

Sífilis en la gestación: asociación de las características maternas y perinatales en una región del sur de Brasil¹

Camila Padovani²

Rosana Rosseto de Oliveira³

Sandra Marisa Pelloso⁴

Objetivo: analizar la prevalencia de sífilis en la gestación y su asociación con características socioeconómicas, histórico reproductivas, asistencia en el prenatal y parto y, características del recién nacido. Método: estudio retrospectivo, transversal, realizado a partir de las notificaciones de sífilis gestacional y sífilis congénita. Se realizó *linkage* con los bancos de datos del Sistema de Información de Daños de Notificación, Sistema de Información sobre Nacidos Vivos y Sistema de Información sobre Mortalidad. Resultados: la prevalencia de la sífilis gestacional fue 0,57%. Las siguientes asociaciones a la sífilis en la gestación fueron encontradas: raza/color no blanca (RP=4,6; IC=3,62-5,76); baja escolaridad (RP=15,4; IC=12,60-18,86); y ausencia de acompañamiento prenatal (RP=7,4; IC=3,68-14,9). Los resultados perinatales asociados a la sífilis gestacional fueron prematuridad (RP=1,6 IC=1,17-2,21) y bajo peso al nacer (RP=1,6; IC=1,14-2,28). Se notificaron dos muertes por sífilis congénita, un óbito por otra causa y cinco nacidos muertos. Conclusión: Los resultados señalizan un largo camino para el alcance de la meta de la Organización Mundial de la Salud de erradicación de la sífilis congénita.

Descriptores: Sífilis; Embarazo; Factores de Riesgo; Sífilis Congénita; Enfermedades de Transmisión Sexual; Salud Materno-Infantil.





¹ Artículo parte de la disertación de maestría "Sífilis en el embarazo y su asociación con el desenlace perinatal", presentada en lo Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

² MSC, Enfermera, Hospital e Maternidade Santa Rita, Maringá, PR, Brasil.

³ Estudiante de postdoctorado, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil. Becaria de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

⁴ PhD, Profesor Titular, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

Cómo citar este artículo

Padovani C, Oliveira RR, Pelloso SM. Syphilis in during pregnancy: association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e3019. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2305.3019>. mes día año

URL

Introducción

En el año de 2012, en todo el mundo, estimativas apuntaron 927.936 infecciones maternas por sífilis activa y 350.915 resultados adversos en el embarazo⁽¹⁾. Esta infección representa un grave problema de salud pública, asociado a complicaciones perinatales como la sífilis congénita. De los 350.915 efectos adversos, 143.100 resultaron en muertes fetales/nacidos muertos, 61.860 muertes neonatales, 44.132 prematuros/bajo peso y 101.813 niños infectados⁽¹⁾.

En Brasil, según el Boletín Epidemiológico de Sífilis (2016), en el año de 2015 fueron notificados 33.365 casos de sífilis en la gestación, obteniendo una tasa de detección de 11,2 casos de sífilis en gestantes por mil nacidos vivos. En 2010 la tasa era de 3,3 casos por mil nacidos vivos, revelando un aumento de 202% en cinco años. En las regiones Sur y Sureste del país los datos son todavía más preocupantes, la tasa de detección fue de 15,1 y 12,6 casos de sífilis en gestantes por mil nacidos vivos, respectivamente, superando la tasa nacional**. El número de casos notificados de sífilis congénita también ha aumentado en todo el país*. En los últimos diez años, hubo un aumento progresivo en la tasa de incidencia de sífilis congénita, pasando de 2,0 casos por mil nacidos vivos en el año de 2006 para 6,5 casos por mil nacidos vivos en 2015*.

La sífilis congénita, la mayoría de las veces, está asociada principalmente a las gestantes que no realizan la prueba de detección para sífilis, y/o aquellas que muchas veces no son tratadas adecuadamente o ni siquiera reciben tratamiento. Según el Ministerio de la Salud brasileño, 56,5% de las gestantes con sífilis recibieron tratamiento inadecuado, 27,3% no recibieron tratamiento, 12,1% de los casos eran ignorados y apenas 4,1% recibieron la terapéutica adecuada*. Vale resaltar que la mayoría de las gestantes no tratadas o no tratadas adecuadamente pueden transmitir la infección para sus embriones, pudiendo causar muerte fetal, muerte neonatal, prematuridad, bajo peso al nacer o la infección congénita⁽²⁻³⁾.

A pesar de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó la iniciativa, en 2007, de eliminación de la transmisión de la sífilis⁽¹⁾, en los últimos años ha ocurrido un aumento de la infección en la gestación⁽⁴⁻⁶⁾. Además de esto, pocos estudios brasileños investigaron los resultados de la sífilis en la gestación asociados a factores maternos y perinatales⁽⁵⁻⁸⁾, y ningún estudio fue realizado en el sur de Brasil.

Delante de ese escenario, el objetivo de este estudio fue analizar la prevalencia de sífilis en la gestación y su asociación con las características socioeconómicas,

histórico reproductivo, asistencia en el prenatal y parto y características del recién nacido.

Método

Estudio retrospectivo, transversal, realizado de acuerdo con las recomendaciones del STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*) con datos de las notificaciones de sífilis gestacional y sífilis congénita de residentes en la 15ª Regional de Salud del estado de Paraná, en el período de 2011 a 2015.

Fueron utilizados los siguientes bancos de datos: Sistema Único de Salud (SUS) - Sistema de Información de Daños de Notificación (SINAN - sífilis en gestantes y sífilis congénita); Sistema de Información sobre Nacidos Vivos (Sinasc); y Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM).

El SINAN fue utilizado para el acceso al número total de notificaciones de sífilis en la gestación y sífilis congénita en el período y región estudiados. El Sinasc, para la obtención de datos sobre el histórico obstétrico de la madre en los casos de nacidos vivos además de datos de los recién nacidos. La base de datos SIM fue utilizada para obtención de datos de histórico obstétrico de las madres, en los casos de aborto y de nacidos muertos, además de los registros de óbito neonatal por sífilis congénita.

Fue realizado el *linkage* entre los bancos SINAN-sífilis gestacional, Sinasc y SIM, utilizando las variables: "nombre del paciente", "fecha de nacimiento y/o edad" en el SINAN-sífilis gestacional; y "nombre de la madre", "fecha de nacimiento de la madre y/o edad de la madre" en el Sinasc; y la variable "nombre de la madre" en el SIM. Después de la unificación de los bancos de datos, se observó que 36 gestantes que habían sido notificadas con sífilis en la gestación no tenían registros de sus bebés en el Sinasc y tampoco en el SIM, siendo excluidas del análisis.

Al realizar el *linkage* entre el banco de sífilis en la gestación y sífilis congénita, se observó que 14 recién nacidos no poseían registros de notificaciones de sus respectivas madres, por ese motivo también fueron excluidos del análisis. En seguida, se excluyeron otros 15 casos por no poseer sus respectivos registros en el Sinasc, tampoco en el SIM, resultando, por tanto, en 147 casos de sífilis congénita incluidos en el análisis.

Para el cálculo de prevalencia de la sífilis en la gestación (número de casos existentes de la enfermedad en una población) fue realizada la razón entre el número total de casos notificados de sífilis en la gestación (306), y el número de gestaciones en el período, multiplicado por 100. El número de gestaciones fue obtenido por medio de la suma de los nacidos vivos, abortos y nacidos muertos registrados en el período. Para la tasa de detección de sífilis en gestantes (frecuencia anual del daño), se utilizó

* Ministerio de la Salud (BR). Boletín Epidemiológico: Sífilis [Internet]. Brasilia: Ministerio de la Salud; 2016. [Acceso 26 oct 2016]. Disponible en: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2016/boletim-epidemiologico-de-sifilis>

la razón entre el número de casos notificados y el número de nacidos vivos, multiplicado por 1.000.

Para la incidencia de sífilis congénita (número de casos nuevos), se utilizó el número total de casos notificados de sífilis congénita en menores de un año de edad, dividido por el número total de nacidos vivos de madres residentes en el mismo local y en el mismo período, multiplicado por 1.000. Fueron calculadas las frecuencias absolutas y relativas, además de la razón de prevalencia, según las variables sociodemográficas, reproductivas, características del recién nacido y de acceso a servicios de salud de los casos de sífilis en la gestación notificados en el período estudiado. El test exacto de Fisher fue utilizado para los valores esperados menores que cinco. Los análisis fueron realizados utilizando el software SPSS, versión 20.1.

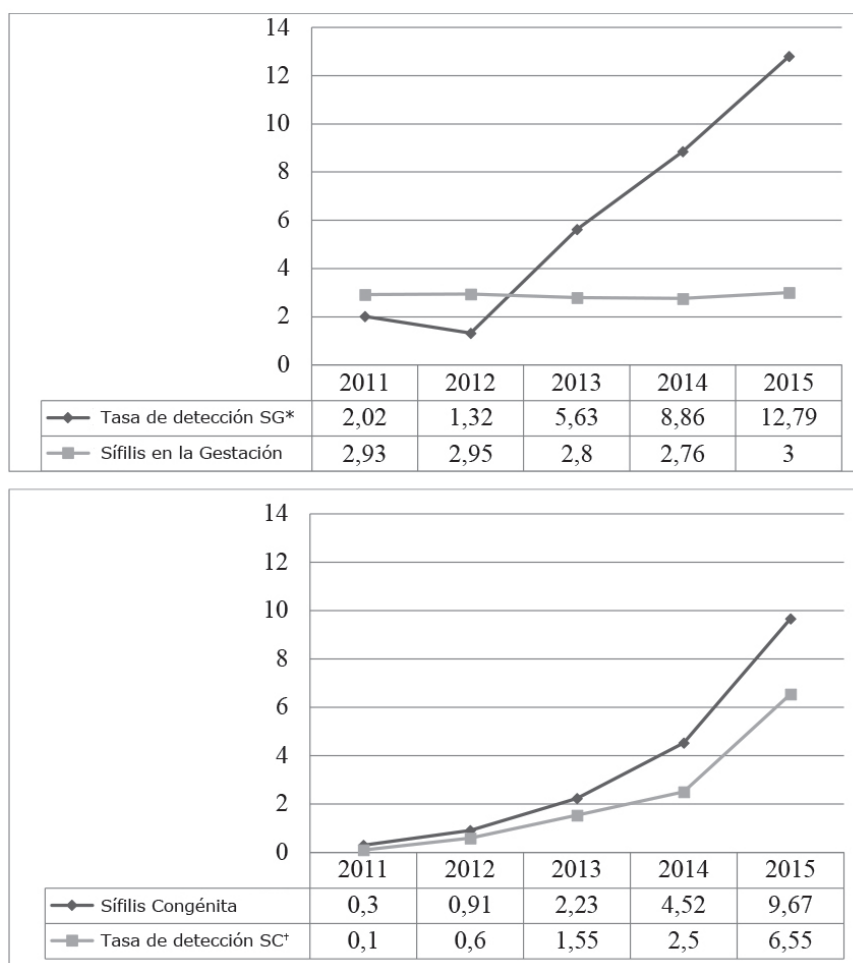
La investigación fue aprobada por el Comité Permanente de Ética en Investigación Involucrando Seres Humanos de la Universidad Estatal de Maringá, recibiendo el parecer de nº. 1.246.907/15.

Resultados

De las gestaciones ocurridas de 2011 a 2015, de residentes en la 15ª Regional de Salud del estado de Paraná, fueron notificados 306 casos de sífilis en la gestación con prevalencia de 0,57%. Hubo un discreto aumento en la prevalencia de casos notificados, pasando de 2,93% en 2011, para 3,00% en 2015. Entre tanto, la tasa de detección aumentó considerablemente, de 2,02 casos/mil nacidos vivos en el año de 2011 para 12,79 casos/mil nacidos vivos en 2015 (Figura 1).

Fueron notificados 176 casos de sífilis congénita, con aumento anual progresivo en la incidencia del daño, pasando de 0,30 casos/mil nacidos vivos en 2011 para 9,67 casos/mil nacidos vivos en 2015 y tasa de detección en el mismo año de 6,55 casos/mil nacidos vivos (Figura 1).

En relación a las características sociodemográficas, 67,41% de las gestantes estaban en el intervalo etario de 20 a 34 años, y 22,59% eran adolescentes (≤ 19 años), intervalo etario que presentó mayor prevalencia de la infección en el período gestacional, cuando comparado con otras edades (Tabla 1).



*SG - Sífilis Gestacional; †SC - Sífilis Congénita

Figura 1 – Prevalencia y detección de sífilis gestacional (A), Incidencia y detección de sífilis congénita (B), según año. 15ª Regional de Salud, Maringá, PR, Brasil, 2016.

Tabla 1 – Razón de prevalencia de los casos notificados de sífilis en la gestación según características sociodemográficas, reproductivas y de acceso a servicios de salud. 15ª Regional de Salud, Maringá, PR, Brasil, 2016

	N* (270)	%	RP†	IC‡ (95%)
Edad materna				
≤ 19 años	61	22,59	1,7	1,30-2,31
20 a 34 años	182	67,41	-	
35 y más	27	10,00	0,8	1,27-0,56
Raza/color				
Blanca	162	60,00	-	
No blanca	105	38,89	4,6	3,62-5,76
Ignorado	3	1,11		
Escolaridad materna				
Analfabeto	2	0,74	122,3	85,34-inf.§
<8 años	86	31,85	15,4	12,60-18,86
≥8 años	151	55,93		
Ignorado	31	11,48	-	
Ocupación				
Si	74	27,41	-	
No	151	55,93	4,5	3,50-5,83
Estudiante	13	4,81	4,6	2,69-7,90
Ignorado	32	11,85	4,3	2,91-4,49
Hijos anteriores nacidos vivos¶				
Si	158	58,52	1,2	1,10-1,79
No	112	41,48	-	
Pérdida fetal/aborto anterior¶				
Si	60	22,22	1,7	1,27-2,24
No	210	77,78	-	
Paridad§				
Primípara	95	35,19	-	
Múltipara	175	64,81	1,9	1,45-2,37
Prenatal en la gestación**				
Si	138	93,88	-	
No	6	4,08	7,4	3,68-14,97
Ignorado	3	2,04		
Consultas prenatal¶¶				
< 7	75	27,78	1,8	1,40-2,38
≥ 7	195	72,22	-	
Tipo de parto¶¶				
Cesárea	154	57,04	-	
Vaginal	116	42,96	2,4	1,91-3,06

Fuente: Sistema de Información de Daños de Notificación (SINAN) y Sistema de Informaciones sobre nacidos Vivos (Sinasc).

*N - Notificaciones de sífilis en la gestación; †RP - Razón de Prevalencia; ‡IC -Intervalo de Confianza; § Test Exacto de Fisher; ¶ Datos extraídos del Sinasc; ¶¶ Datos extraídos del SIM; **Datos extraídos del SINAN para sífilis congénita.

La ocurrencia de la sífilis en la gestación estuvo asociada a: raza/color no blanca (RP=4,6; IC=3,63-5,6), escolaridad menor que ocho años de estudio (RP=15,4; IC=12,60-18,86), ausencia de ocupación remunerada (RP=4,5; IC=3,50-5,83) y ser estudiante (RP=4,6;

IC=2,69-7,90). En cuanto a la historia reproductiva, hubo asociación de la sífilis en la gestación con mujeres múltiparas (RP=1,9; IC=1,45-2,37) y con histórico de pérdida fetal (RP=1,7; IC=1,27-2,24) (Tabla 1).

La Tabla 1 muestra también 7,4 veces más chances de ocurrencia de sífilis en mujeres que no hicieron acompañamiento prenatal. De la misma forma, mujeres que realizaron menos de 7 consultas de prenatal, y que tuvieron parto vaginal, presentaron mayor prevalencia de la infección por sífilis (RP=1,8 y 2,4, respectivamente).

Entre los casos de sífilis gestacional notificados, 78,23% de las gestantes fueron diagnosticadas con la infección durante el prenatal, 83,33% presentaron test no treponémico *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) reactivo y 62,59% confirmado por medio del test no treponémico – *Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption* (FTA-Abs). En el momento del parto y en casos de raspado, 74,83% de las mujeres, evidenciaron VDRL reactivo y en 41,50% de los casos el FTA-Abs fue positivo. Se destaca también que en 39,26% de los casos la infección fue diagnosticada en el primer trimestre gestacional y 31,11% en el segundo trimestre, con la mayoría de los casos notificados clasificados como sífilis "primaria" (61,11%) (Tabla 2).

El tratamiento de las gestantes con sífilis fue considerado inadecuado o no realizado en 53,70% de las ocurrencias. En 64,07% de los casos no hubo tratamiento del compañero de la gestante; entre los motivos más citados están: gestante sin contacto con el compañero, serología del compañero no reactiva, compañero convocado, sin embargo no se presentó, entre otras justificaciones (Tabla 2).

En cuanto a las características de los recién nacidos, estas presentaron asociación con ocurrencia de sífilis, la edad gestacional inferior a 36 semanas (RP=1,6; IC=1,17-2,21) y el peso al nacimiento inferior a 2500g (RP=1,6; IC=1,14-2,28) (Tabla 3).

Para las características de la asistencia al recién nacido con sífilis congénita, la edad gestacional en el diagnóstico fue menor de dos días en 80,27% de los casos, 53,74% de las serologías para VDRL fueron reactivas y 14,29% no fueron realizadas. No fue recolectado VDRL del líquido cefalorraquídeo de 34,69% de los recién nacidos, en 42,18% de los casos los rayos-X de huesos largos no presentó alteración y en 28,57% no fue realizado (Tabla 4).

En relación al tratamiento, la penicilina G cristalina fue prescrita para 18,37% de los recién nacidos y en 47,62% de los casos no fue realizado ningún esquema terapéutico. En cuanto a la evolución del caso, dos recién nacidos (1,36%) murieron por sífilis congénita y cinco (3,40%) nacieron muertos.

Tabla 2 – Diagnóstico y clasificación clínica de la sífilis materna, según características de la asistencia prenatal y tratamiento de la gestante y del compañero. 15ª Regional de Salud, Maringá, PR, Brasil, 2016

	N*	%
Diagnóstico de sífilis [†]		
Durante el prenatal	115	78,23
No momento del parto/raspado	12	8,16
Después del parto	14	9,52
No realizado/Ignorado	6	4,09
VDRL [‡] en el prenatal		
Reactivo	225	83,33
No reactivo	32	11,85
No realizado/Ignorado	13	4,82
FTA abs [§] en el prenatal		
Reactivo	169	62,59
No reactivo	42	15,56
No realizado/Ignorado	59	21,85
VDRL [‡] no parto/raspado		
Reactivo	110	74,83
No reactivo	25	17,01
No realizado/Ignorado	12	8,16
FTA-Abs ^{§†} en el parto/raspado		
Reactivo	61	41,50
No reactivo	15	10,20
No realizado/Ignorado	71	48,30
Trimestre gestacional		
Primero	106	39,26
Segundo	84	31,11
Tercero	71	26,30
Ignorado	9	3,33
Clasificación clínica		
Primaria	165	61,11
Secundaria	25	9,26
Terciaria	14	5,19
Latente	21	7,78
Ignorado	45	16,67
Tratamiento de la gestante		
Adecuado	125	46,30
Inadecuado/No realizado	145	53,70
Tratamiento del compañero de la gestante		
Si	97	35,93
No/Ignorado	173	64,07
Motivo ausencia de tratamiento del compañero		
No tuvo más contacto con la gestante	43	15,93
No fue comunicado/convocado para tratamiento	15	5,56
Comunicado/convocado, pero no se presentó	22	8,15
Recusó el tratamiento	5	1,85
Serología no reactiva	28	10,37
Otro motivo	78	28,89
Ignorado	79	29,26

Fuente: Sistema de Información de Daños de Notificación (Sinan) y Sistema de Informaciones sobre nacidos Vivos (Sinasc).

*N - Notificaciones de sífilis en la gestación; †Datos extraídos del Sinan para sífilis congénita; ‡VDRL-Venereal Disease Research Laboratory; §FTA-AbsFluorescent Treponemal Antibody-Absorption; ||Apenas para los casos de compañeros de las gestantes que no recibieron tratamiento.

Tabla 3 – Razón de prevalencia de las características de los recién nacidos hijos de madres notificadas con sífilis en la gestación. 15ª Regional de Salud Maringá, PR, Brasil, 2016

Características del recién nacido	N*	%	RP [†]	IC* (95%)
Sexo [§]				
Femenino	131	48,52	-	
Masculino	139	51,48	1,0	0,80-1,29
Edad gestacional [§]				
< 37 semanas	46	17,04	1,6	1,17-2,21
≥ 37 semanas	224	82,96	-	
Peso al nacer [§]				
< 2.500	37	13,70	1,6	1,14-2,28
≥ 2.500	233	86,30	-	
Apgar 1				
< 7	21	7,87	1,2	0,80-1,94
≥ 7	246	92,13	-	
Apgar 5				
< 7	3	1,12	1,2	0,37-3,63 [¶]
≥ 7	264	98,88	-	
Malformación [§]				
Si	3	1,12	1,4	0,45-4,37 [¶]
No	264	98,88	-	

Fuente: Sistema de Información de Daños de Notificación (Sinan) y Sistema de Informaciones sobre nacidos Vivos (Sinasc).

*Recién nacidos de madres notificadas con sífilis en la gestación; †RP - Razón de Prevalencia; ‡IC - Intervalo de Confianza; §Datos extraídos del Sinasc; ||Datos extraídos del SIM; ¶Test exacto de Fisher.

Tabla 4 – Diagnóstico y tratamiento de recién nacidos notificados con sífilis congénita. 15ª Regional de Salud, Maringá, PR, Brasil, 2016

Características de la asistencia al recién nacido	N* (147)	%
Edad en el diagnóstico (días) [†]		
< 2	118	80,27
2 a 28	21	14,29
≥ 28	8	5,44
Resultado de VDRL [‡] en sangre periférica [†]		
Reactivo	79	53,74
No reactivo	39	26,53
No realizado	21	14,29
Ignorado	8	5,44
Resultados de VDRL [‡] en el líquido cefalorraquídeo [†]		
Reactivo	6	4,08
No reactivo	52	35,37
No realizado	51	34,69
Ignorado	38	25,85
Alteración rayos-X de huesos largos [†]		
Si	5	3,40
No	62	42,18
No realizado	42	28,57
Ignorado	38	25,85
Evolución del caso [†]		
Vivo	131	89,12
Muerte por sífilis congénita	2	1,36
Muerte por otras causas	1	0,68
Nacido muerto	5	3,40
Ignorado	8	5,44
Esquema de tratamiento [†]		
Penicilina G cristalina 100.000 la 150.000 UI/kg/día	27	18,37
Penicilina G procaína 50.000 UI/kg/día	3	2,04
Penicilina G benzatina 50.000 UI/kg/día	5	3,40
Otro esquema	26	17,69
No realizado	70	47,62
Ignorado	16	10,88

*N - Recién nacidos notificados con sífilis congénita; †Datos extraídos del SINAN para sífilis congénita; ‡VDRL- Venereal Disease Research Laboratory.

Discusión

Hasta donde sabemos, esta es la primera investigación realizada en el sur de Brasil que investigó los resultados de la sífilis en la gestación asociados a factores maternos y perinatales. El presente estudio encontró una tasa de detección de sífilis en la gestación de 12,79 casos/mil nacidos vivos, dato semejante al encontrado en la región Sureste (12,6), superando la tasa nacional (11,2). Además, detectó asociación de raza/color no blanca, baja escolaridad y ausencia del compañero en el prenatal con la sífilis en la gestación, y la ocurrencia de prematuridad y bajo peso al nacer asociados a la sífilis gestacional.

La incidencia de sífilis congénita en la región estudiada para el año de 2015 fue de 9,67 casos/mil nacidos vivos, superior a la incidencia nacional en el mismo año, que fue de 6,5 casos/mil nacidos vivos, y lejos de la meta estipulada de 0,5, establecida por la "Estrategia y Plan de Eliminación de la Transmisión Vertical del HIV y de la Sífilis Congénita"^{*,**}. Nuevos estudios deben ser realizados a fin de elucidar las causas de las tasas de sífilis en la gestación y congénita superiores a la media nacional, considerando que esta es una región con alto índice de desarrollo humano y atención prenatal.

A pesar de ser datos elevados, los resultados encontrados son todavía más preocupantes si consideramos que esos números pueden estar subestimados ya que, en Brasil, la notificación alcanza solamente 32% de los casos de sífilis en el período gestacional y 17,4% de sífilis congénita⁽⁶⁾. Sin notificación de los casos sospechosos, no se puede investigar y tampoco encontrar el tratamiento adecuado para la gestante o para el bebé, aumentando así los casos de eventos provenientes de la enfermedad. Hacer inversiones en vigilancia epidemiológica es el primer paso para controlar la resurgimiento de la sífilis.

En esta investigación, las gestantes con edad inferior a 20 años presentaron mayor riesgo de adquirir la infección en la gestación. Esto puede ser explicado por la vulnerabilidad de la población adolescente, que está más expuesta a las enfermedades sexualmente transmisibles, ya que es una fase de inmadurez etaria, emocional y cognitiva, además de un período de descubrimientos y de gran influencia de los grupos sociales^{**}. Un estudio realizado con 90 adolescentes con edad entre 14 y 16

años, abarcando la red pública y privada, relacionado con la percepción sobre la práctica sexual, constató que la relación sexual entre los adolescentes está cada vez más precoz y acompañada de negligencia en el uso de contraceptivos, tanto para evitar una embarazo no planificado como para la prevención de Enfermedades Sexualmente Transmisibles (EST)⁽⁹⁾.

Características como raza/color no blanca, bajo nivel de escolaridad y ausencia de ocupación remunerada, son variables que se mostraron estadísticamente asociadas a la sífilis gestacional en este estudio, así como en otros estudios realizados^{*(5,8,10-11)}. Frecuentemente, este es el perfil de individuos con una condición socioeconómica menos favorecida y con menos acceso a salud de calidad. Sin embargo, no se puede afirmar que la sífilis sea una condición de riesgo exclusivamente de poblaciones más carentes, al contrario, independientemente de la condición social o económica, todos pueden adquirir la infección, no obstante, el riesgo es mayor en poblaciones más vulnerables⁽¹²⁾.

Las mujeres múltiples, con histórico de pérdida fetal y ausencia de prenatal o bajo número de consultas prenatales, también se mostraron estadísticamente asociadas a la ocurrencia de sífilis durante la gestación. En Brasil, la cobertura prenatal es superior a 95%⁽¹³⁻¹⁵⁾; entretanto, se sabe que altas tasas de cobertura de prenatal no necesariamente significan calidad y adecuación de la asistencia. Diversos son los factores que producen un prenatal adecuado como, edad gestacional en el inicio del prenatal, número de consultas, realización de los exámenes de rutina entre otros⁽¹⁶⁾.

Además de eso, existen las gestantes sin cualquier acompañamiento o ninguna consulta prenatal, estas constituyen una población en condición de vulnerabilidad social y manifiestan mayor prevalencia de sífilis en la gestación⁽¹³⁻¹⁵⁾.

En cuanto al tipo de parto, la sífilis fue más prevalente en mujeres que tuvieron sus hijos por parto vaginal. Según algunos autores, este dato puede estar relacionado a la condición socioeconómica⁽¹⁶⁾. En Brasil, las mayores tasas de cesárea están relacionadas históricamente a factores como situación socioeconómica más privilegiada, ser de color blanco, poseer mayor escolaridad, utilizar servicios de salud privados; en cuanto que, el parto vaginal todavía es más realizado en servicios públicos, con mujeres de poder socioeconómico más bajo, y con menor nivel de escolaridad⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Con relación al diagnóstico precoz de la sífilis en gestantes, la mayoría de las mujeres recibió el diagnóstico durante el prenatal. Algunas investigaciones muestran que los resultados de la no identificación y falta de tratamiento precoz de la infección durante la gestación son graves para el bebé, y estos resultados dependen de la fase de la infección

* Ministerio de la Salud (BR). Boletín Epidemiológico: Sífilis [Internet]. Brasilia: Ministerio de la Salud; 2016. [Acceso 26 out 2016]. Disponible en: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2016/boletim-epidemiologico-de-sifilis>

** Ministerio de la Salud (BR). Protocolo clínico e directrices terapéuticas para atención integral a personas con infecciones sexualmente transmisibles [Internet]. Brasilia: Ministerio de la Salud; 2015c. [Acceso 18 jun 2016]. Disponible en: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infec>

materna y de la edad gestacional de la exposición fetal, pudiendo llevar a la prematuridad, aborto, nacidos muertos y muerte neonatal^(14,19-20). Además de eso, la asistencia prenatal de calidad, con captación precoz de la gestante, con acciones de promoción de la salud, orientación sexual y reproductiva, realización del protocolo de los exámenes preconizados durante el período gestacional, es esencial para la prevención de daños al bebé.

Además, la mayoría de las personas con sífilis tiende a no tener conocimiento de la infección, pudiendo transmitirla a sus contactos sexuales y en el caso de la gestación, al feto, provocando consecuencias severas. Eso ocurre por la ausencia o escasez de sintomatología, dependiendo del estado de la infección**. Es fundamental que las gestantes sean examinadas por profesionales capacitados y rastreadas para sífilis periódicamente, a fin de detectar cualquier señal, sea clínica o serológica de infección⁽¹⁴⁻²¹⁾.

En este estudio, casi la totalidad de las gestantes notificadas para sífilis fue rastreada por medio del VDRL en el prenatal, siendo que la mayoría presentó serología reactiva. El test treponémico (FTA-Abs), responsable por confirmar el diagnóstico, no fue realizado en todas las gestantes, no obstante, en aquellas que lo realizaron, la mayoría de las serologías fue reactiva. El diagnóstico de la sífilis es básicamente serológico, por eso la importancia de que todas las gestantes sean comprobadas en la primera consulta de prenatal en el primer trimestre de gestación, debiendo repetir la serología en el inicio del tercer trimestre alrededor de 28ava semana, para que en caso necesario la terapéutica adecuada sea iniciada oportunamente⁽¹⁶⁻²²⁾.

Pruebas no treponémicas, como es el caso del VDRL, pueden producir resultados falso-positivos y, por tanto, deben ser confirmados por medio de pruebas treponémicas, las cuales son más específicas. Numerosas condiciones pueden producir resultados positivos para sífilis en pruebas no treponémicas, el propio embarazo es causa frecuente de resultados falso-positivos para sífilis, entre tanto, con titulometría baja⁽²²⁾.

En la ocasión del parto o raspado, en la mayoría de las serologías no treponémicas fue reactivo y el test confirmatorio (FTA-Abs) fue positivo, en gran parte de las gestantes. Este resultado puede reflejar una posible reinfección de la gestante.

La elevación de la titulometría en las pruebas no treponémicas en relación al examen anterior, apunta para reinfección; así, un nuevo tratamiento debe ser iniciado**. Es importante también considerar que, inclusive cuando las mujeres son tratadas adecuadamente según la fase clínica, y sus compañeros no, existe alto riesgo de reinfección; esas situaciones ratifican la importancia del seguimiento de la gestante después del tratamiento^(21,23-24).

Es importante que no se desperdicien oportunidades de prevención de la transmisión vertical de la sífilis. Frente a una señal y síntoma clínico y/o serología no treponémica positiva y en la imposibilidad de confirmar el diagnóstico, la conducta es tratar inmediatamente a la gestante y orientarla para que notifique a su compañero para que realice el tratamiento, evitando así la reinfección de la mujer^{(7-8)**}. El tratamiento debe ser realizado en la propia unidad en donde fue realizado el diagnóstico, no necesitando de hospitalización**.

El tratamiento preconizado por el Ministerio de Salud brasileño y por la Organización Mundial de la Salud es el uso de la penicilina G benzatina, intramuscular con esquema terapéutico, conforme la clasificación clínica de la infección**^(19,25). En el período gestacional, la penicilina G benzatina es la única medicación eficaz contra la transmisión vertical y para el tratamiento de la sífilis congénita**^(19,25). Es importante destacar que el tratamiento no se debe hacer apenas con el medicamento, es necesario considerar algunos criterios para que sea eficaz el uso de la medicación, según esquema recomendado para la fase de la enfermedad, institución del tratamiento hasta 30 días antes del parto y tratamiento del compañero*.

En este estudio, se observó que el compañero no fue tratado y los principales motivos fueron ausencia de contacto con la gestante, serología no reactiva y recusar el tratamiento. Otros estudios también abordaron la importancia del tratamiento del compañero en la cura de la sífilis gestacional y prevención de la transmisión vertical^(5,7-8), señalando la importancia de la educación en salud no solo para las gestantes, pero también para los compañeros sexuales.

Según la clasificación clínica de la sífilis, en la mayoría de los casos, la infección fue clasificada como primaria, o sea, el primer estado clínico de la enfermedad. Una serie histórica de los casos de sífilis en gestantes y sífilis congénita realizada en Brasil, en el período de 2005 a 2016, también encontró que la mayoría de los casos fue clasificada como sífilis primaria, entre tanto, señalaron la posibilidad de clasificación

* Ministerio de la Salud (BR). Boletín Epidemiológico: Sífilis [Internet]. Brasília: Ministerio de la Salud; 2016. [Acceso 26 out 2016]. Disponible en: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2016/boletim-epidemiologico-de-sifilis>

** Ministerio de la Salud (BR). Protocolo clínico e directrices terapéuticas para atención integral a personas con infecciones sexualmente transmisibles [Internet]. Brasília: Ministerio de la Salud; 2015c. [Acceso 18 jun 2016]. Disponible en: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infecc>

inadecuada*. Es importante resaltar que ante la imposibilidad de establecer la evolución clínica de la enfermedad, la clasificación adecuada es "sífilis latente de duración ignorada", una vez que el tratamiento para la sífilis primaria sería insuficiente caso no fuese esta la clasificación clínica de la enfermedad*.

Vale resaltar que inclusive después de realizado el tratamiento, pruebas no treponémicas (VDRL) precisan ser realizados en gestantes con periodicidad mensual para el control de la cura. Es indicación de éxito en la terapéutica la reducción de las concentraciones en torno de dos diluciones en tres meses y tres diluciones en seis meses, después de concluido el tratamiento. La persistencia de concentraciones bajas se denomina cicatriz serológica y puede durar años o toda la vida. Un nuevo tratamiento debe ser considerado en casos de nueva exposición**.

Referente a los posibles resultados perinatales ocasionados por la ocurrencia de sífilis en el período gestacional; muerte fetal o neonatal, bajo peso al nacer, prematuridad, y otras malformaciones debido a la infección congénita**^(3,10-11,26), la prematuridad y el bajo peso al nacer se mostraron asociados positivamente con la infección materna, en este estudio. En un estudio de revisión sistemática y metanálisis, los autores encontraron asociación entre las características arriba citadas y la sífilis gestacional⁽²⁶⁾. De la misma forma, un estudio multicéntrico de estimativa de la morbilidad de la sífilis materna y eventos adversos asociados a la gestación, realizado en India, Nigeria y Zambia, también relacionó la prematuridad, el bajo peso al nacimiento, además de otros resultados como los nacidos muertos y la muerte neonatal, a la ocurrencia de la sífilis durante la gestación⁽²⁷⁾.

En relación a los recién nacidos notificados con sífilis congénita, los mismos fueron diagnosticados con menos de dos días de vida, dato que corrobora los presentados por el Boletín Epidemiológico, en el cual 96,4% de los casos fueron diagnosticados en las primeras semanas de vida*. El diagnóstico precoz posibilita mayor suceso en el tratamiento evitando complicaciones tardías como: "tibia en sable", frente olímpica, sordez neurológica entre otras**.

También, se observó alta frecuencia de no realización de rayos-X de huesos largos y una tasa elevada de no realización de la recogida de VDRL en el

líquido cefalorraquídeo. Estos exámenes hacen parte del protocolo de asistencia al recién nacido de madre con histórico de sífilis en la gestación. La baja realización de estas pruebas, importantes en el diagnóstico de alteraciones asociadas a la sífilis, también fue citada por otros autores**⁽²⁸⁾.

Varios son los resultados para el recién nacido de madre con sífilis no tratada o inadecuadamente tratada. En el presente estudio, fueron encontradas dos muertes por sífilis congénita, una muerte por otra causa y cinco nacidos muertos, eventos estos corroborados por otros estudios^(10-11,26). Esos resultados inclusive aún que no parezcan significativos cuantitativamente, son importantes cuando se considera que son eventos evitables por una asistencia materno-infantil de calidad.

Se destaca que este estudio posee algunas limitaciones, como el uso de datos secundarios, ya que están condicionados a la calidad de los registros, además de no permitir estimar en cuanto la frecuencia de subnotificaciones puede tergiversar los resultados encontrados, pudiendo presentar inclusive disparidades regionales. Entre tanto, las bases de datos utilizadas, inclusive con sus limitaciones, son consideradas confiables y de buena calidad, con producción de información fidedigna. Además de eso, el *linkage* de diferentes bancos de datos, posibilitó un análisis más amplio sobre los casos notificados de sífilis en la gestación.

Conclusión

Los resultados de este estudio muestran que todavía se puede evolucionar mucho más para alcanzar la meta de la OMS de eliminación de la sífilis congénita como problema de salud pública. La prevalencia de sífilis gestacional encontrada fue de 0,57% y los análisis apuntaron diversas variables asociadas a su ocurrencia, tales como edad, raza/color no blanca, baja escolaridad y ausencia de acompañamiento prenatal. Relacionado al resultado perinatal, se encontró que la prematuridad y bajo peso al nacer estuvieron asociados a la sífilis gestacional, además ocurrencia de dos muertes por sífilis congénita y cinco casos de nacidos muertos entre los hijos de madres con sífilis en la gestación.

Para la reducción de la prevalencia de sífilis en la gestación y de la sífilis congénita, es esencial que los profesionales de salud y la comunidad se sensibilicen sobre la importancia del diagnóstico precoz y del tratamiento eficaz de la mujer y de su compañero. Al equipo multiprofesional le cabe buscar activamente de las gestantes que faltan a las consultas de prenatal y realizar acciones para la concientización de la población en lo que se refiere a los riesgos de la práctica

* Ministerio de la Salud (BR). Boletín Epidemiológico: Sífilis [Internet]. Brasilia: Ministerio de la Salud; 2016. [Acceso 26 out 2016]. Disponible en: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2016/boletim-epidemiologico-de-sifilis>

** Ministerio de la Salud (BR). Protocolo clínico e directrices terapéuticas para atención integral a personas con infecciones sexualmente transmisibles [Internet]. Brasilia: Ministerio de la Salud; 2015c. [Acceso 18 jun 2016]. Disponible en: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infec>

sexual insegura y a la importancia del autocuidado, principalmente entre los más vulnerables.

Referencias

1. Wijesooriya NS, Rochat RW, Kamb ML, Turlapati P, Temmerman M, Broutet N, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis in 2008 and 2012: a health systems modelling study. *Lancet Glob Health*. [Internet] 2016 [cited Oct 26, 2016]; 4(8):e525-e33. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(16\)30135-8/abstract](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(16)30135-8/abstract)
2. Moreira KFA, Oliveira DM, Alencar LN, Cavalcante DFB, Pinheiro AS, Orfão NH. Profile of notified cases of congenital syphilis. *Cogitare Enferm*. [Internet] 2017 [cited Nov 16, 2017]; 22(2):e48949. Available from: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wpcontent/uploads/sites/28/2017/04/48949-200945-1-PB.pdf>
3. Taylor MM, Nurse-Findlay S, Zhang X, Hedman L, Kamb ML, Broutet N, et al. Estimating benzathine penicillin need for the treatment of pregnant women diagnosed with syphilis during antenatal care in high-morbidity countries. *PLoS One*. [Internet] 2016 [cited Nov 16, 2017]; 11(7):e0159483. Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0159483>
4. Serwin AB, Unemo M. Syphilis in females in Bialystok, Poland, 2000-2015. *Przegl Epidemiol*. [Internet] 2016 [cited Oct 26, 2016]; 70(2):273-80. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27837577>
5. Nonato SM, MELLO APS, Guimarães MDC. Syphilis in pregnancy and factors associated with congenital syphilis in Belo Horizonte – MG, Brazil, 2010-2013. *Epidemiol Serv Saúde*. [Internet] 2015 [cited Oct 26, 2016]; 24(4). Available from: http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n4/en_2237-9622-ress-24-04-00681.pdf
6. Campos ALA, Araújo MAL, Melo, SP, Gonçalves MLC. Epidemiology of gestational syphilis in Fortaleza, Ceará State, Brazil: na uncontrolled disease. *Cad Saúde Pública*. [Internet] 2010 [cited Oct 26, 2016]; 26(9):1747-1755. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n9/08.pdf>
7. Romanelli RMC, Carellos EVM, Souza HC, Paula AT, Rodrigues LV, Oliveira WM, et al. Management of syphilis in pregnant women and their newborns: is it still a problem? *DST: J Bras Doenças Sex Transm*. [Internet] 2015 [cited Oct 26, 2016]; 27(1-2):35-9. Available from: http://www.dst.uff.br/revista27-1-2-2015/DST_v27n1-2_35-39_IN.pdf
8. García PJ, Williams E, Cárcamo CP, Chiappe M, Holmes KK, Peeling RW, et al. Partner Notification Among Peruvian Pregnant Women With Syphilis. *Sex Transm Dis*. [Internet] 2015 [cited Oct 26, 2016]; 48(8):457-62. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26165438>
9. Freitas EP, Dell Agnolo CM, Giarola LB, Pelloso SM, Bercini LO, Higarashi IH. Perception of tens on sexual practice in adolescence. *Rev Psicol Criança Adolesc*. [Internet] 2014 [cited Jun 12, 2016]; 5(2):139-47. Available from: http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/1350/1/rpca_v5_n2_9.pdf
10. Domingues RMSM, Leal MC. Incidence of congenital syphilis and factors associates with vertical transmission: data from the Birth in Brasil study. *Cad Saúde Pública*. [Internet] 2016 [cited Jun 12, 2016]; 32(6):e00082415. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000605002
11. Dou L, Wang X, Wang F, Wang Q, Qiao Y, Su M, et al. Epidemic Profile of Maternal Syphilis in China in 2013. *BioMed Res Int*. [Internet] 2016 [cited Nov 10, 2016]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/9194805>
12. Rufino EC, Andrade SSC, Leadebal ODCP, Brito KKG, Silva FMC, Santos SH. Women's knowledge about STI/Aids: working with health education. *Cienc Cuid Saúde*. [Internet] 2016 [cited Jun 12, 2016]; 15(2):304-11. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/26287>
13. Calle M, Cruceyra M, Haro M, Magdaleno F, Montero MD, Aracil J, et al. Sífilis y embarazo: estudio de 94 casos. *Med Clin (Barc)* [Internet] 2013 [cited Jun 18, 2016]; 149(12). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2012.11.033>
14. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Souza PRB Junior, Leal MC. Prevalence of Syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: Birth in Brazil study. *Rev Saúde Pública*. [Internet] 2014 [cited Jun 18, 2016]; 48(5):766-74. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n5/0034-8910-rsp-48-5-0766.pdf>
15. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme MM Filha, Costa JV, et al. Prenatal care in Brazil. *Cad. Saúde Pública* [Internet] 2014 [cited Jun 12, 2016]; 30(Sup:S1-S15). Available from: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0085.pdf
16. Cesar JA, Mano PS, Carlotto K, Gonzalez-Chica DA, Mendoza-Sassi RA. Public versus private: assessing maternity care in the far South of Brazil. *Rev Bras Saude Mater Infant*. [Internet] 2011 [cited Nov 9, 2016]; 11(3):257-63. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292011000300006&lng=en&nrm=iso
17. Rattner D, Moura EC. Births in Brazil: association between type of delivery and temporal and socio-demographic variables. *Rev Bras Saude Mater Infant*. [Internet] 2016 [cited Nov 9, 2016]; 16(1):39-47.

- Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292016000100039&lng=en&nrm=iso
18. Oliveira RR, Melo EC, Novaes ES, Ferracioli PLRV, Mathias TAF. Factors associated to caesarean delivery in public and private health care systems. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet] 2016 [cited Abr 19, 2017]; 50(5):734-41. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n5/pt_0080-6234-reeusp-50-05-0734.pdf
19. Newman L, Kamb M, Hawkes S, Gomez G, Say L, Seuc A. et al. Global Estimates of Syphilis in Pregnancy and Associated Adverse Outcomes: Analysis of Multinational Antenatal Surveillance Data. *PLoS Med*. [Internet] 2013 [cited Nov 9, 2016]; 10(2):1001396. Available from: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001396>
20. Botelho CAO, Rocha BAM, Botelho CAO Junior, Alvaro GR, Saab F, Botelho LO, et al. Syphilis and miscarriage: A study of 879,831 pregnant women in Brazil. *Transl Med. (Sunnyvale)*. [Internet] 2016 [cited Nov 14, 2017]; 6(4). Available from: <https://www.omicsonline.org/open-access/syphilis-and-miscarriage-a-study-of-879831-pregnant-women-in-brazil-2161-1025-1000184.php?aid=80740>
21. Lago EG. Current perspectives on prevention of mother-to-child transmission of syphilis. *Cureus*. [Internet] 2016 [cited Nov 14, 2017]; 8(3):e525. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4829408/pdf/cureus-0008-000000000525.pdf>
22. Henrich TJ, Yawetz S. Impacto fage, gender, and pregnancy on syphilis screening using the Captia Syphilis-G assay. *Sex Transm Dis*. [Internet] 2011 [cited Nov 14, 2017]; 38(12):1126-30. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22082723>
23. Sing AE, Levett PN, Fonseca K, Jayaraman GC, Lee B. Canadian Public Health Laboratory Network Laboratory guidelines for congenital syphilis and syphilis screening in pregnant women in Canada. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. [Internet] 2015 [cited Oct 26, 2016]; 26(Suppl A):23A-8A. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4353984/>
24. Clement ME, Okeke NL, Hicks CB. Treatment of syphilis: a systematic review. *JAMA*. [Internet] 2014 [cited Oct 26, 2016]; 312(18):1905-17. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25387188>
25. Kidd S. Is congenital syphilis on the rise? reviewing prevention steps. *Medscape*. [Internet] 2016 [cited Oct 25, 2016]. Available from: <https://www.medscape.com/viewarticle/865770>
26. Gomes GB, Kamb ML, Newman LM, Mark J, Broutet N, Hawkes SJ. Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Bull. World Health Organ*. [Internet] 2013 [cited Oct 26, 2016]; 91(3):217-26. Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/3/12-107623/en/>
27. Chen XS, Khaparde S, Prasad TL, Srinivas V, Anyaika C, Ljaodola G. et al. Estimating disease burden of maternal syphilis and associated adverse pregnancy outcomes in Índia, Nigeria, and Zambia in 2012. *Int J Gynecol Obstet*. [Internet] 2015 [cited Jun 18, 2015]; 130(Suppl 1):S4-S9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.04.014>
28. Soeiro CMO, Miranda AE, Saraceni V, Santos MC, Talhari S, Ferreira LCL. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Amazonas State, Brazil: an evaluation using database linkage. *Cad Saúde Pública*. [Internet] 2014 [cited Jun 18, 2016]; 30(4):715-23. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n4/0102-311X-csp-30-4-0715.pdf>

Recibido: 30.06.2017

Aceptado: 06.05.2018

Correspondencia:

Camila Padovani

Universidade Estadual de Maringá. Departamento de Enfermagem

Av. Colombo, 5790

CEP: 87020-900, Maringá, PR, Brasil

E-mail: cah_padovani@hotmail.com

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.