



SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA EN EL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL, MARZO 2020-2021

AUTORES:

De los Santos Deborah ¹

Ferreira Diego ¹

Gama Victoria ¹

Gambini Florencia ¹

López Hernán ¹

Perdomo Nicolás ¹

TUTORES:

Mario Morales. Prof. Agdo. ²

Helena Sobrero. Prof. Adj. ²

¹CICLO DE METODOLOGÍA CIENTÍFICA II-2021 FACULTAD DE MEDICINA –
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA, URUGUAY

²CÁTEDRA DE NEONATOLOGÍA, CHPR, FACULTAD DE MEDICINA, UDELAR

CICLO DE METODOLOGÍA CIENTÍFICA II-2021
GRUPO N°63

**MONTEVIDEO
2021**

ÍNDICE

RESUMEN:	3
ABSTRACT:	3
INTRODUCCIÓN:	5
Antecedentes y justificación del problema:	5
MARCO TEÓRICO	7
OBJETIVOS:	9
Objetivo general:	9
Objetivos específicos:.....	9
METODOLOGÍA: MATERIALES Y MÉTODOS:	9
Diseño de estudio:	9
Recolección de datos:	10
Consideraciones éticas:.....	11
RESULTADOS	12
Tabla 1: Características población materna para el periodo actual vs 2018-2019	12
Tabla 2. Características de los recién nacidos.	14
Tabla 3. Prevalencia, incidencia, control de embarazo y reinfecciones para el periodo actual vs 2018-2019.....	15
DISCUSIÓN	16
CONCLUSIÓN:	18
AGRADECIMIENTOS:	18
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	19
ANEXOS:	23
Planilla para recolección de datos:	23

RESUMEN:**Introducción:**

La Sífilis es una enfermedad de transmisión sexual, evitable y tratable, que constituye un importante problema de salud pública. Su transmisión al feto constituye una entidad grave, la sífilis congénita. El diagnóstico materno precoz y oportuno constituye una herramienta de prevención fundamental. A nivel mundial es considerada un problema y su prevalencia viene en aumento; Uruguay no está exento de esta tendencia al alza, según los últimos datos reportados a lo cual se sumó la pandemia que desafió al sistema de salud.

Objetivo:

Determinar la prevalencia de sífilis gestacional e incidencia de sífilis congénita en el Centro Hospitalario Pereira Rosell en el año de la pandemia Covid-19 para el periodo marzo 2020 - marzo 2021.

Materiales y métodos:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en el cual fueron incluídas las mujeres embarazadas con diagnóstico de sífilis gestacional y neonatos con sífilis congénita.

Resultados:

Se registró una prevalencia de sífilis gestacional de 27,5/1000 embarazadas y una incidencia de sífilis congénita de 1,37/1000 nacidos vivos. El 100% de los recién nacidos con sífilis congénita fueron tratados. Un 48,4% de los neonatos fueron considerados como de alto riesgo de sífilis congénita por lo cual también fueron tratados.

A su vez se detectó un alto porcentaje de embarazos mal controlados y un bajo nivel de tratamiento a las parejas sexuales.

Conclusiones:

La prevalencia de sífilis gestacional aumentó significativamente respecto al período previo a la pandemia, lo cual puede ser explicado por un aumento significativo del mal control del embarazo y posiblemente por la eventual participación de los cambios ocurridos a nivel sanitario y social producto de la pandemia Covid-19.

Palabras clave: Sífilis, Congénita, Gestacional, Prevalencia, Incidencia, Covid-19.

ABSTRACT:**Introduction:**

Syphilis is a sexually transmitted disease, avoidable and treatable, which is a major public health problem. Its transmission to the fetus constitutes a serious entity, congenital syphilis. Early and timely maternal diagnosis its a fundamental prevention tool. Worldwide it is considered a problem

and its prevalence is increasing; Uruguay is not exempt from this upward trend according to the latest reported data. Regarding to health care during the pandemic year, poor pregnancy control increased.

Objectives:

It was determined prevalence of gestational syphilis and incidence of congenital syphilis in Centro Hospitalario Pereira Rossell in the year of the Covid-19 pandemic for the period March 2020 - March 2021. In addition, the prevalence of gestational syphilis and the incidence of congenital syphilis were compared.

Materials and methods:

An observational, descriptive and cross-sectional study was made. Pregnant women diagnosed with gestational syphilis and neonates with congenital syphilis were included.

Results:

There was a prevalence of gestational syphilis of 27,5/1000 pregnant women and an incidence of congenital syphilis of 1,37/1000 newborn. 100% of newborns with congenital syphilis were treated. 48,4% had a high risk of unconfirmed congenital syphilis. We found a high percentage of poorly controlled pregnancies and a low level of treatment for sexual partners.

Conclusions:

The prevalence of gestational syphilis increased significantly, compared to the period 2018-2019, due to a significant increase of poor control of pregnancy and possibly by the eventual effects that occurred at the health and social environment as a result of the Covid-19 pandemic.

Keywords: Syphilis, Congenital, Gestational, Prevalence, Incidence, Covid-19

INTRODUCCIÓN:

Antecedentes y justificación del problema:

La Sífilis es una enfermedad infectocontagiosa sistémica de evolución crónica, transmisión sexual y curable, causada por la bacteria *Treponema Pallidum* (TP). Su principal vía de transmisión es la sexual, aunque se puede adquirir en forma vertical.¹

La sífilis congénita (SC) es una entidad grave, que ocurre en recién nacidos de gestantes no tratadas o tratadas inadecuadamente, puede conducir a resultados adversos graves en el feto como: aborto, óbito, parto prematuro, bajo peso al nacer, neurosífilis, etc.²

Constituye un importante problema de salud pública, a pesar de la disponibilidad de intervenciones costo-efectivas para evitar la transmisión materno fetal.³

A nivel mundial se estimó para el año 2016, una incidencia de sífilis gestacional (SG) de 0,69%, representando aproximadamente 990.000 casos. En el mismo estudio se estimó que los casos de SC fueron de 473/1000 nacidos vivos para dicho año.²

Para el año 2015 en América latina y el Caribe, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) notificó 22.800 casos de SC con una tasa de incidencia de 2,7 casos por cada 1000 nacidos vivos, con un aumento respecto al 2014 de 1,7 casos/1000 nacidos vivos.⁴

En Argentina se ha visto un aumento desde el año 2013 en la tasa de incidencia de SC, ubicándose en el 2018 en 1,58/1000 nacidos vivos. Para SG la cifra se ubicó en 4,0/1000. Para el año 2019, se continuó la tendencia al aumento de la SG, ubicándose en 4,6/1000 nacidos vivos. Por su parte la SC acompaña el aumento de la SG.^{5 6}

En Brasil es donde se observa la peor situación de América latina, explicando el 85% de las cifras de incidencia del año 2015 dadas por OPS.⁴ En dicho país en el año 2018 la tasa de incidencia de SG se ubicó en 21,4 y la incidencia de SC se situó en 9,0/1000 nacidos vivos. Desde 2010 a 2018 la incidencia de SC aumentó 3,8 veces de 2,4 a 9,0/1000 nacidos vivos, mientras que la SG aumentó 6,1 veces desde una cifra de 3,5 en 2010 a 21,4/1000 nacidos vivos en el 2018. Para el año 2019 tanto la SG como la SC disminuyeron levemente, aunque se mantienen en niveles elevados y similares al año previo.^{7 8}

En Uruguay, el último estudio publicado informa de la situación en el departamento de Paysandú, en el cual se visualizó un aumento de SC desde el año 2015 al 2019, pasando de una incidencia de 1,6/1000 a 9,5/1000, este aumento se observó a expensas del subsector público.

A nivel nacional, la auditoría llevada a cabo por el Ministerio de Salud Pública (MSP) en el año 2018, muestra que para SG la prevalencia fue de 0,7/1000, siendo superior la misma en el subsector público 1,5/1000 comparado con el privado 0,2/1000. Respecto a la distribución territorial, se observó un aumento en la incidencia en el interior del país 0,8/1000 en 2014 respecto

a 1,9/1000 en 2018. En Montevideo es a la inversa, se ha dado un descenso en la incidencia desde 2,2/1000 en 2014 a 1,1/1000 en 2018 ¹⁰.

Con respecto a la SC, la auditoría informó una incidencia de 1,4/1000 nacidos vivos la cual revierte la situación descendente de la tasa desde el año 2015. En ambos casos, la incidencia es mayor en el subsector público respecto al privado, y se observan cifras mayores en la región norte del país ¹⁰.

En el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) el último trabajo data de los años 2018-2019 donde la prevalencia calculada de sífilis gestacional fue de 1,7% en 2018 y 2,4% en 2019, la incidencia de sífilis congénita es de 0,99% en 2018 y 1,04% en 2019. La mortalidad es de 0% en ambos períodos. Del total de casos de sífilis gestacional encontrados en el período estudiado, un 48.9% tiene un neonato con sífilis congénita ¹¹.

En el año 2010, Uruguay adhirió a La Iniciativa Regional Para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la SC, para lograr esta meta, es crucial, en primer lugar conocer la incidencia de sífilis ¹².

A fines del 2019 se declaró una pandemia causada por el virus SARS-Cov 2, la misma tuvo fuertes implicancias en diferentes sectores, siendo el sanitario uno de los más afectados. A nivel de la salud sexual y reproductiva, los controles de embarazo disminuyeron en frecuencia y calidad para mitigar la transmisión del virus, ya sea por el distanciamiento social, por los cambios en la atención médica (pasando a teleconsulta) o reduciendo el número de controles, causando un impacto en la atención de la mujer embarazada, lo cual podría provocar un retraso en el diagnóstico y tratamiento para sífilis, conllevando a un aumento de la incidencia de sífilis congénita ^{13 14}. Por estos motivos, se realiza esta investigación, a fin de evaluar las repercusiones de la pandemia en la incidencia de esta enfermedad en el período marzo 2020 - marzo 2021.

Conocer la prevalencia de la SG, resultaría en múltiples beneficios, dentro de los cuales destacamos:

- Permitiría establecer estrategias dirigidas a la prevención de la misma, así como a la prevención de la transmisión fetal.
- Ampliaría el conocimiento de los factores que inciden en la adquisición de la enfermedad, pudiendo, en consecuencia desarrollar planes a futuro a fin de disminuir la prevalencia de SG e incidencia de SC.

MARCO TEÓRICO

Sífilis es una enfermedad infectocontagiosa sistémica de evolución crónica, de transmisión sexual y curable, causada por la bacteria gram negativa *Treponema Pallidum*, perteneciente a la familia *Spirochaetaceae* ^{1 15}.

Su principal vía de transmisión es la sexual, aunque se puede adquirir en forma vertical mediante el pasaje del TP por la placenta o por el contacto con lesiones en el canal de parto ¹⁶.

La sífilis se clasifica de acuerdo al tiempo transcurrido entre la infección y el diagnóstico en: Sífilis precoz o tardía ¹⁵. Si la infección no recibe tratamiento evoluciona en diferentes fases.

Fases de sífilis :

- Sífilis Primaria (también llamada chancro sifilítico): altamente contagiosa, se resuelve espontáneamente en 3 a 6 semanas, dando paso al estadio secundario.
- Sífilis Secundaria: Comienza uno a dos meses después, es la diseminación sistémica de la enfermedad, se resuelve espontáneamente en 3 a 12 semanas. Dentro de ésta encontramos la SC.
- Sífilis Latente: Es asintomática, se divide en:
 - Latente precoz: desde el diagnóstico hasta el primer año.
 - Latente tardía: después del primer año.
- Sífilis Terciaria: Luego de 3 a 10 años del diagnóstico, es sintomática, evolucionando a neurosífilis y sífilis cardiovascular ¹.

La sífilis gestacional, se define como la infección de Sífilis en mujeres embarazadas. La complicación más grave de esta infección en el embarazo es la SC. Tanto la SG como la SC son consideradas un problema de salud pública ¹⁷.

El estadio de la enfermedad de la embarazada, así como el tiempo de exposición intraútero, son factores determinantes para la transmisión fetal, siendo mayor el riesgo de contagio en el estadio primario que en el secundario de la enfermedad. En relación a las semanas de gestación, el mayor riesgo de contagio se da entre la semana 16 y 28 ¹⁸.

La sífilis congénita es una entidad grave, con elevada morbilidad y mortalidad de denuncia obligatoria. Ocurre en gestantes no tratadas o tratadas inadecuadamente, aumentando el riesgo de complicaciones como: aborto, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer, muerte neonatal e infantil, entre otras ¹⁸.

En la sangre del feto circula la bacteria, causando espiroquetemia, afectando distintos órganos. Esto genera una inflamación generalizada que produce diferentes manifestaciones clínicas en los recién nacidos (RN) no tratados como: hepatomegalia, ictericia, rinitis, linfadenopatías, erupción, entre otras.

La SC si es tratada a tiempo y adecuadamente, tiene un excelente pronóstico ¹⁹.

Entendemos por SC al diagnóstico en un neonato, óbito fetal o aborto espontáneo, proveniente de una madre con diagnóstico confirmado de sífilis que no fue adecuadamente tratada previamente al parto. Se confirma SC mediante títulos que cuadruplican a los títulos de la madre o aquel neonato que presenta un cuadro compatible con clínica de sífilis ²⁰.

En cuanto al diagnóstico se utilizan diferentes técnicas de laboratorio:

- Métodos directos: microscopía de campo oscuro, inmunofluorescencia directa y amplificación de ácidos nucleicos.
- Métodos indirectos:
 - pruebas serológicas para detectar la sífilis:
 - No treponémicas (VDRL, RPR): los títulos obtenidos con una prueba no treponémica cuantitativa pueden ser utilizados para monitorear la respuesta al tratamiento.
 - Treponémicas (FTA-abs y TPHA): se informan en forma cualitativa “reactivo” o “no reactivo”. Carecen de utilidad para controlar la respuesta al tratamiento porque nunca se negativizan.

Todo test no treponémico, independientemente de la cuantificación de los títulos, debe ser seguido de un test treponémico, dado que éste confirma la infección ²¹.

Como se expresó con anterioridad, la sífilis es una enfermedad curable, siempre y cuando se cumpla el tratamiento adecuado. Además de la curación, el tratamiento permite evitar complicaciones, así como prevenir la transmisión. La Penicilina es el antibiótico de elección para combatir la infección:

- Primaria, secundaria y latente temprana: Penicilina Benzatínica 2,4 millones i/m. 2 dosis con intervalo de una semana, una por semana.
- Terceraia, latente tardía o duración desconocida: Penicilina Benzatínica 2,4 millones i/m. 3 dosis con intervalo de una semana, una por semana.
- Neurosífilis: Penicilina cristalina G acuosa 18-24 millones de UI por día, dividida c/4 hs. o en infusión continua (10 a 14 días) ^{20 22}.

OBJETIVOS:

Objetivo general:

- Determinar la prevalencia de sífilis gestacional e incidencia de sífilis congénita en el Centro Hospitalario Pereira Rosell en el año de la pandemia Covid-19 para el periodo marzo 2020 - marzo 2021.

Objetivos específicos:

- Comparar la incidencia de sífilis congénita y prevalencia de sífilis gestacional del periodo 2018-2019 con el periodo marzo 2020 - marzo 2021
- Describir las características de la población de estudio.

METODOLOGÍA: MATERIALES Y MÉTODOS:

Diseño de estudio:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en el periodo marzo 2020 a marzo 2021.

Población: todas las embarazadas y neonatos nacidos en el CHPR en el período 1 de Marzo 2020 / 1 de Marzo 2021.

La muestra objetivo fueron mujeres embarazadas con diagnóstico de sífilis gestacional y neonatos con sífilis congénita que cumplieron los criterios de inclusión, del CHPR en el periodo de estudio mencionado.

Criterios de inclusión: se consideraron a todas las pacientes embarazadas cursando una sífilis activa y sus recién nacidos del periodo comprendido en el estudio.

Criterios de exclusión: madres con sífilis previa correctamente tratada.

Se utilizaron las siguientes definiciones:

Sífilis activa (o gestacional): cualquier título de VDRL o RPR positivo con test confirmatorio treponémico (TPHA o FTA-abs) en una madre sin antecedentes previos de infección a sífilis, o con diagnóstico previo sin tratamiento, o títulos mayores de VDRL a 1/2 y RPR a 1/4 en madres con antecedentes de sífilis correctamente tratadas ²².

Sífilis bien tratada:

- Sífilis primaria, secundaria o latente temprana: Penicilina benzatínica 2,4 millones de unidades i/m, 1 o 2 dosis con un intervalo de 1 por semana, al menos 4 semanas previo al parto.

- Sífilis latente tardía, terciaria o de duración desconocida: Penicilina benzatínica 2,4 millones de unidades i/m, 3 dosis, 1 por semana. La última dosis 4 semanas antes del nacimiento.
- Neurosífilis: Penicilina cristalina G acuosa 18-24 millones de unidades por día, dividida c/4 hrs. o en infusión continua, 10 a 14 días.
- En todos los casos se debe tratar también a la pareja ²².

Sífilis connatal confirmada: recién nacido con diagnóstico de sífilis congénita.

- RN con títulos de VDRL o RPR que cuadriplica los títulos maternos.
- RN con manifestaciones clínicas de sífilis congénita y serología positiva independientemente de los títulos ²².

Sífilis connatal probable no confirmada:

- RN de madre con diagnóstico de SG que no recibió tratamiento adecuado.
- RN con títulos de VDRL o RPR que no cuaduplican los títulos maternos.
- RN asintomático ²².

Prevalencia de sífilis gestacional: número de casos de sífilis activa durante el embarazo sobre el total de nacimientos en el período definido.

Incidencia de sífilis congénita: número de casos nuevos de sífilis congénita sobre el total de nacimientos en el período definido.

Mortalidad neonatal: número de recién nacidos fallecidos por sífilis sobre el total de pacientes con sífilis connatal.

Recolección de datos:

Se revisaron de forma manual todas las historias clínicas (físicas y electrónicas) de los neonatos diagnosticados con SC y embarazadas con diagnóstico de SG, durante el período establecido, en el CHPR.

Se recabaron las siguientes variables: escolarización, refiere al nivel educativo alcanzado por la mujer en estudio, fue categorizado del siguiente modo: primaria, ciclo básico, secundaria, terciaria, o sin datos. Estado civil, describe la situación de la persona en estudio en relación a su pareja pudiendo ser: casada, unión estable, soltera, otros. Control del embarazo se define buen control del embarazo como 5 o más controles y que cumpla con todas las rutinas obstétricas obligatorias por el MSP. Se categorizó en bien controlado, mal controlado y sin control.

Antecedentes obstétricos se categorizaron en: nulípara o una o más gestas. Infección por sífilis previa, se categorizó en: NO, SI. Resultado de prueba treponémica confirmatoria (FTA-abs / TPHA), se informaron como “reactivo” o “no reactivo”. Tratamiento de la pareja. Edad materna. Títulos de RPR/VDRL de sífilis actual, momento de diagnóstico y seguimiento de títulos. Datos antropométricos del RN: APGAR, títulos de VDRL de cordón y periférico, sintomatología presentada, tratamiento y estudios realizados.

Se analizaron variables cuantitativas y cualitativas a través de medidas de resumen central y porcentajes. Se calculó la tasa de prevalencia de sífilis gestacional y tasa de incidencia de sífilis congénita para el año analizado.

En el caso de las variables cualitativas se realizó el cálculo del estadístico Chi cuadrado y se trabajó con un nivel de significancia alfa de 5 %. Se consideró significación estadística un valor de $p < 0,05$.

Las variables cuantitativas se resumieron como media o porcentaje.

Para el análisis de los datos se utilizó software Microsoft Office y paquete estadístico SPSS 24.0 para procesamiento y presentación de resultados.

Consideraciones éticas:

Esta investigación cumple con la normativa vigente de experimentación en humanos (Decreto 379/008) y cuenta con la aprobación del comité de ética del CHPR. Se eliminaron todos los datos recabados identificatorios o sensibles. Los fines de esta investigación son formativos y para obtener un conocimiento que pueda contribuir a la mejora de la atención médica del país.

RESULTADOS

Fueron analizadas 5818 historias clínicas en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. De este total se seleccionaron 160 embarazadas y 161 recién nacidos (1 embarazo gemelar) que cumplieron con los criterios de inclusión previamente establecidos. La prevalencia calculada de SG para el período en estudio fue de 27,5/1000 embarazadas (160/5818). La incidencia calculada para la SC fue de 1,37/1000 nacidos vivos (8/5819). La mortalidad fue de 0%. Las características de la población materna se resumen en la Tabla 1 y en la Tabla 2 las características de los RN.

Tabla 1: Características población materna para el periodo actual vs 2018-2019

VARIABLE		ACTUAL	PERIODO 2018-2019
EDAD MATERNA	Rango	15-42	14-42
	Media	23,1	23,4
	Mediana	23	23
ESCOLARIDAD	Primaria	44,4% (71)	36,5% (91)
	Ciclo básico	44,4% (71)	0%
	Secundaria	5,0% (8)	56,6% (141)
	Sin datos	6,2% (10)	6% (15)
	TOTAL	160	249
ESTADO CIVIL	Unión estable	55,6% (89)	50,5% (126)
	Soltera	38,2% (61)	34,5% (86)
	Sin datos	3,1% (5)	14,8% (37)
	Otros	3,1% (5)	0%
	TOTAL	160	249
GESTAS PREVIAS	Nulípara	27,5% (44)	32,9% (82)
	Múltipara	71,2% (114)	67,1% (167)
	Sin datos	1,3% (2)	0%
	TOTAL	160	249

() Número absoluto.

Sobre el control del embarazo un 47,5% (76) de las pacientes tuvo un buen control del embarazo, mientras que el 52,5% (84) tuvo un mal control.

De las pacientes que tuvieron un mal control del embarazo, el 9,5% (8) no tuvo control, el 34,5% (29) tuvo menos cantidad de controles de los requeridos (menos de 5) y el 56% (47) no contaron con las exigencias mínimas del control del embarazo (falta de rutinas, de ecografías, captación tardía, entre otros).

En cuanto al diagnóstico de sífilis en el embarazo actual, 32,5% (52) de las pacientes se diagnosticaron en el primer trimestre; 35% (56) en el segundo trimestre; el 18,8% (30) en el tercer trimestre; 12,5% (20) se diagnosticaron al momento del parto, mientras que el 1,3% (2) si bien se registra diagnóstico de sífilis en el embarazo actual, no se contaba con fecha del mismo.

Se encontró 10,6% (17) de re-infecciones en el embarazo actual.

En relación al tratamiento el 85,5% (137) de las pacientes fueron tratadas, mientras que el 14,4% (23) no recibieron tratamiento. De las 137 pacientes que recibieron tratamiento, el 60,6% (83) estuvieron bien tratadas mientras que el 39,4% (54) se consideraron como mal tratadas.

Del subgrupo considerado mal tratado, el 68,5% (37) no cumplió con el período temporal mayor a un mes o no recibió las dosis necesarias para el estadio de la enfermedad. 31,5% (17) si bien fueron inicialmente bien tratadas, presentaron una reinfección durante el embarazo y ésta no se trató correctamente.

Respecto al tratamiento de la pareja el 34,0% (54) no fue tratada; el 34,6% (55) se trató correctamente y el 31,9% (51) no se contó con el dato.

En relación a los recién nacidos, fueron incluidos en la muestra un total de 161, dado que hubo un embarazo gemelar.

Fueron diagnosticados 8 recién nacidos con SC, de los cuales 3 se diagnosticaron por cuadruplicación de títulos maternos de VDRL y 5 por presentar síntomas al nacimiento. En 5 de estos 8 pacientes, el diagnóstico de SG se realizó al momento del parto y fueron embarazos no controlados o mal controlados. Por otra parte, en 2 de los 8 pacientes, los diagnósticos se realizaron durante el tercer trimestre y por criterio temporal no pudieron completar tratamiento. En un solo caso el neonato con SC era producto de una gestación bien controlada.

Respecto a los 5 pacientes sintomáticos, en frecuencia se destacan los siguientes signos: hepatomegalia (5), esplenomegalia (4), pequeño para edad gestacional (4), plaquetopenia (4), síndrome de distrés respiratorio (3), petequias (2) y pénfigo palmo-plantar (1).

Por otra parte, el 48,4% (78 pacientes) se consideran al nacer como de alto riesgo de padecer SC no confirmado.

Se realizó tratamiento al 100% de los recién nacidos con SC confirmada, así como también aquellos considerados como de alto riesgo de SC. Todos recibieron tratamiento con Penicilina Cristalina intravenosa durante 10 días.

Tabla 2. Características de los recién nacidos.

EDAD GESTACIONAL	Rango	26-41
	Media	37,6
	Mediana	38
PESO AL NACER	Rango	1010-4230
	Media	2979,5
	Mediana	3140
TALLA	Rango	34-57
	Media	47,3
	Mediana	49
PERÍMETRO CRANEANO	Rango	32,5-37
	Media	34,3
	Mediana	34
PESO PARA EDAD GESTACIONAL	PEG	11,8% (19)
	AEG	82,6% (133)
	GEG	5,0% (8)
	Sin dato	0,6% (1)
CLASIFICACIÓN SEGÚN EDAD GESTACIONAL	Término	79,5% (128)
	Pretérmino	20,5% (33)

PEG: pequeño para edad gestacional. AEG: adecuado para edad gestacional. GEG: grande para edad gestacional.

Edad gestacional en semanas. Peso al nacer en gramos. Talla y Perímetro craneano en cm. () número absoluto.

La prevalencia de SG, la incidencia de SC, el control del embarazo y las reinfecciones se analizan en la Tabla 3.

Tabla 3. Prevalencia, incidencia, control de embarazo y reinfecciones para el periodo actual vs 2018-2019

		Actual (n=160)	Periodo 2018- 2019 (n=249)	Estadístico	Valor p
PREVALENCIA SG		27,5 (160/5818)	20,8 (249/11949)	6,3	0,01
INCIDENCIA SC		1,37 (8/5818)	1,0 (12/11949)	0,479	0,48
CONTROL EMBARAZO	Bueno	47,5% (76)	65,4% (163)	520	0
	Malo	52,5% (84)	34,5% (86)	520	0
REINFECCIÓN		10,6% (17)	26,1% (65)	14,6	0,0001

() número absoluto.

DISCUSIÓN

La presente investigación permitió conocer la prevalencia e incidencia de SG y SC respectivamente para el período comprendido entre marzo 2020 – marzo 2021.

Es de conocimiento que la SG y SC son un problema de salud pública, tanto a nivel mundial como regional, la prevalencia e incidencia de las mismas viene en aumento desde las últimas décadas ^{2 4 5 6 10}.

Los últimos datos reportados sobre prevalencia e incidencia de sífilis gestacional y congénita en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, corresponden al periodo 2018-2019, en el cual se realizó un estudio transversal descriptivo y observacional, con revisión de historias clínicas del centro. Dado que la metodología y fuente de datos de ambos estudios son similares con la misma población de pacientes se utilizó el mismo como referencia de situación previo a la pandemia.

En la presente investigación se obtuvo una prevalencia de SG de 27,5/1000 embarazadas superior al último estudio realizado, con una prevalencia de SG de 20,8/1000 embarazadas, este aumento en la prevalencia es estadísticamente significativo (p 0,01).

Respecto a la incidencia de SC también se observó un aumento (1,37/1000 vs 1,0/1000 nacidos vivos) a pesar que éste no fue estadísticamente significativo ¹¹. No obstante, se mantiene una incidencia de SC inferior a la auditoría nacional del MSP realizada en el año 2018 que fue de 1,4/1000 ¹⁰.

Se pudo determinar que la tendencia al aumento continúa para la tasa de SG.

Si bien a partir de los resultados obtenidos en la investigación, no es posible afirmar que este aumento en la prevalencia e incidencia de SG y SC se deban a la pandemia Covid-19, esta variable debe ser tomada en cuenta dado que se ha evidenciado menor control en el embarazo, y peores resultados sanitarios durante este periodo ^{13 14}.

Respecto a la mortalidad por SC la misma fue de 0% al igual que años previos.

Se mantuvo un alto porcentaje de pacientes (48,4%) que, si bien no presentaron una sífilis confirmada al nacimiento, requirieron tratamiento por su alto riesgo de contagio, correspondiendo a un 44,1% en el trabajo previo ¹¹. Este grupo de pacientes de alto riesgo puede estar relacionado con el alto porcentaje de pacientes mal tratadas, pacientes reinfectadas no tratadas, así como pacientes con diagnósticos tardíos.

Respecto a las características maternas de la muestra se mantuvo una población joven, con bajo nivel educacional y presentándose la mitad de la misma en unión estable, siendo un factor de relevancia en vista al tratamiento de los contactos sexuales.

En lo que refiere al control del embarazo, se visualizó un descenso significativo de los embarazos bien controlados respecto al período previo, con un alto porcentaje (52,5%) de embarazos mal controlados, lo cual en comparación con el periodo previo a la pandemia (34,5%) muestra un

aumento significativo en relación al mal control, pudiendo deberse a la situación epidemiológica.

¹¹. Se analizaron las causas del mal control, y se evidenció un aumento del mismo (34,5% respecto a 29,9%) a expensas de las pacientes que no presentaron la cantidad necesaria de controles, pudiendo deberse a un menor acceso a la consulta durante la pandemia ¹¹.

En cuanto al tratamiento materno de sífilis se detectó una alta proporción de madres que recibieron tratamiento oportuno; sin embargo, se identificó como problema el alto porcentaje de parejas no tratadas. Con respecto al tratamiento de las reinfecciones, éste no fue adecuado por criterios de temporalidad. Cabe destacar que, un porcentaje no despreciable se desconoce si recibió o no tratamiento adecuado, esto pudo deberse a un sesgo por el diseño del estudio, por falta de este registro en las historias clínicas electrónicas.

Se observó que un 10,6% de las pacientes presentaron reinfección durante el embarazo, lo cual en comparación con el estudio previo (26,1%) se pudo determinar una disminución significativa respecto a las mismas ($p < 0,0001$). Esto podría deberse a la situación sanitaria, producto de las restricciones impuestas y el distanciamiento social, que pudo haber conllevado a menores contactos sexuales.

En ambos periodos se identificaron los mismos problemas: alto porcentaje de parejas no tratadas y tratamiento no adecuado de las gestantes ¹¹.

A pesar de las repercusiones de la pandemia sobre el sistema de salud, se destaca que de los 160 casos de sífilis gestacional solo 8 de los recién nacidos tuvieron el diagnóstico de sífilis connatal confirmada, lo cual refleja la prioridad de atención brindada a este grupo de pacientes, donde se instauró el tratamiento ante el diagnóstico. Situación que se repite en el estudio previo a la pandemia ¹¹.

En referencia al tratamiento instituido a los recién nacidos, el 100% de los diagnosticados con sífilis connatal confirmada y aquellos con alto riesgo de padecer sífilis congénita, recibieron tratamiento completo, esto va en consonancia con lo que marcan las pautas nacionales y con los resultados del estudio anterior ^{11 20}.

CONCLUSIÓN:

La prevalencia de sífilis gestacional en el Centro Hospitalario Pereira Rosell, en el año de la pandemia Covid-19 para el período marzo 2020- marzo 2021 fue de 27,5/1000 embarazadas, aumentando de forma significativa respecto al periodo previo.

A su vez se observó un aumento significativo del mal control del embarazo (52,5% vs 34,5%) ¹¹.

Es importante destacar que en su mayoría los diagnósticos fueron realizados de forma tardía.

También se observó un escaso tratamiento de las parejas sexuales (34,0%), manteniéndose un elevado porcentaje de pacientes con alto riesgo de padecer sífilis connatal no confirmada. Por otra parte se objetivó una disminución significativa de las reinfecciones en el embarazo (10,6% vs 26,1%) ¹¹.

Si bien no se puede afirmar cómo único determinante que estos resultados sean debido a la pandemia Covid-19, es ésta una posible consecuencia negativa para el sistema sanitario.

Destacándose que a pesar de la pandemia se mantuvo el acceso al tratamiento, por lo cual el aumento en la sífilis connatal no fue significativo.

AGRADECIMIENTOS:

Se agradece a la residente de neonatología Dr. M. J. Mattos por aportar los datos de su monografía, al personal del CHPR, a la Cátedra de Neonatología y a la señora Ana Pintos de archivos médicos por su colaboración en este estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1) Moraes M, De Maria M, Camacho S, et al. Sífilis connatal temprana. En: Pose Trujillo G, coordinador. Neonatología Temas prácticos. Montevideo: Vesailus; 2016. p84-89.
- 2) Korenromp EL, Rowley J, Alonso M, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. PLoS ONE. [internet]. 2019.[citado 2021 Jun 01]. 4(2). Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0211720>
- 3) Silveira, Mariangela F et al. Evolution towards the elimination of congenital syphilis in Latin America and the Caribbean: a multicountry analysis. Pan American journal of public health vol. 43 e31. 15 Mar. [internet]. 2019. (consultado 2021 jun 01). (43) 31. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50480>
- 4) Organización Panamericana de la Salud. Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis en las Américas. Actualización 2016. Washington D.C. 2016. [citado 2021 Jun 01]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34074>
- 5) Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC. Boletín sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina.[Internet]. Buenos Aires. 2019. [citado 2021 Jun 01]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-sobre-el-vih-sida-e-its-en-la-argentina-ndeg-36>
- 6) Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC. Boletín sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina.[Internet]. Buenos Aires. 2020. [citado 2021 Jun 01]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-presento-los-datos-del-nuevo-boletin-sobre-vih-y-enfermedades-de-transmision-sexual>
- 7) Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Sífilis.[Internet]. Brasília. 2019. [citado 2021 Jun 01]. Disponible en: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>
- 8) Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Sífilis. [Internet]. Brasília. 2020.. [citado 2021 Jun 01]. Disponible en: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-sifilis-2020>

- 9) Sequeira A, Canziani C, Amorín B, et al . Situación actual de la sífilis congénita en el departamento de Paysandú, años 2015-2019. Arch. Pediatr. Urug. [Internet]. 2020 Dic [citado 2021 Jun 01] ; 91(Suppl 2): 34-42. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492020000800034&lng=es. Epub 01-Dic-2020. <http://dx.doi.org/10.31134/ap.91.s2.4>.

- 10) Áreas programáticas: ITS-VIH/SIDA, Salud Sexual y Reproductiva. DIGESA. Ministerio de Salud Pública. INFORME AUDITORÍAS de SÍFILIS. Montevideo. 2018. [citado 2021 Jun 01]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/auditoria-sifilis>

- 11) Gonzales Y, Mattos MJ, Sobrero H, et al. Sífilis gestacional y congénita en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en los años 2018 y 2019, [Manuscrito no publicado], Cátedra de Neonatología Hospital Pereira Rossell, Universidad de la República. Uruguay

- 12) Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe: ESTRATEGIA DE MONITOREO REGIONAL. [Internet]. Washington D.C. 2010.[citado 2021 Jun 02] .Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9994>

- 13) Kotlar B, Gerson E, Petrillo S, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: a scoping review. Reprod Health [internet] (2021).18, 10 . Disponible en: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-021-01070-6>

- 14) Fryer K, Delgado A, Foti T, et al. Implementation of Obstetric Telehealth During COVID-19 and Beyond. Matern Child Health [internet].(2020) J 24, 1104–1110 .Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10995-020-02967-7>

- 15) Arando Lasagabaster M, Otero Guerra L. Sífilis. *Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed)*. [internet]. 2019;(consultado jun 02 2021) (37) 6: p398-404. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-sifilis-S0213005X19300072>

16) López Gómez A, Benia W, Alemán A, et al. Una década de sífilis gestacional y congénita en Uruguay: 2000-2009: [Internet]. Montevideo: CLAP/SMR; 2011.[citado 2021 Jun 02]. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Una%20d%C3%A9cada%20de%20s%C3%ADfilis%20gestacional%20y%20congenita%20en%20Uruguay%202000-2009.%20CLAP-OPS-OMS.%202011_0.pdf

17) Pinilla G, Campos L, Durán A, et al. Detección de *Treponema pallidum* subespecie *pallidum* para el diagnóstico de sífilis congénita mediante reacción en cadena de la polimerasa anidada. *Biomédica* [internet]. 2018 (consultado 2021 jun 01); (38) 1:128-135. Disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3740/3824>

18) Jáuregui H. Recomendaciones para el seguimiento y tratamiento de las Enfermedades de Transmisión Sexual. Comisión de SIDA y ETS SADI. [internet]. Buenos Aires: 2010, p 143. Disponible en: http://www.infectologia.edu.uy/images/stories/pdf/4_guias_clinicas/sitio_infeccion/ets/recomendaciones_ETSSADI_2010.pdf

19) Hussain SA, Vaidya R. Congenital Syphilis. StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; 2021 (consultado 2021 jun 01). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30725772/>

20) Guía clínica para la eliminación de la sífilis congénita y transmisión vertical del VIH. Ministerio de Salud Pública, Dirección general de la Salud, Área de salud Sexual y reproductiva Programa Nacional ITS-VIH/SIDA 2015 [Internet]. Montevideo. 2015 [citado 2021 Jun 02]. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Guia%20clinica%20prevencion%20sifilis%20congenita%20y%20transmision%20vertical%202015_1.pdf

21) Organización Panamericana de la Salud. Guía de la OMS sobre detección y tratamiento de la sífilis en embarazadas. [Internet]. Washington D.C. 2019. [citado 2021 Jun 01] . Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51791>

22) Cabrera, S Visconti, A. Recomendaciones de diagnóstico, tratamiento, prevención y vigilancia de las Infecciones de Transmisión Sexual, Ministerio de Salud Pública [Internet]. Montevideo, Uruguay. 2019. [citado 2021 Jun 01] . Disponible en:

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/recomendaciones-diagnostico-tratamiento-prevencion-vigilancia>

23) Aguirre R. Guías En Salud Sexual Y Reproductiva, Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. Ministerio de Salud Pública [internet]. Montevideo, Uruguay. 2014. [Citado 2021 Jun 03]. Disponible en: <https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/2014-Manual-Atenci%C3%B3n-Embarazo-Parto-y-Puerperio.pdf>

24) Fernández Borbón H, Cuní González V. Intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Rev Ciencias Médicas[Internet]. 2010 Sep [citado 2021 Nov 16];14(3): 8-13. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942010000300003&lng=es.

ANEXOS:Planilla para recolección de datos:

OBSERVACIONES						
FN de RN ____/____/____	CI DE RN					
NOMBRE del RN						
CI MADRE						
NOMBRE Y APELLIDO MATERNO						
ESCOLARIDAD	Primaria	CB	Secundaria	Terciaria	Analfabeto	
EDAD						
ESTADO CIVIL	Casada	Unión estable	Soltera	Otros		
GESTAS PREVIAS	Nulípara			1 o más		
ABORTOS	SI			NO		
ÓBITOS	SI			NO		
AP SÍFILIS	SI			NO		
	Tratamiento		Hijos tratados		Pareja tratada	
EMBARAZO BIEN CONTROLADO	Bien Calidad			Mal Calidad		
MAL CONTROLADO						
SIN CONTROL						
	VDRL + < 20 semanas (Títulos y fecha)			VDRL + > 20 semanas (Títulos y fecha)		

SÍFILIS ACTUAL	Dg por test Rápido		Tratamiento SI / NO
			Fecha: ____/____/____
	Pareja tratada SI / NO	Fin tto antes de las 4 semanas SI / NO	Control de títulos SI / NO
REINFECCIÓN	SI / NO	Tratamiento SI / NO	Pareja tratada SI / NO
TÍTULOS AL NACIMIENTO			
DIAGNÓSTICO AL PARTO	SI / NO		
TRATAMIENTO AL PARTO	SI / NO		
DIAGNÓSTICO POR TEST RÁPIDO	SI / NO		
OTRAS ITS			
EDAD GESTACIONAL (semanas)			
PESO AL NACER (gr)			
TALLA (cm)			
PERÍMETRO CRANEANO (cm)			
APGAR (interpretación)			
LUGAR DE INGRESO			
RN SINTOMÁTICO (aclarar signo)			
MOTIVO DE INGRESO			
VDRL de CORDÓN			
VDRL PERIFÉRICO			

TPHA	Reactivo	No Reactivo
TIPO DE TRATAMIENTO		
VDRL EN LCR		
HEMOGRAMA		
FUNCIONAL Y ENZIMOGRAMA HEPÁTICO		
RADIOGRAFÍA		
OTROS ESTUDIOS		
DÍAS AL ALTA		