

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 Dr. Danilec Hernández Hernández³ y Lic. Roberto Suárez Ojeda⁴

RESUMEN: Se exponen 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. A cada gestante con serología reactiva se le diagnosticó, trató y siguió hasta el parto. 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 %, 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 el 2,28 %; de estos con sífilis 32 para el 0,89 % y de otras causas 48 para el 1,3 % de la casuística. Ambos grupos son comparados entre sí para la discusión de las variables de interés que se escogieron.

Descriptores DeCS: EMBARAZO/inmunología; SERODIAGNOSTICO DE LA SIFILIS; COMPLICACIONES INFECCIOSAS DEL EMBARAZO.

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 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 que se debe resolver.

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 la serología reactiva y su clasificación, conocer el comportamiento de algunas variables de interés.

Métodos

Efectuamos un estudio descriptivo analítico en el Hospital Docente Gineco-obstétrico 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 del 2,23 %; en 32 casos fue sífilis para 0,89 % y otras serologías reactivas 48, para 1,3 % por lo cual quedan clasificadas así:

Sífilis y embarazos	32	0,9 %
Otras serologías reactivas	48	1,3 %
Serorresistencia	14	
Error del laboratorio	12	
Falsa biológica	20	
Contacto 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*, en La Habana que en un trienio se le comporta en 28,6.

Otros autores extranjeros como *Azeze* en Etiopía, le arrojó 13,7 %, ¹³ *Prabhakaren* en Jamaica 4,9 %, ⁹ *Rodier* en Benin en 2,5, ¹⁸ *Campos* en Arizona, en 0,3 %. ¹¹ *Botella* en España con 0,1-0,3 y *Ray* en Canadá, conscientes que en sus países por la práctica de medicina privada las cifras pueden ser mayores.

Con la disminución aparente en la incidencia de la sífilis, no debemos despreocuparnos, 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 anticonceptivos 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: uno de sífilis y embarazo, y otro con diferente tipo de serología reactiva, que actúan como grupo control al efectuar el método estadístico.

Resultados

En la tabla 1 la aparición de serología reactiva en grupos etáreos y al aplicar el X^2 no existe diferencia significativa en cuanto a los grupos de adolescentes. Se destaca en otros estudios ^{2,6,7,10,13,15} e incluso señalan la necesidad de programas especializados dirigidos al seguimiento del adolescente en lo que respecta a esta enfermedad y en general a las enfermedades de transmisión sexual. ^{10,13,18}

La tabla 2 relaciona la escolaridad y el tipo de serología y al aplicar X^2 no se puede inferir que sea propia de gestantes con baja escolaridad, lo cual no se comporta así con la bibliografía revisada. ^{10,13,15}

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

Si analizamos el diagnóstico de la serología por trimestre y la terapéutica utilizada una vez hecho el diagnóstico de serología reactiva, nos encontramos que más del 75 % en ambos grupos de serología reactiva se diagnosticaron en el primer trimestre lo cual es propio de nuestro sistema de atención prenatal (tabla 4).

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

Grupo etáreo (años)	No.	Serologías reactivas			%
		Con serología reactiva	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 carné obstétrico. Departamento Archivo Estadístico. Hospital Ginecoobstétrico Matanzas.

TABLA 2. Relación de la escolaridad con las serologías reactivas

Escolaridad	Serologías reactivas					
	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
Pre Universitario	2	2,5	0	0	2	4,2
Universitario	7	8,7	1	3,1	6	12,5

$X^2= 7,527$

$p= 0,1105$

TABLA 3. Relación del hábito laboral y la serología reactiva

Hábito laboral	Serologías reactivas					
	No.		Con sífilis		Con otro tipo de serología reactiva	
			No.	%	No.	%
Su casa	60	75	27	84,3	33	68,7
Trabajadoras	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		Terapéutica			
			No.	%	Peni B	Eritro	Rocephin	Otro	Serología 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

El tratamiento de elección lo constituyó la penicilina benzatínica, seguidos de otros, según si existía alergia a éstos.

En la tabla 5 estudiamos la influencia que la serología reactiva tuvo en la morbimortalidad en nuestro centro, la cual no tuvo influencia significativa; en autores estudiados si se ha encontrado.

TABLA 5. Repercusión de los casos con serología reactiva en los indicadores de morbimortalidad perinatal de 1997

	Total	Con sífilis	Con otras serologías reales reactivas	
Conteo				
Apgar bajo	120	1	1	2,9
Neonatal	17	0	0	0
Fetal tardía	70	1	2	2,2
RNBP	241	7	3	2,3

(X² 195 g) (X² 340 g)

En la tabla 6 estudiamos específicamente el comportamiento final de los casos con sífilis y embarazo. Entre las parejas nos encontramos que aún persiste la resistencia de los hombres en hacerse estudios serológicos (15,6 %).

En cuanto a los 31 neonatos, 18 (58 %) fueron positivos en la serología, y 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 y recomiendan seguir

a través de serologías a los neonatos de madres sífilíticas tratadas, durante el primer año de vida y no han encontrado sífilis congénita.

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

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 ésta. A pesar de existir tendencia al bajo peso, no tiene significación estadística su influencia en ella, así como en los indicadores de morbimortalidad prenatal. La presencia significativa de positividad no es sinónimo de fallo en el tratamiento.

Recomendaciones

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

AGRADECIMIENTO

A los Internos de Medicina y Alumnos Ayudantes de la especialidad, Adriana Marin Báez y Manuel Ernesto Rodríguez Domínguez por su participación en este estudio.

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 realizadas	0	0	5	15,6		
	N32		N32		N31	

Ho: $p \leq 0,6$ H1: $p > 0,6$
 $t = 1,92873$
 $p = 0,0314823$

SUMMARY: The results of the study conducted at the Gynecobstetric Teaching Hospital of Matanzas together with the Dermatology Department of the Center during 1997 are presented. Every expectant with positive serology was diagnosed, treated and followed-up. Primary data on the variables of interest were registered and processed later in an IBM computer at the University of Matanzas by the MICROSTAT system, the % method, the first parametric test of X^2 and the test of proportions and arithmetic means. Of a total of 2 580 deliveries, 80 had a reactive serology, accounting for 2.28 %, 32 suffered from syphilis, for 0.89 % and 48 corresponded to other causes, for 1.3 % of the casuistics. Both groups were compared to discuss the variables of interest that were selected.

Subject headings: **PREGNANCY/immunology; SYPHILIS SERODIAGNOSIS; PREGNANCY COMPLICATIONS, INFECTIOUS.**

Referencias bibliográficas

1. Abreu Daniel A et al. Sífilis en Dermatología. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica, 1980:422-53.
2. Botellá LLusiá J. Sífilis y gestación. En: Tratado de Ginecología Patología Obstétrica. Barcelona: Ed. Científico Técnico, 1986: Tomo II pág. 205-10.
3. Sparling T. Sífilis. En: Tratado de Medicina Interna. La Habana: Ed. Pueblo y Educación, 1984:605-621.
4. Mc Millan Young R. Sífilis en enfermedades de transmisión sexual. Ed. Científico Técnico, 1984:58-150.
5. 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.
6. Rodríguez R, Hernández C. El control de las enfermedades de transmisión sexual. Rev Cubana Med Gen Integr 1985.
7. Herrera Gómez V, Rodríguez Domínguez L, Febles Tardío L, González Cuervo. Incidencia de la sífilis durante el embarazo. Rev Cubana Med Gen Integr 1997;13(4):352-8.
8. Colectivo de autores. Metodología en la atención prenatal en: Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. Habana, ECIMED 1997;Cap 5:35-46.
9. Prabahakar R, Bailey A, Smikle M, Mc Caw Binos A, Ashley D. Seroprevalencia de toxoplasma gondii; Rubeola: Citomegalo-virus, herpes simple (TORCH) y sífilis en mujeres embarazadas de Jamaica. West Indian M J 1991;40(4):166-9.
10. Messina Marilena. Programa de Salud en adolescentes en Blumenau. ACM Catarin Med 1993;22(1 2):17-28.
11. Campos Outcatt, Ryan K. Prevalence of sexually transmitted disease in Mexican American pregnant women by country of birth and length of time in the United States. Sex Trasm Dis 1995;22(2):78-82.

12. Ray JQ, Lues Lues. Maternal and fetal considerations of syphilis. *Obst Gynecol Surv* 1995;50(12):845-50.
13. Azeze R, Fantahum 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 Santos, Carrazana Hernández G, Chang Ramírez T. Estudio de la correlación clínica serológica en sífilis. *Rev Cubana Hig Epidemiol* 1993;(31):1;10-6.
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, cytomegalovirus, HIV and treponemal infection women en Cotonou, Republic of Benin. *Act Trop* 1995;59(4):271.

Recibido: 8 de octubre de 1999. Aprobado: 12 de enero del 2000

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