

# Incidencia de sífilis gestacional y resultados perinatales adversos con anidado de casos y controles para parto pretérmino. Barranquilla. Mutual Ser. Enero 2012 - enero 2015

## Gestational syphilis incidence and adverse perinatal outcomes with nested case-control for preterm birth. Barranquilla. Mutual ser. January 2012- January 2015

Alfredo Barraza<sup>1</sup>, Margarita Gamboa<sup>2</sup>, Hathie Rada<sup>3</sup>

<sup>1</sup>MD Ginecólogo obstetra. Director del programa de posgrado de ginecología y obstetricia. Universidad Metropolitana. Barranquilla, Colombia.

<sup>2</sup>Bacteriologa, especialista en epidemiología. Universidad Metropolitana. Barranquilla, Colombia.

<sup>3</sup>MD residente de III año del posgrado de ginecología y obstetricia. Universidad Metropolitana. Barranquilla, Colombia.

### Resumen

**Introducción:** el estudio fue realizado en la población de gestantes afiliadas a Mutual Ser asistentes al programa de control prenatal en Barranquilla.

**Objetivo:** determinar la incidencia de sífilis gestacional y resultados perinatales adversos en la población de Mutual Ser de Barranquilla, entre enero de 2012 y enero de 2015.

**Materiales y métodos:** se realizó selección aleatorizada en la base de datos de la Entidad Prestadora de Salud (EPS) obteniendo un grupo de 48 gestantes que cumplieran con los criterios de inclusión (gestantes con prueba (VDRL) y (FTA ABS) positiva con o sin resultados perinatales adversos. El anidado de casos y controles seleccionando al azar 48 gestantes del programa sin diagnóstico de sífilis gestacional.

**Resultados:** el resultado perinatal adverso con mayor incidencia fue parto pretérmino, el cual al ser analizado en el anidado de casos y controles tuvo un OR :4.7 con IC 95% 1.57- 14.1 y p= 0.057. Entre las variables de mayor impacto figuró el inicio tardío de los controles prenatales con OR: 6,03 IC 95% 1,8- 19,6 con p= 0.029.

**Conclusión:** variables como la edad, el grado de escolaridad, el ingreso tardío a control prenatal y APGAR bajo, se asociaron como factores de riesgo para sífilis gestacional. No quedando tan claro para variables como el antecedente de ETS o número de parejas sexuales. Se sugiere realización de estudios de cohorte expuesta considerando como factor protector la asistencia a control prenatal.

**Palabras clave:** sífilis, pretérmino, gestacional, congénita, incidencia, factores de riesgo.

### Abstract

**Introtuction:** The study was conducted in the pregnant population affiliated to Mutual Ser attending the prenatal control program in Barranquilla.

**Objective:** Determine the incidence of gestational syphilis and adverse perinatal outcomes in the population of Mutual Ser Barranquilla, between January 2012 and January 2015.

**Materials and methods:** Randomized selection was made in the database of the EPS getting a group of 48 pregnant women who had inclusion criteria (Pregnant women with test (VDRL) and (FTAABS) positive with or without adverse perinatal outcomes). The nested case-control randomly selecting 48 pregnant women of the program without diagnosis of gestational syphilis.

**Results:** The adverse perinatal result with higher incidence was preterm birth, which when analyzed in the nested cases and controls had an OR: 4.7 with 95% CI 1.57- 14.1 and p = 0.057. Among the variables with the greatest impact was the late onset of prenatal controls with OR: 6.03 95% CI 1.8-19.6 with p = 0.029.

**Conclusion:** Variables such as age, education level, and late entry into prenatal care and low APGAR, were associated as risk factors for gestational syphilis. Not being so clear to variables such as a history of STDs or number of sexual partners. Cohort studies are suggested exposed to considered as a protective factor attending antenatal care.

**Key words:** syphilis, preterm, gestational, congenital, incidence, risk factor's

### Introducción

Enfermedades que constituyen un problema de salud pública a nivel mundial, comprometen el desarrollo de las naciones. La sífilis forma parte de estas enfermedades, existe desde la antigüedad, su diagnóstico era oculto por el impacto social que

Correspondencia:

Alfredo Barraza. Calle 76 No. 42 - 78. Barranquilla, Colombia

Tel: 009+57 + 5 (código de área) +3697021

alfredbarraza@hotmail.com

Recibido: 10/06/16; aceptado: 18/08/16

generaba. A pesar de conocer su etiología, síntomas y tratamiento, continúan reportándose casos y lo que es más grave, dentro de la población gestante, generando resultados perinatales adversos para la madre y el feto (aborto, sífilis congénita, parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino RCIU, entre otros), siendo el parto pretérmino responsable del 54% de las muertes neonatales. En América Latina y el Caribe, la prevalencia es de 164.000 casos por año. (1)

La sífilis gestacional es definida como la diagnosticada en toda mujer gestante, puérpera o con aborto en los últimos 40 días, con prueba treponémica rápida positiva y/o lesiones compatibles con sífilis según la reciente guía clínica del Ministerio de salud 2014. (2) Si el diagnóstico se hace con prueba no treponémica (VDRL o RPR), debe tener >1:8 dils, si presenta diluciones menores debe tener prueba treponémica positiva. Debe tenerse en cuenta que luego de la prueba rápida debe realizarse una no treponémica a fin de conocer las diluciones y efectuar el seguimiento serológico y verificar eficacia del tratamiento. (3)

Reinfección es definida en toda paciente quien durante el seguimiento clínico y serológico presente lesiones genitales o en piel, aumento de los títulos a partir de la prueba inicial, 4 veces o 2 dils. Además, en sífilis primaria o secundaria después de haber recibido tratamiento adecuado y cuyos títulos no desciendan a los 6 meses o en sífilis latente con el mismo hallazgo a los 12 meses post tratamiento. (3)

La sífilis congénita es transmitida por la madre por vía hematógena, transplacentaria o durante el parto por contacto con lesiones en la mucosa vaginal. Esta puede manifestarse tempranamente revistiendo mayor gravedad o puede manifestarse de manera tardía después de 2 años. (4)

El tratamiento debe realizarse por estadios de la enfermedad, considerando tratamiento adecuado desde 1 dosis IM de penicilina Benzatínica 2.400.000 UI si se trata de sífilis primaria o 3 dosis repartidas 1 dosis semanal de 2,400,000 UI IM en estadios tardíos. Sólo la neurosífilis requiere manejo intravenoso con Penicilina cristalina 4 millones de UI cada 4 horas por 10-14 días. (4)

Para la gestante no existe otra opción terapéutica diferente a la Penicilina Benzatínica, en caso de alergia debe realizarse esquema de desensibilización. Es importante el tratamiento de la pareja, para lo cual no se requiere tamizaje sólo formulación de Doxicilina 100 mg vía oral cada 12 horas por 14 días, lo cual puede facilitar la adherencia al tratamiento. (4)

## Materiales y métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo con anidado de casos y controles para parto pretérmino. El estudio se realizó en la población gestante afiliadas a Mutual Ser que asistían a control prenatal en Barranquilla en el periodo comprendido entre enero 2012 y enero 2015. Se captaron 48 pacientes con sífilis gestacional a través de la búsqueda aleatorizada en la base de datos de la EPS y posteriormente 48 gestantes sanas de la misma base de datos. Se evaluaron las historias clínicas de las pacientes seleccionadas y la información trasladada a un formato prediseñado donde se resumían los objetivos y las variables implicadas en el estudio en cuanto a diagnóstico, tratamiento, evolución y resultados perinatales, así como antecedentes personales patológicos, edad gestacional al inicio del control prenatal y número de estos.

El análisis estadístico se realizó en MedCalc para cálculo de OR, EXCEL para construcción de cuadros y gráficos y Statgraphics XVI para validación de hipótesis.

## Resultados

La mayor incidencia de sífilis gestacional se registró en la población que ingresó a control prenatal en el II trimestre (48%), y III trimestre (40%). Recibieron tratamiento adecuado 71% de las pacientes frente a 29% que no lo recibieron. En cuanto al seguimiento serológico con VDRL, 52% vs 48% que no lo recibieron. Fue evidente que factores como la omisión del resultado en las historia clínica de las pruebas control afectó el seguimiento así como registro de su solicitud, algunas paciente abandonaron el seguimiento una vez finalizada la gestación.

El número de parejas sexuales como antecedente no mostró diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de casos y el de controles (Fig. 1). De los casos, 31% tenían antecedente de ETS y dentro de este grupo 33% se asoció a VPH, 27% VIH, 20% sífilis y 20% tricomoniasis.

De las 48 pacientes con sífilis gestacional, 29 (60%) presentaron resultados perinatales adversos distribuidos así: 58% parto pretérmino, 24% sífilis congénita, 17% restricción de crecimiento intrauterino. De este grupo 52% ingresaron a control prenatal en II trimestre (Fig. 2 y 3). Al compararse con el grupo control, no hubo diferencia estadísticamente significativa ya que la edad promedio de ingreso fue 24,4 semanas para el grupo de casos y 21,9 para el grupo de controles con un valor de  $p=0,131$  (Fig. 4).

El 62.5% de las gestantes con sífilis gestacional tenían

un nivel educativo de bachiller, 37.5% primaria. En lo referente a su entorno biopsicosocial 96% de las pacientes con sífilis gestacional tenían APGAR bajo.

De las pacientes con sífilis gestacional sólo el 33 % recibieron tratamiento de pareja.

En el anidado de casos y controles para parto pretérmino, 17/ 48 pacientes tenían sífilis gestacional vs 5/ 48 de la población sana, lo cual arrojó un OR 4.7 IC 95% 1.57- 14.1 con un valor de  $p=0.0057$  (Fig.5). El inicio tardío de control prenatal (mas allá de 12 semanas) se asoció a parto pretérmino con un OR: 6.03 IC 95% 1.8 – 19.6 con un valor de  $p=0.029$  (Fig.6).

**Discusión**

El estudio realizado con la población de Mutual Ser arrojó datos que si bien por el número de la muestra no permite hacer una inferencia estadística para ser generalizados a la población gestante, si son muy acordes con las estadísticas mundiales.

El trabajo surgió por la casuística de sífilis gestacional, los eventos perinatales adversos, así como factores tanto de la paciente como del personal de la salud, relacionados con el diagnóstico oportuno y manejo adecuado.

Los resultados de este estudio son similares a los arrojados por un estudio retrospectivo realizado en el Hospital La paz, Madrid, España con 94 gestantes con diagnóstico de sífilis entre los años de 2002 y 2010, donde la prevalencia de sífilis en el embarazo fue de 0,11%, la mayoría de ellas en fase tardía.

El tratamiento correcto solo 57 pacientes, a pesar de la adecuada prescripción médica. En 31 gestantes se comprobaron complicaciones maternas durante el embarazo y en 16 casos hubo complicaciones fetales. En los neonatos se diagnosticaron 4 casos de sífilis congénita. En el presente estudio, recibieron tratamiento adecuado 71% de las pacientes frente a 29% que no lo recibieron. (5)

En el estudio de cohorte prospectivo donde participaron 379 adolescentes y 928 gestantes mayores de 20 años, realizado por Luis Alfonso Mendoza y cols en Chile, registraron complicaciones perinatales con una incidencia de 30,9%, teniendo el parto pretérmino una representación del 10,5% y para sífilis congénita con una representación de 7 casos en adolescentes tempranas, (36.8%) con un valor de  $p<0.001$ .(6) En el estudio realizado con la población de Mutual Ser 35,4% presentaron parto pretérmino y 14,5% sífilis congénita.

**Conclusión**

Mediante la investigación se comprobó que variables como la edad, el grado de escolaridad, el ingreso tardío a control prenatal y APGAR bajo, se asociaron como factores de riesgo para sífilis gestacional. No quedando tan claro para variables como el antecedente de ETS o número de parejas sexuales, que no alcanzaron una representación estadísticamente significativa.

La sífilis gestacional en nuestra población de estudio se relacionó más con factores de riesgo como la edad materna (24 años), bajo nivel educativo (bachiller), inicio tardío de controles prenatales.

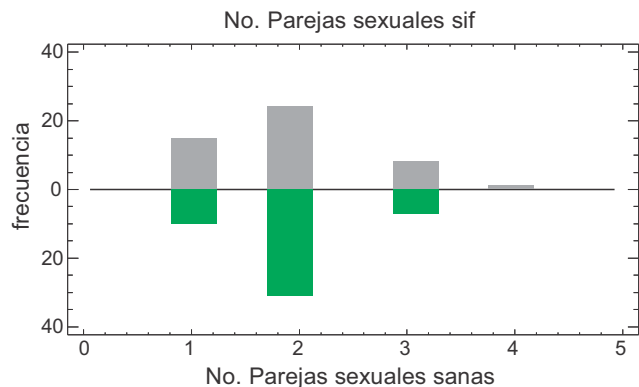
El tratamiento de la pareja sexual fue realizado en sólo 33 % de los casos lo cual se vio reflejado en una mayor incidencia de sífilis gestacional.

La mayor incidencia de sífilis gestacional se encontró en el grupo de gestantes que iniciaron control prenatal en su II trimestre de embarazo, representado en un 48%, y más aún entre las que sólo realizaron 2 controles prenatales.

Se relacionó el diagnóstico de sífilis gestacional con una incidencia de 60% de eventos perinatales adversos, de igual manera esto está en relación con el inicio tardío de controles prenatales que en este caso fue en el II trimestre 52%.

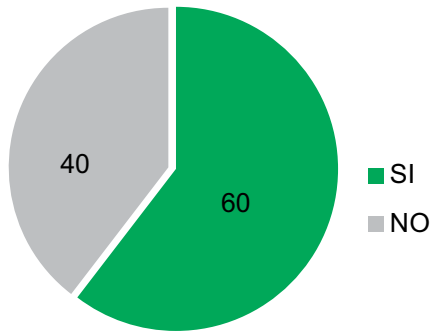
De las pacientes diagnosticadas con sífilis gestacional, el 29% no recibieron tratamiento adecuado, lo cual no es un número despreciable considerando los eventos adversos que se generan tanto para la salud materna como fetal. Esto por varios factores como intervalo de dosis inadecuadas, poca adherencia al tratamiento, uso de alternativas terapéuticas no apropiadas.

**Figura 1.** Análisis poblacional según número de parejas sexuales para casos y controles



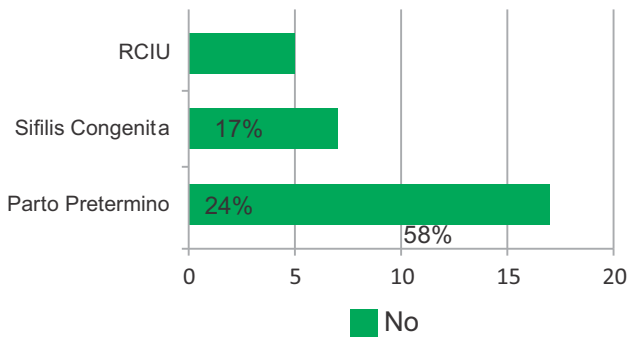
Fuente: Historias clínicas de la EPS Mutual Ser

**Figura 2.** Incidencia de eventos perinatales adversos vs sífilis gestacional



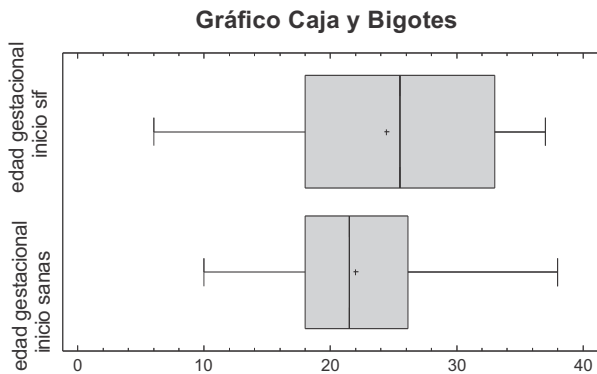
Fuente: Historias clínicas de la EPS Mutual Ser

**Figura 3.** Incidencia de eventos perinatales adversos en pacientes con sífilis gestacional



Fuente: historias clínicas de la EPS Mutual Ser

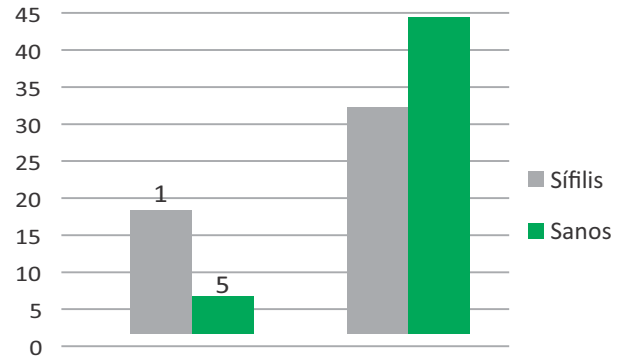
**Figura 4.** Análisis poblacional según edad gestacional de inicio a CPN para casos y controles



Fuente: Historias clínicas de la EPS Mutual Ser

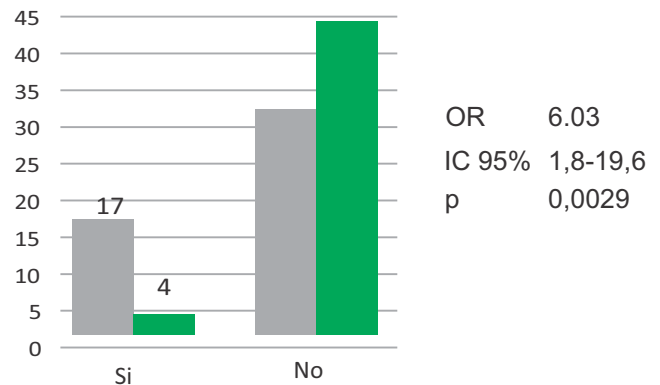
**Figura 5.** Incidencia de parto pretérmino vs sífilis gestacional

OR	4,7
IC 95%	1.57 - 14.1
p	0.0057



Fuente: Historias clínicas de la EPS Mutual Ser

**Figura 6.** Incidencia de parto pretérmino vs edad gestacional al inicio del control prenatal



Fuente: Historias clínicas de la EPS Mutual Ser

### Referencias

1. Alerta No 3. Alerta de seguridad del paciente. Ministerio de la Protección Social. Agosto 26/2010.
2. Guía Práctica Clínica de Sífilis Gestacional. Ministerio de Salud. Agosto 2014.
3. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública, Sífilis Gestacional y Sífilis Congenita. Ministerio de la Protección Social- Instituto Nacional de Salud. 2011.
4. Sífilis gestacional: un problema de salud pública. Revista de la Facultad de Medicina. 2011; 59(3).
5. de la Calle M, Cruceyra M, de Haro M, Magdaleno F, Montero MD, Aracil J. et al. Syphilis and pregnancy: Study of 94 cases. Medicina Clínica 2013; 141(4):141-4. DOI: 10.1016/j.medcli.2012.11.033
6. Hijo de madre adolescente: Riesgo, morbilidad y mortalidad neonatal. Rev. chil. obstet. ginecol. 2012; 77(5) 375-82. DOI.org/10.4067/S0717-75262012000500008