

Seroprevalencia frente antígenos treponémicos en embarazadas

LIVIA AURORA GARCÍA GARCÍA¹, MARÍA G. RAMÍREZ-ZEPEDA²

1.-Ginecólogo egresado del Hospital General de Culiacán, 2.- Depto. de Investigación del Hospital General de Culiacán SSA “Dr. Bernardo J. Gastélum”

RESUMEN

Objetivo: Determinar la seroprevalencia de antígenos treponémicos en embarazadas y conocer los factores asociados más frecuentes. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo y retrospectivo de los registros de embarazadas que acudieron del 1 de enero del 2001 a 31 diciembre del 2003, a los que se les realizaron pruebas serológicas; los datos se analizaron en el software STATA V.6.0 **Resultados:** 13 resultaron positivos de 7773 casos; La edad promedio fue de 20.2 ± 3.9 años; la edad de inicio de vida sexual activa fue de 16 ± 1.9 años; el 54% refirió tener un compañero sexual; el 69.2% fueron amas de casa; 53.8% viven en zona rural; 46.1% vivía en unión libre, 31% eran solteras. 84.6 % cursaban entre la 36 y 38 semanas de gestación; **Conclusión:** seroprevalencia frente antígenos treponémicos en embarazadas fue de 0.16%. **Palabras clave.** Embarazadas, antígenos treponémicos; seroprevalencia.

INTRODUCCIÓN

Las estadísticas demuestran una alta prevalencia de sífilis a causa de la poca información que la población recibe sobre las enfermedades de transmisión sexual; la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó la prevalencia mundial de enfermedades de transmisión sexual curables en 1995 de 333 millones, con una incidencia de 40 a 50 millones de casos por año; las tasas más altas de sífilis en embarazadas se han reportado en los países al sureste de África y al sur del Sahara, Etiopía.¹⁻⁷ En México, durante el año 1941, la incidencia por sífilis fue de 220.3 casos por cada 100 000 hab. y disminuyó a 5.1 por 100 000 en el año 1989; en 1996 fue de 1.51 por 100 000 hab.; en el año 2000 la tasa de sífilis adquirida fue de 1.9 por 100 000 y para la sífilis congénita de 0.1 por 100 000 hab. En Sinaloa, en el año 2002, la Dirección General de Epidemiología, reportó una tasa de sífilis adquirida de 4 por 100 000 y 0.1 por 100 000 de sífilis congénita. La sífilis congénita ocurre aproximadamente en un tercio de los recién nacidos de embarazadas no tratadas. Se estima que de todas las mujeres que no son tratadas durante el embarazo, el 20% obtiene un producto sano, con tratamiento el total de nacidos no tienen repercusiones neonatales. Según la OMS la eliminación de la sífilis congénita como problema de salud pública se certificará cuando la incidencia sea igual o inferior a 0.5 casos por cada 100 000 nacidos vivos.⁷ El agente causal de la sífilis es el *Treponema pallidum*, es una espiroqueta de la familia *Treponemataceae* orden *Spirochaetales* solo es contagioso en tejido vivo, muere fácilmente con la desecación y se transmite por

vía sexual; El germen se observa al microscopio a través de la técnica del campo oscuro y se detecta mediante pruebas serológicas no treponémicas (VDRL y RPR) y treponémicas (FTA-ABS y MHA-TP)^{8,9}; ambas pruebas, en sífilis secundarias son confiables con una especificidad del 84 al 99% Las pruebas serológicas treponémicas, (FTA-ABS) pruebas de absorción de Ac. Antitreponema fluorescente y la (MHA-TP) prueba treponémica de acción microaglutina se utilizan como pruebas confirmatorias de las no treponémicas. Ambas pruebas son generalmente reactivas en forma más temprana en sífilis primaria que las pruebas no treponémicas con sensibilidad del 81 al 98% Después del tratamiento, las pruebas treponémicas se mantienen positivas indefinidamente, el 24% se puede negativizar a los 3 años. Se sugiere a las mujeres con alto riesgo para sífilis que en la primera visita, y de preferencia en el primer trimestre del embarazo, se realicen una prueba de VDRL, en caso se no hacerlo, realizarla durante el puerperio.¹⁰ El objetivo del presente estudio fue determinar la seroprevalencia frente antígenos treponémicos en embarazadas atendidas en el Hospital General de Culiacán.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo y retrospectivo; en el cual se revisaron los expedientes de las embarazadas que acudieron a consulta de ginecología en el Hospital General de Culiacán del 1 de enero del año 2001, al 31 de diciembre del año 2003. Se utilizó la definición operacional para caso: “ Toda mujer embarazada con

serología no treponémica positiva (VDRL) confirmada por serología treponémica positiva (FTA-ABS) que tenga el expediente clínico completo”; se midieron las variables edad, edad de inicio de la vida sexual activa, número de compañeros sexuales, ocupación y residencia, se complementó en una cédula de registro y los datos se analizaron en el software STATA V.6.0 con el que se determinó básicamente estadística descriptiva de las variables estudiadas.

RESULTADOS

Se revisaron un total de 7773 expedientes de embarazadas, de las cuales 13 de ellas cumplieron la definición operacional de caso, que representa el 0.16% de positividad; el año 2001 fueron 3 casos, el 2002: 3 casos y el 2003: 7 casos. La edad media de las mujeres fue de 20.2 ± 3.9 años, con una mínima de 15 y una máxima 26 años. La edad de inicio de vida sexual activa fue de 16 ± 1.9 años, con una mínima de 14 y una máxima 20 años; el 54% refirió tener un solo compañero sexual; el 69.2% fueron amas de casa; 53.8% tenían residencia en zona rural; el 46.1% vivía en unión libre, el 31% eran solteras. 11(84.6 %) de las pacientes tenían entre 36 y 38 semanas de gestación; el 46% de las embarazadas se resolvieron por parto y solo se presentó un óbito.

DISCUSIÓN

El diagnóstico y tratamiento de la sífilis durante el embarazo es importante dada la elevada tasa de transmisión al producto. Los métodos de diagnóstico utilizados para la detección de casos de sífilis incluyen pruebas treponémicas (FTA-ABS) y no treponémicas (VDRL). La prueba de VDRL es útil para programas de tamizaje. Sin embargo, puede dar lugar a resultados falsamente positivos, de tal manera que siempre es necesario confirmar el diagnóstico mediante pruebas treponémicas específicas. La probabilidad de transmisión vertical de sífilis varía de acuerdo con el estadio en que se encuentra la infección de la madre durante el embarazo. La probabilidad de transmisión durante sífilis primaria o secundaria no tratada es de 60 a 90%; en la sífilis latente temprana, es de 40%, y en la sífi-

lis latente tardía se reduce a menos de 10%.^{11,12} Los recién nacidos que sufren de infección *in útero* pueden fallecer o desarrollar secuelas. En México, muchas mujeres reciben atención en unidades médicas que no cuentan con las pruebas serológicas para detección de sífilis. Esto puede resultar en un número importante de infantes expuestos a la sífilis de forma inadvertida durante el embarazo. La seroprevalencia de anticuerpos contra sífilis encontrada en nuestra población bajo estudio fue 0.16% menor que la reportada por Daniel Noyolas en San Luís Potosí de 0.27%⁽¹³⁾. Sin embargo la reportada por Juárez-Figueroa y colaboradores encontraron reactividad a pruebas de tamizaje y confirmadas con prueba de FTA en 2% de 200 mujeres durante el embarazo en la ciudad de Cuernavaca, Morelos.¹⁴ Los resultados que presentamos aquí apoyan las recomendaciones publicadas en septiembre de 2003, e indican la necesidad de realizar pruebas de VDRL en todas las mujeres en el momento del parto en México.¹⁵ Nuestro trabajo se realizó en un universo que acudió al hospital para atención del embarazo y la edad de la población más afectada fue entre los 15 y 20 años, explicada por la vida sexual activa y fertilidad de la mujer; Koumans plantea que se observa mayor incidencia de la enfermedad en personas que residen en zonas urbanas, contrastando con nuestros resultados de la zona rural, probablemente por la falta de acceso a los programas preventivos en salud de esa población.¹⁶

CONCLUSIONES

La presencia de reacciones serológicas positivas contra el *Treponema pallidum* de las embarazadas que acuden a nuestro hospital parecen ser menos frecuentes que las reportadas en otros estudios realizados en nuestro país, sin embargo la mayoría son de procedencia rural, lo cual pudiera ser debido a la escasa información sobre las enfermedades de transmisión sexual en esas regiones, además de que las medidas de detección oportunas pudieran ser escasas o deficientes de antes y durante el embarazo, independientemente de la etapa de gestación.

Referencias bibliográficas

1. Herrera Gómez Vivian; Rodríguez Domínguez Lourdes; Febles Tardío Luís; Gómez Julia; Incidencia de la sífilis durante el embarazo, Revista Cubana Med Gen Integr, 1997; 13(4): 352-358.
2. Dallabeta MD, Gina A. El control de enfermedades de transmisión sexual: un manual para el diseño y la administración de programa. Washington, DC: OPS, 1997:3-24, 174-81.
3. Rothenberg R, Kimbrough L, Lewis-Hardy R, Heath B, Williams OC, Tambe P. Social Network Methods for Endemic Foci of Syphilis: A pilot project; Sex Transm Dis. January 2000; 27(1):12-18.
4. Uribe-S F; Del Río-C C; Conde-G CJ; Juárez-F L; Uribe-Z P; Calderón-J E; Hernández- M; Prevalence, Incidence, and Determinants of Syphilis en Female Comercial Sex Workers in Mexico City; Sex Transm Dis. March-April 1996; 23(2):120-26.
5. St. Louis, Michel E. MD; Strategies for Syphilis in the 1990's; Sex Transm Dis. January-February 1996; 23(1):58-67.
6. K Eisendle, P Lackner, P Thaler, R Höpfl. Syphilis Control: The historic context and epidemiologic basis for interrupting sexual transmission for treponema pallidum, Sex Transm Dis January-February 1996;23(1):68-75.
7. Ray, Joel G; Lues, Leus; Maternal and Fetal Considetations of Syphilis; Obstetrical & Gynecological survey December 1995; 50 (12): 845-850.
8. Tabidze IL, Lee FK, Tambe P, Rocha E, Larsen SA, Stoll BJ, et al. Enzyme-linked Immunospot Assay for the Diagnosis of Active Treponema palli-

dum infection During the Various Stages of Syphilis. Sex Transm Dis September 1999;26(8):426-430.

9. Augenbraun M, Rolfs R, Johnson R, Joesoef R, Pope V. Treponemal Specific Tests for the serodiagnosis of Syphilis. Sex Transm Dis. November 1998;25(10):549-552.

10. Alan H. De Cherney. Et al. Diagnostico y tratamiento gineco-obstétrico. Editorial manual moderno. 7ma. Edición 1998. pp 828.

11. American Academy of Pediatrics. Syphilis. En: Pickering LK, ed. Red Book: 2003 Report of the Committee on Infectious Diseases. 26a. edición. Elk Grove Village (IL):American Academy of Pediatrics, 2003:595-607.

12. Rawstron SA. Treponema pallidum (Syphilis). En: Long SS, Pickering LK, Prober CG, eds. Principles and practice of pediatric infectious diseases. 2a. edición. Philadelphia: Churchill-Livingston, 2003:954-961.

13. Noyola DE, Malacara-Alfaro O, Lima-Rogel V, Torres-Montes A. et al. Seroprevalencia de sífilis en mujeres embarazadas en San Luis Potosí. Salud pública Méx, mar./abr. 2006; 48(2):151-154

14. Juárez-Figueroa LA, Meléndez B, Conde-González CJ. Syphilis at full term pregnancy in women from Cuernavaca, Mexico. Rev Invest Clin 2001;53:375-377.

15. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002 para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.

16. Koumans EH, Farley TA, Gibson JJ, Langley C, Ross MW, McFarlane M, Braxton J, St Louis ME. Characteristics of persons with syphilis in areas of persisting syphilis in the United States: sustained transmission associated with concurrent partnerships. Sex Transm Dis. 2001 Sep; 28(9):497-503.

Enviar sobretiros a María Guadalupe Ramirez Zepeda

Depto. de Investigación, Hospital General Culiacán "Bernardo J. Gastélum". Juan Aldama s/n esq. con Edo. de Nayarit. CP. 80230. Col. Rosales, Culiacán, Sinaloa, México. e-mail: invhgc@yahoo.com

PARA FESTEJAR EL 17 ANIVERSARIO DEL HOSPITAL GENERAL
DE CULIACÁN EL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y EL
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA TE INVITAN AL:

2^o CONGRESO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA

Colombia ■ Cuba ■ México

“CUIDADORAS EN LA HISTORIA; PROTAGONISTAS DE AYER Y HOY”

Talleres precongreso ■ Congreso ■ Evento cultural sinaloense
17, 18 Y 19 de mayo del 2007

DIRIGIDO AL GREMIO DE ENFERMERÍA

INFORMES:

Dpto. de enseñanza en enfermería ■ Tel. 716 98 10 Ext. 199
Dpto. de investigación en enfermería ■ Tel. 716 98 15 Ext. 179

Hotel San Marcos, Culiacán, Sinaloa México