>; y 0.125% en Enugu, Nigeria entre 1997 y 2001 <sup>(21)</sup>.

La incidencia de sífilis congénita en la población estudiada fue de 0,38% en comparación con estudios realizados en Shenzhen, China donde se encontró un 9% <sup>(20)</sup>. Podemos inferir que esta diferencia puede deberse a la población estudiada, que si bien las pacientes que concurren a la Maternidad Martin, carecen de Obra Social y pertenecen a niveles socioeconómicos bajo y medio, comparándola con un país como China en dónde se trata con políticas de Estado de reducir la cantidad de habitantes, es posible pensar por lo tanto, que no se promuevan medidas de control en las embarazadas.

De las pacientes VDRL positivas sólo realizaron controles prenatales adecuados poco más de la mitad, influyendo esto en la realización del tratamiento adecuado de la sífilis.

La falta de control del embarazo adecuado y por consiguiente, la falta de tratamiento en la madre derivó a que 13 recién nacidos fueran sometidos a

tratamiento, por ser considerados sífilis congénita, 3 embarazos derivaran en muerte fetal y 1 en aborto. <sup>(2,6,11,14)</sup>

Con respecto a la positividad o negatividad de las VDRL, se observó que no en todos los casos de madre VDRL positiva, los recién nacidos presentaron también VDRL positiva, y en los casos que si presentaron positividad en la prueba no fue necesario tratarlos a todos ya que esta puede ser positiva por presencia de anticuerpos maternos. <sup>(6)</sup>

En relación a los síntomas de los recién nacidos con sífilis congénita, solo se encontraron 3 pacientes sintomáticos al nacimiento, a diferencia de un estudio realizado en Bologna, Italia entre los años 2000-2006 donde todos los pacientes fueron asintomáticos <sup>(19)</sup>; lo que demuestra que en su gran mayoría los recién nacidos con sífilis congénita nacen asintomáticos, expresándose la infección semanas o meses más tarde. <sup>(3,10)</sup>

Del total de las pacientes estudiadas solo recibieron tratamiento 42 embarazadas, que corresponde a 63.3%, en oposición de estudios realizados en Shenzhen, China donde el 91% de las pacientes fueron tratadas <sup>(20)</sup> y en un estudio en Bolivia donde el 93.2% de las pacientes recibieron tratamiento para la sífilis. <sup>(18)</sup>

En este estudio quedó 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. Estudios similares realizados en Enugu, Nigeria <sup>(19)</sup> y en Bangkok, Thailandia <sup>(20)</sup>, arribaron a las mismas conclusiones,

haciendo esto más valioso aún el aporte de este trabajo en la prevención de una enfermedad conocida en nuestro medio, pero no siempre bien diagnosticada y tratada.

## **Conclusión**

Se ha comprobado una relación altamente significativa entre los controles prenatales y el tratamiento materno de la sífilis. Esto nos lleva a concluir que para prevenir la sífilis congénita es necesario realizar control prenatal adecuado, que permita la detección temprana de sífilis en la madre, para poder realizar el tratamiento necesario.

Si bien se comprobó una mayor frecuencia de VDRL positiva, antecedentes de sífilis y recién nacido con sífilis congénita en madres pertenecientes al grupo etario de 21 a 25 años, esto se puede deber a que un gran número de embarazadas atendidas en la Maternidad Martín corresponden a ese grupo.

Se determinó que en el grupo de 21 a 25 años existió un déficit en el control prenatal, ya que un mayor número de pacientes no realizó los controles adecuados en relación a un menor número que sí los realizó.

No se ha encontrado gran significancia en la relación entre madres VDRL positivas y el número de gestas, siendo ligeramente más elevado el número de pacientes multigestas.

Se observó que si bien no existe diferencia en la presencia o no de antecedentes de sífilis, existe un número considerable de pacientes que desconocen haber padecido o no la enfermedad.

Se ha comprobado que casi la totalidad de los recién nacidos fueron asintomáticos al momento del nacimiento (95,2%), y que ningún recién nacido con VDRL de cordón negativa recibió tratamiento.

Se llegó a la conclusión de que un buen seguimiento de las pacientes durante el embarazo, permite, mediante métodos de screening y métodos confirmatorios, la

detección de la sífilis en la madre, pudiendo realizar el tratamiento adecuado, para evitar el padecimiento de la sífilis congénita.

Al realizar este trabajo e interiorizarme sobre la falta de control adecuado en la madre durante el embarazo, descubrí que si bien persiste una falla en la política de salud, también existe un descuido de la embarazada para proteger a su hijo y a sí misma, ya que en muchos casos las madres tienen el antecedente de un embarazo previo, con lo que cabe esperar que conozca mínimamente los riesgos que ambos pueden correr si no realiza un control adecuado de su embarazo.

Debido a que esta enfermedad se observa con mucha frecuencia en niveles socio-económicos-culturales bajos (sin ser exclusiva de este sector), es extremadamente necesario el brindar una atención en salud pública eficiente, acompañados de la educación a la población general sobre las enfermedades de transmisión sexual, dentro de las cuales se encuentra la sífilis.

## **Bibliografía**

- 1- Palmieri O J y col. ***“Enfermedades de transmisión sexual: Sífilis”***. Enfermedades Infecciosas. Editor: Fernando Crotti. Editorial: McGraw-Hill, Interamericana, Chile, 2001: 182-187.
- 2- Center for Disease and Prevention. ***“Sexually trasnmitd infection treatment guidelines”***. United State. 2006. MMWR Recomm Rep 2006.
- 3- García F, Vazquez L y col. ***“Infecciones bacterianas congénitas asociadas a enfermedades de transmisión sexual: Sífilis”***. CEDECEN 2002, módulo 4: 13-18.
- 4- Ministerio de Salud. ***“Enfermedades de transmisión sexual”***. Boletín epidemiológico N° 2. Chile. Mayo 2000.
- 5- Reyes A, Chorbadjian G, y col. ***“Sífilis congénita: optimizando el diagnóstico en 191 neonatos de madres seropositivas”***. Revista Chilena de Infectología 2004; 12 Supl 6: 307-311.
- 6- Silva de Athayde Bohrer M.. ***“Conducta actual en sífilis congénita”***. PRONEO 2006; Sexto ciclo (24): 95-123.
- 7- J. Valderrama, F. Sacarías y R. Mazin. ***“Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla”***. Revista Panamericana de Salud Pública PANAMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH. 2004; 16 (3): 211-217.
- 8- Narducci F, Switala I, y col. ***“Maternal and congenital syphilis”***. Ginecol Obstet Biol Reprod (Paris) 1998; 27 (2): 150-160.

- 9- Salazar A, Pret C, Chávez A, García C, Millan Z. **“Evaluación de métodos diagnósticos para sífilis congénita”**. Rev Chil Infect 2000; 17: 289-296.
- 10-Berdasquera C, Farinas Reinoso D, y Ramos Valle AT. **“Las enfermedades de transmisión sexual en embarazadas: Un problema de salud a nivel mundial”**. Rev Cubana Med Gen Integr. [online]. mar.-abr. 2001, vol.17, no.2 [citado 24 Octubre 2007], p.185-190. Disponible en la World Wide Web<[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421252001000200013&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252001000200013&lng=es&nrm=iso)>.ISSN 0864-2125.
- 11-Ceballos A. **“Enfermedades de transmisión sexual. Sífilis”**. PRONAP 1997, módulo 2:13-16.
- 12-Fustinioni JC; Pégola F. **“Neurosífilis”**. Neurología en esquemas. Editorial Panamericana. 2001; 33: 257-259.
- 13-García Rodríguez J; Picazo J. **“Treponema Pallidum. Sífilis”**. Compendio de Microbiología Clínica. Editorial: Harcourt Brace. 1999: 25: 251-255.
- 14-Mandelbrot L, Marcollet A. **“Syphilis and Pregnancy”**. Rev Prat. 2004 Feb 29; 54 (4):392-395.
- 15-Adolfo Kalinov. **“Sífilis”**. Normas para el estudio de los análisis clínicos. Variables bioquímicas. Editorial: Jansen. 1995; 30-33.
- 16-Comité de Enfermedades Infecciosas. Academia Americana de Pediatría. Editorial: panamericana, Buenos Aires. 1999; 511-522.
- 17-Farhat, R. Guinsburg. **“Sífilis congénita”**. Revista de Infectología pediátrica (Brazil). 2ª edición. Atheneu Sao Paulo 1993; 10: 15-19.
- 18-García SG; Tinajeros, F; Revollor R; y col. **“Demonstrating public health at work: a demonstration project of congenital syphilis prevention**

**efforts in Bolivia**". The Population Council, Mexico City, Mexico. Citado en el 2007 Jul; 34 (7 Suppl):S37. Disponible en la World Wide Web: [41http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17179776?ordinalpos=4&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17179776?ordinalpos=4&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum).

19-Tridapalli, E; Capretti, MG; Sambrei V; y col. "**Prenatal syphilis infection is a possible cause of preterm delivery among immigrant women from eastern Europe**". Department of Preventive Paediatrics and Neonatology; St Orsola Malpighi General Hospital, University of Bologna, Bologna, Italy. Citado en el 2007 Apr;83(2):102-5. Epub 2006 Nov 10. Disponible en la World Wide Web: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17098768?ordinalpos=4&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17098768?ordinalpos=4&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum).

20-Huang, XF; Chen, ZN y col. "**Syphilis screening and intervention in 500,000 pregnant women in Shenzhen, the People's Republic of China**". Shenzhen Center for Disease Control and Prevention, Shenzhen, China. Citado en el 2007 Aug; 83(5):347-50. Disponible en la World Wide Web:[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18239709?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18239709?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum).

21-Ikeme, AC; Okete, TC. "**The relevance of VDRL as routine test in pregnant women: a critical study**". Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Nigeria Teaching Hospital, Enugu. Citada en el 2006 Jun; 9(1):65-7. Disponible en la World Wide Web:

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16986293?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16986293?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum).

22-Wiwanitkit. V. “**Screening for syphilis in pregnancy: which is the proper method?**”. Department of Laboratory Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand. Citado en el 2007 Jun 14. Disponible en la World Wide Web: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>.

## Anexo

### Tabulación de los datos

	Edad	Gestas	Ant. Sífilis	Control prenatal		Tto. sífilis materna		Evolución	Tto. del RN	Síntomas del RN	VDRL del recién nacido
					adecuado		adecuado				
1	16	1	no	sí	no	sí	sí	normal	no	no	4 dils
2	17	3	no	sí	sí	sí	no	normal	no	no	8 dils
3	17	1	no	sí	sí	no		normal	no	no	1 dils
4	17	1	no	sí	sí	sí	sí	normal	no	no	neg
5	18	2	sí	sí	sí	sí	sí	normal	no	no	4 dils
6	18	2	D	sí	no	sí	sí	normal	no	no	2 dils
7	18	1	no	sí	sí	sí	sí	normal	no	no	neg
8	18	2	sí	sí	no	no		normal	no	no	1 dils
9	18	1	no	sí	sí	sí	sí	normal	no	no	1 dils
10	18	2	D	sí	sí	sí	sí	normal	no	no	8 dils
11	19	3	no	no		no		sífilis congénita	sí	ictericia leve CIA CIV	16 dils
12	19	2	D	sí	sí	sí	sí	normal	no	no	1 dils
13	19	4	no	sí	no	sí	sí	normal	no	no	16 dils
14	19	3	D	sí	sí	sí	sí	normal	no	no	neg
15	19	4	sí	sí	sí	no		normal	no	no	neg
16	20	3	no	sí	sí	sí	sí	normal	no	no	2 dils
17	20	1	sí	sí	no	no		normal	no	no	neg
18	20	3	sí	sí	sí	no		normal	no	no	neg
19	20	4	no	sí	no	no		sífilis congénita	sí	no	4 dils
20	20	2	no	sí	sí	no		sífilis congénita	sí	no	8 dils
21	20	2	sí	sí	no	no		normal	no	no	1 dils
22	21	4	D	no		sí	no	aborto			
23	21	2	sí	sí	no	no		normal	no	no	1 dils
24	21	3	D	sí	no	sí	no	sífilis congénita	sí	no	16 dils
25	21	3	sí	sí	no	sí	sí	sífilis congénita	sí	no	4 dils
26	21	3	sí	sí	no	sí	sí	normal	no	no	1 dils
27	21	3	no	sí	sí	sí	sí	normal	no	no	2 dils
28	21	1	no	sí	sí	sí	sí	normal	no	no	neg
29	22	2	no	sí	sí	sí	no	sífilis congénita	sí	no	8 dils
30	22	1	no	sí	no	sí	no	sífilis congénita	sí	no	1 dils
31	22	3	D	no		no		muerte fetal			
32	22	1	no	sí	no	sí	sí	normal	no	no	4 dils
33	22	2	sí	sí	sí	no		normal	no	no	neg
34	23	3	D	sí	no	sí	no	muerte fetal			
35	23	1	no	sí	sí	sí	sí	normal	no	no	8 dils
36	23	3	D	sí	no	sí	sí	sífilis congénita	sí	no	1 dils
37	23	4	sí	sí	sí	no		normal	no	no	neg
38	23	6	no	no		no		normal	desconocido	desconocido	desconocido
39	24	2	D	sí	sí	sí	sí	normal	no	no	1 dils

40	24	3	no	sí	sí	sí	sí	normal	no	no	2 dils
41	24	3	no	sí	no	no		muerte fetal			
42	24	4	sí	no		no		sífilis congénita	sí	no	1 dils
43	24	1	no	sí	sí	sí	no	sífilis congénita	sí	Microcefalia, trast de la alimentacion, ictericia (ABO?)	16 dils
44	25	3	sí	sí	no	no		normal	no	no	neg
45	25	1	no	sí	sí	sí	sí	normal	no	no	2 dils
46	25	3	no	sí	sí	sí	sí	normal	no	no	4 dils
47	25	1	D	sí	no	no		sífilis congénita	sí	no	desconocido
48	25	4	no	sí	no	sí	sí	normal	no	no	1 dils
49	26	4	no	sí	no	sí	sí	normal	no	no	8 dils
50	28	2	no	sí	sí	sí	sí	normal	no	no	neg
51	28	6	sí	sí	no	no		normal	no	no	neg
52	29	6	no	sí	sí	sí	sí	normal	no	ictericia leve CIA CIV	16 dils
53	29	3	sí	sí	sí	sí	sí	normal	no	no	1 dils
54	30	3	sí	sí	sí	sí	sí	normal	no	no	neg
55	30	4	sí	sí	no	no		normal	no	no	1 dils
56	31	4	sí	sí	sí	sí	sí	normal	no	no	1 dils
57	32	5	sí	sí	no	no		normal	no	no	neg
58	33	2	no	sí	sí	sí	sí	normal	no	no	2 dils
59	35	5	no	sí	sí	sí	sí	sífilis congénita	sí	no	2 dils
60	35	2	D	sí	no	sí	sí	normal	no	no	neg
61	35	6	sí	sí	sí	no		normal	no	no	neg
62	36	5	sí	sí	no	no		normal	no	no	neg
63	37	5	D	sí	sí	sí	sí	normal	no	no	neg
64	39	8	sí	no		no		normal	no	no	neg
65	40	5	D	sí	no	sí	no	sífilis congénita	sí	no	1 dils
66	41	9	D	sí	sí	sí	sí	normal	no	no	neg