

Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas "Julio Alfonso Medina"

COMPORTAMIENTO DE LA SEROLOGÍA REACTIVA EN GESTANTES DURANTE 1997

Dr. Jesús Hernández Cabrera,¹ Dra. Julia Pintado Chaviano,² Dra. Carmen Fernández Arenas,³ Dra. Danilec Hernández Hernández³ y Lic. Roberto Suárez Ojeda⁴

RESUMEN: El trabajo expone los resultados de un estudio efectuado en el hospital docente ginecoobstétrico de Matanzas durante el año 1997, en conjunto con el departamento de Dermatología del centro durante el año 1997, a cada gestante que se le diagnosticó, trató y siguió hasta el parto y que fue portadora de la serología reactiva. Un libro registro recogió datos primarios de las variables de interés que posteriormente se procesaron en una computadora IBM de la Universidad de Matanzas, por el sistema MICROSTAT el método de porcentajes, la primera prueba paramétrica del X^2 y el *test* de proporciones y medias aritméticas. De un total de 2 580 partos ocurridos, 80 tuvieron serología reactiva para una incidencia del 2,28 %; de éstos, con sífilis 32 para el 0,89 % y de otras causas de serología reactiva 48 para el 1,3 % de la casuística. Ambos grupos comparados entre sí para la discusión de las variables de interés que se escogieron.

Descriptores DeCS: **COMPLICACIONES INFECCIOSAS DEL EMBARAZO/sangre; TESTS SEROLOGICOS; SERODIAGNOSTICO DE LA SIFILIS/métodos.**

La presencia de serología reactiva en la embarazada es frecuente y el saber diagnosticar cuáles de éstas son realmente sífilis constituye un proceder vital en la atención prenatal.¹⁻⁸

La infección aguda por el treponema, agente causal de la sífilis, puede diagnosticarse y puede lograrse una buena curación de la cual la embarazada no es ajena.^{2,7,9-13}

La presencia de sífilis en el neonato es siempre prevenible y su aparición es sinónimo de una mala atención prenatal.^{8,10,12,14-18}

La era antibiótica ha disminuido en parte la mortalidad causada, pero con esto no queremos decir que todo está solucionado, sino que aún hay que verlo como un problema sanitario a resolver.^{2,4-7,9-15}

¹ Especialista de II Grado en Ginecoobstetricia. Instructor FCM.

² Especialista de I Grado en Dermatología.

³ Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia.

⁴ Asesor estadístico. Sede Universitaria Matanzas.

El presente trabajo se propone estudiar una vez conocida la incidencia de a serología reactiva y clasificación de las mismas y conocer el comportamiento de éstas en algunas variables de interés.

Métodos

Efectuamos un estudio descriptivo analítico en el Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas "Julio Alfonso Medina" en coordinación con el Departamento de Dermatología del Centro, durante el año 1997, a toda paciente que tuvo serología reactiva, fue diagnosticada, tratada y seguida hasta su parto.

Se habilitó un libro registro que recogió los datos primarios que después se procesaron en una computadora IBM de la Universidad de Matanzas aplicando el Sistema MICROSTAT que permitió el hallazgo de: %, medias aritméticas, X^2 y *test* de proporciones.

De un total de 3 580 partos realizados; 80 tuvieron serología reactiva, para una incidencia de 2,23 %; siendo sífilis 32 para 0,89 % y otras serologías reactivas 48 para 1,3 % quedando clasificados así:

Sífilis y embarazos 32 para el (0,9 %); otras serologías reactivas 48 para el (1,3 %); sero-resistencia 14, error de laboratorio 12, falsa-biológica 20 y contado con sífilis 2.

Los parámetros encontrados por nosotros a pesar del incremento de las enfermedades de transmisión están aceptables, si los comparamos con los de la Dra. *Vivian Herrera*⁷, en La Habana que en un trienio se le comporta en 28,6.

Otros autores extranjeros con *Azeze*¹³ en Etiopía le arrojó 13,7 % *Prabhakar*⁹ en Jamaica de 4,9 % *Rodler*¹⁸ en Benin en 2,5; Campos en Arizona en 0,3 %¹¹ con cifras de 0,1-0,3 para *Botella* en España² y *Ray* en Canadá¹² consciente de que en sus países

por la práctica de medicina privada las cifras pueden ser mayores.

Por esta disminución aparente en la incidencia de la sífilis, no debemos preocuparnos, pues sabemos que muchas personas le han perdido el miedo a la enfermedad, precisamente por el aporte brindado por la terapéutica, pero los factores como la promiscuidad en las relaciones sexuales, el acceso a distintos tipos de anticuerpos y rechazar los de barrera, las complicaciones propias de la adolescencia, etc. son factores que favorecen su prevalencia.

Para confeccionar las tablas se hacen 2 grupos, sífilis y embarazo y otro tipo de serología reactiva, que actúan como grupo control al efectuar el método estadístico en las mismas.

Resultados

Al estudiar en la tabla 1 la aparición de serología reactiva en grupos etáreos y aplicar el X^2 no existe diferencia significativa en cuanto a los grupos de adolescentes como otras bibliografías destacan^{2,6,7,10,13,15} y que incluso señalan la necesidad de programas especializadas dirigidos al seguimiento del adolescente en lo que respecta a esta enfermedad y en general a las enfermedades de transmisión sexual.^{10,13,18}

Estudiando la tabla 2 la relación de la escolaridad y el tipo de serología y aplicar X^2 no se puede inferir que sea propia de gestantes con baja escolaridad, no comportándose así con la bibliografía revisada.^{10,13,15}

Cuando en la tabla 3 estudiamos el hábito laboral o no, predominó el ama de casa, sin diferencias significativas al aplicar el X^2 , lo que no concuerda con lo revisado.^{10,15}

Analizando la tabla 4 el diagnóstico de la serología por trimestre y la terapéutica utilizada una vez hecho el diagnóstico de

TABLA 1. Comportamiento de la serología reactiva en embarazadas según grupos etáreos

Grupo etáreo (años)	Total de paridas	Con serología	Con sífilis	Otro tipo de serología	%
Hasta 19	402	21	12	9	26
20 - 34	3 063	58	20	38	72,5
35	115	1	0	1	0,01
	3 580	80	32	48	

$X^2 = 3,974$

$p = 0,1371$

Fuente: Historia clínica y carnet obstétrico. Departamento Archivo-Estadística. Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas.

TABLA 2. Relación de la escolaridad con las serologías reactivas

Escolaridad	No.	%	Con sífilis		Con otro tipo de serología reactiva	
			No.	%	No.	%
Primaria	10	12,5	4	12,5	6	12,5
Secundaria	50	2,5	25	78,1	25	52,1
Técnico medio	11	13,7	2	6,3	9	18,7
Preuniversitario	2	2,5	0	0	2	4,2
Universitario	7	8,7	1	3,1	6	12,5

$X^2 = 7,527$

$p = 0,1105$

serología reactiva, nos encontramos que más de un 75 % en ambos grupos de serología reactiva se diagnosticaron en el primer trimestre propio de nuestro sistema de atención prenatal.⁸

El tratamiento de elección lo constituyó la penicilina benzatínica, seguidos de otros acorde con la alergia o no a éstos.^{2,5-7,9-13,16-18}

Cuando en la tabla 5 estudiamos la influencia que la serología reactiva tuvo en los incidentes de morbilidad del Centro nos encontramos que ésta no tuvo influencia significativa en los mismos autores revisados si lo han encontrado.^{2,9,10,12}

En la tabla 6 estudiamos específicamente el comportamiento final de los casos con sífilis y embarazo, de las parejas nos encontramos aún la resistencia de los

hombres en hacerse estudios serológicos para 15,6 %.

En cuanto a las 31 neonatos 18, para 58 % mantienen positividad en la serología, que al aplicar el *test* de proporciones observamos que existe aún positividad en los casos que se entiende como serotransferencia.

Otros autores consultados han encontrado el mismo efecto^{7,9,11-13,16-18} y recomiendan seguir con serologías a sus neonatos de madres sifilíticas, tratadas, durante el primer año de vida¹⁶⁻¹⁸ y no han encontrado sífilis congénitas.¹⁶⁻¹⁸

Concluimos que la incidencia de serología en embarazadas en nuestro medio a pesar del incremento de las enfermedades de transmisión sexual no es elevada.

TABLA 3. Relación del hábito laboral y la serología reactiva

Escolaridad	No.	%	Con sífilis		Con otro tipo de serología reactiva	
			No.	%	No.	%
Su casa	60	75	27	84,3	33	68,7
Trabajadores	17	21,3	3	9,3	14	29,2
Reclusas	3	3,7	2	6,2	1	2,1
Total		80		32		48

$X^2 = 5,053$
 $p = 0,07$

TABLA 4. Relación entre diagnóstico de la serología en trimestre y la terapéutica utilizada

Trimestre	No.	%	Con sífilis		Terapéutica			Con otra serología reactiva			Terapéutica		
			No.	%	Peni B	Eritro	Rocephin	Otro	reactiva	Peni B	Eritro	Rocephin	
1er.	61	76,2	25	78,1	20	1	2	2	36	75	26	4	6
2do.	15	18,2	4	12,5	2	0	2	11	22,9	6	1	4	
3ro.	4	5	3	9,4	2	0	1	0	1	2,1	1		
	80		32		24	1	5	2	48		33	5	10

TABLA 5. Repercusión de los casos con serología reactiva en los indicadores de morbilidad prenatal de 1997

Conteo Apgar	Total	Con sífilis	Con otras serologías reales	
			No.	%
bajo	120	1	1	29
Neonatal	17	0	0	0
Fetal tardía	70	1	2	2,2
RNBP	241	7 (x 2 195 g)	3(x 2,340 g)	2,3

- No se puede afirmar que la edad, escolaridad y el hábito laboral se relacionan con la aparición de la enfermedad.
- El diagnóstico precoz y la terapéutica correcta influyen en la curación de la misma.
- A pesar de existir tendencia al bajo peso no tiene significación estadística su influencia en él, así como en los indicadores de morbilidad prenatal.
- La presencia significativa de positividad no es sinónimo de fallo en el tratamiento.

TABLA 6. Comportamiento final de las sífilis y embarazo

Serología final de las sífilis y embarazadas	Madre		Padre		Neonatos	
	No.	%	No.	%	No.	%
Positiva	24	75	14	43,7	18	58
Negativa	8	25	13	40,6	13	41,9
No realizados	0	0	5	15,6		
	N32		N32		N31	

Ho: $p \leq 0,6$ H1 $p > 0,6$

t = 1,92873

p = 0,0314823

Recomendaciones

A pesar de que los resultados presentados no son desfavorables no podemos dejar de recordar los efectos negativos que esta afección puede tener el binomio, por lo que recomendamos no perder de vista a los pacientes con serología reactiva, como está orientado en nuestro país.

SUMMARY: This paper sets forth the results of a study jointly undertaken by the Teaching Gynecobstetric Hospital of Matanzas and the Dermatology Department during 1997. This study included every pregnant patient who was diagnosed with positive serodiagnosis, treated and followed up until her delivery. Primary data were recorded in a register and then processed in a IBM computer from Matanzas University using the MICROSTAT system, the percentage method, the first X^2 parametric test and the ratiarithmic mean test. Of 2 580 deliveries, 80 had positive serodiagnoses accounting for an incidence rate of 2,28 %. Of these 80 cases, 32 had syphilis for 0.89 % and 48 showed other causes of their positive serologic tests for 1.3 %. Both groups were compared to discuss the chosen variables of interest.

Subject headings: **PREGNANCY COMPLICATIONS; INFECTIONS/blood; SEROLOGIC TESTS; SYPHILIS SERODIAGNOSIS/methods.**

Referencias bibliográficas

- Daniel Abreu A. et al. Sífilis. En: Dermatología La Habana: Editorial Ciencia y Técnica, 1980:422-53.
- Botella Llusia J. Sífilis y gestación. En: Tratado de Ginecología y Patológica obstétrica. Barcelona: Editorial Científico Técnico, 1986;t2:205-10.
- Sparling T. Sífilis. En: Tratado de Medicina interna. La Habana: Pueblo y Educación, 1984:605-21.
- Mc Millan R. Sífilis. En: Enfermedades de transmisión sexual. La Habana: Editorial Científico Técnico, 1984:58-150.
- Lugones Botell M, Molinet Duarte I, Quintana Riverón Y, Vázquez Sánchez M. Sífilis y gonorrea, parte de su historia. Rev Cubana Med Gen Integr 1995;11(4):382-4.
- Rodríguez R, Hernández C. El control de las enfermedades de transmisión sexual. Rev Cubana Med Gen Integr 1985.
- Herrera Gómez V, Rodríguez Domínguez L, Febles Tardío L, González Cuervo Y. Incidencia de la sífilis durante el embarazo. Rev Cubana Med Gen Integr 1997;13(4):352-8.
- _____. Metodología en la atención prenatal. En: Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1997:35-46.
- Prabhakar R, Bailey A; Smikle M, Mc Caw BA, Ashley D. Seroprevalencia de toxoplasma gondii: rubeola; citomegalovirus, herpes simple (TORCH) y sífilis en mujeres embarazadas de Jamaica. West Indian MJ 1991;40(4):166-9.
- Messina M. Programa de salud en adolescentes en Blumenau. ACM Catarin Med 1993;22(1-2): 17-28.

11. Campos O, Ryan K. Prevalence of sexually transmitted diseases in Mexican-American pregnant women by country of birth and length of time in the United States. *Sex Transm Dis* 1995;22(2):78-82.
12. Ray JQ, Lues L. Maternal and fetal considerations of syphilis. *Obstet Gynecol Surv* 1995;50(12):845-50.
13. Azeze R, Fantahun M, Kidan KG. Seroprevalence of syphilis amongst pregnant women attending antenatal clinics a Rural Hospital in North West of Ethiopia-Genito-Urin Med 1995;71(6):347-50.
14. Saez Pozas N, Delgado Cabrera C, Ramírez Ahumado F. El diagnóstico de la sífilis. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1997;13(1):43-9.
15. Castaño Hernández S, Carrazana Hernández G, Chang Ramírez T. Estudio de la correlación clínica serológica en Sífilis. *Rev Cubana Epidemiol* 1993;31(1):10-16.
16. Jonna A, Collins M, Abedin M, Young M, Milteer R, Reenan M. Post neonatal screening for congenital syphilis *J Fam Pract* 1995;41(3):266-8.
17. Chang SN, Chung KY, Lee MG, Lee JB. Seroreversion of serological test for syphilis in the newborns born to treated syphilitic mothers. *Genitourin Med* 1995;71(2):68-78.
18. Rodier MH, Berthonneau J, et al. Seroprevalences for toxoplasmosis malaria, rubeola, cytomegalo-virus, H.I.V. and treponemal infection women en Cotonou, Republic of Benin. *Act Trop* 1995; 59(4)271-7.

Recibido: 25 de noviembre de 1998. Aprobado: 23 de marzo de 1999.

Dr. *Jesús Hernández Cabrera*. Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas "Julio Alfonso Medina". Matanzas, Cuba.