






ARTÍCULO ORIGINAL

## Caracterización de embarazadas, puérperas y recién nacidos con serología reactiva

## Characterization of pregnant women, puerperae and newborns with reactive serology

Mónica de la Caridad Gómez-Galbán<sup>1,2</sup> , Vicente de Jesús Álvarez-Yabor<sup>1,2</sup> , Mayra Lozano-Lavernia<sup>1,2</sup> , Clara García-Lahera<sup>1,2</sup> , Erlinda Ricardo-Mora<sup>1,2</sup> 

<sup>1</sup>Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”, Las Tunas. <sup>2</sup>Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas, Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Zoilo Enrique Marinello Vidaurreta”, Las Tunas, Cuba. **Correspondencia a:** Mónica de la Caridad Gómez-Galbán, correo electrónico: galbanmonica1990@gmail.com

Recibido: 30 de agosto de 2019

Aprobado: 23 de octubre de 2019

### RESUMEN

**Fundamento:** recientemente se ha observado un resurgimiento de la sífilis en muchos países del mundo. En el hospital provincial de Las Tunas se constata un incremento de la incidencia de serologías reactivas en embarazadas.

**Objetivo:** caracterizar las embarazadas, puérperas y recién nacidos con serología reactiva, atendidos en el Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna” durante los años 2017 y 2018.

**Métodos:** se realizó un estudio descriptivo longitudinal prospectivo en la institución y periodo de tiempo definidos en el objetivo. Se incluyeron 107 pacientes, entre embarazadas, puérperas y recién nacidos, hijos de madres con serologías reactivas durante la gestación. Los datos fueron analizados según la estadística descriptiva.

**Resultados:** la mayor incidencia ocurrió en las embarazadas entre 15 y 30 años de edad, residentes en área rural y con nivel medio de enseñanza. El 36,4 % de las afectadas presentaron antecedentes de serología reactiva en embarazos anteriores. El 44,8 % se correspondieron a falsas biológicas positivas y el 55,2 % a sífilis gestacional. El 56 % de las pacientes con sífilis o falsa biológica positiva presentaron antecedentes patológicos personales de otra enfermedad. La relación entre los cónyuges y las pacientes notificadas con sífilis fue del 55,2 %. En cuanto a la serología postparto, el 43,8 % fueron reactivas. Los recién nacidos sin lesiones cutáneas y serología reactiva menor a la madre representaron el 74,3 %.

**Conclusiones:** se caracterizaron aspectos clínicos y epidemiológicos en embarazadas, puérperas y recién nacidos con serología reactiva.

**Palabras clave:** SÍFILIS; FALSO POSITIVO BIOLÓGICO; REACTIVA LA SEROLOGÍA; RECIÉN NACIDO.

**Descriptor:** SERODIAGNÓSTICO DE LA SÍFILIS; SEROLOGÍA; MUJERES EMBARAZADAS; RECIÉN NACIDO; PERIODO POSPARTO.

### ABSTRACT

**Background:** a re-emergence of syphilis has recently been observed in many countries of the world. At the provincial hospital of Las Tunas there is an increase in the incidence of reactive serologies in pregnant women.

**Objective:** to characterize the pregnant women, puerperae and newborns with reactive serology treated at the “Dr. Ernesto Guevara de la Serna” General Teaching Hospital during the years 2017 and 2018.

**Methods:** a prospective longitudinal descriptive study was carried out at the aforementioned institution and during the period herein declared. 107 patients were included: pregnant women and puerperae, as well as newborns of mothers with reactive serologies during pregnancy. The data were analyzed according to descriptive statistics.

Citar como: Gómez-Galbán MC, Álvarez-Yabor VJ, Lozano-Lavernia M, García-Lahera C, Ricardo-Mora E. Caracterización de embarazadas, puérperas y recién nacidos con serología reactiva. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2019; 44(6). Disponible en: <http://revzoiломarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1975>.



**Results:** the highest incidence occurred in pregnant women of the 15 to 30 age group, living in rural districts and with a medium level of education. 36,4 % of the affected ones had a history of reactive serology in previous pregnancies. 44,8 % corresponded to biological false positives and 55,2 % to gestational syphilis. 56 % of the patients with syphilis or false positive biology had a personal pathological history of another disease. The relationship between spouses and patients notified with syphilis was 55,2 %. As for postpartum serologies, 43,8 % were reactive. Newborns without skin lesions and minor reactive serology to the mother accounted for 74,3 %.

**Conclusions:** clinical and epidemiological aspects were characterized in pregnant women, puerperae and newborns with reactive serology.

**Key words:** SYPHILIS; BIOLOGICAL FALSE POSITIVE; REACTIVE SEROLOGY; NEWBORN.

**Descriptors:** SYPHILIS SERODIAGNOSIS; SEROLOGY; PREGNANT WOMEN; INFANT, NEWBORN; POSTPARTUM PERIOD.

## INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad infecciosa sistémica de transmisión sexual de evolución crónica con períodos asintomáticos, causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*. Cada año se reportan en el mundo millones de casos nuevos de sífilis. Durante el embarazo reviste gran importancia, debido a su transmisión vertical al producto de la gestación. <sup>(1-3)</sup>

La sífilis materna es responsable de abortos o mortinatos, recién nacidos con bajo peso o prematuros y miles de casos de sífilis congénita. Es pertinente mencionar que América Latina y el Caribe tienen la tasa de sífilis materna más alta que cualquier otra región, originando cada año de 164222 a 344331 casos de sífilis congénita. <sup>(2)</sup>

La sífilis es denominada la gran simuladora y tiene consecuencias sobre la salud de la mujer gestante y de su hijo. La sífilis gestacional es un importante problema de salud pública, porque puede precipitar el padecimiento de una condición crónica con consecuencias graves.

Se define como sífilis congénita (SC): todo niño, aborto o mortinato, cuya madre tiene evidencia clínica y con pruebas treponémicas o no, positiva o reactiva para sífilis durante la gestación, parto o puerperio, que no haya sido tratada o que haya sido tratada de forma inadecuada; así como todo neonato con prueba serológica reactiva, cuatro veces mayor a los títulos de la madre. También, por la presencia de una o varias manifestaciones clínicas sugestivas de sífilis congénita al examen físico y/o evidencias radiográficas, y/o resultado reactivo de una prueba treponémica o no treponémica. <sup>(4)</sup>

Para el diagnóstico se cuenta con pruebas serológicas: *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) y las no serológicas, que utilizan al propio *Treponema pallidum* como antígeno. En nuestro país se utiliza el test de VDRL, que es una prueba serológica no treponémica, que usa como antígeno a sustancias como la cardiolipina, la lecitina y que constituye el principal método para el diagnóstico de la sífilis.

Un resultado positivo no es sinónimo de infección e implica realizar la determinación cuantitativa y el estudio de anticuerpos específicos frente a los antígenos treponémicos. Las reacciones falsas positivas o biológicas, son aquellas reacciones

serológicas no treponémicas para la sífilis, que dan resultados positivos en ausencia de la enfermedad. <sup>(5)</sup> Para el tratamiento de la sífilis el antibiótico de elección es la penicilina benzatínica y para el recién nacido la penicilina cristalina. <sup>(6)</sup>

En el Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna", de Las Tunas, se ha constatado un incremento de la incidencia de serologías reactivas en embarazadas, puérperas y recién nacidos. Esta puede ser la manifestación de un problema que necesita ser investigado. En el presente trabajo se realiza un estudio descriptivo al respecto.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal prospectivo en el Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna" de la provincia de Las Tunas, en los años 2017 y 2018. Se estudiaron 107 pacientes atendidos en el servicio de dermatología, entre ellos: embarazadas, puérperas y recién nacidos con serologías reactivas. Las variables estudiadas fueron: la edad, el nivel de escolaridad, los antecedentes patológicos personales de otras enfermedades (APP), la procedencia, los antecedentes de serología reactiva y su diagnóstico en embarazos anteriores, la serología del cónyuge, la conclusión diagnóstica, la serología postparto de la madre y del recién nacido, la comparación entre la serología del recién nacido con respecto a la de la madre. Los datos se tomaron de fuentes primarias mediante el examen físico de las gestantes, puérperas y recién nacidos y de fuentes secundarias, como la historia clínica obstétrica.

Para el análisis de los datos se empleó la estadística descriptiva, expresados los resultados en números enteros y valores porcentuales.

A lo largo de toda la investigación se respetaron las normas éticas, propias de las investigaciones en salud.

## RESULTADOS

En la **tabla 1** del estudio se observa que el grupo de edades más afectado en las gestantes fue el de 15 a 30 años con un 71,4 %. El nivel de escolaridad que predominó fue el universitario con un 41,2 % y la procedencia rural con un 54,3 %.

**TABLA 1. Algunas variables epidemiológicas de las embarazadas con serología reactiva**

Variables	Nº	%
Grupo de edades		
15-30	76	71,4
31-45	31	28,6
Nivel de escolaridad		
Secundaria	29	27,1
Pre-universitario	34	31,7
Universidad	44	41,2
Procedencia		
Urbana	49	45,7
Rural	58	54,3

En relación con los antecedentes de serologías reactivas en embarazos anteriores, reflejados en la **tabla 2**, el 63,6 % de las gestantes no tuvieron antecedentes.

**TABLA 2. Antecedentes de serología reactiva en embarazos anteriores**

Antecedentes de serología reactiva	Nº	%
Si	39	36,4
No	68	63,6

Como se puede constatar en la **tabla 3**, el 55,2 % de gestantes fueron diagnosticadas con sífilis; para la sífilis temprana adquirida latente (STAL) 37,5 % de los casos y para la sífilis temprana adquirida sintomática (STeAS) un 17,7 %.

**TABLA 3. Conclusión diagnóstica**

Conclusión diagnóstica	Nº	%
Falsa biológica positiva	48	44,8
Sífilis temprana adquirida latente	40	37,5
Sífilis temprana adquirida sintomática	19	17,7

En la **tabla 4** se observa la comparación entre las serologías del recién nacido menor e igual a la madre en un 74,3 % y un 25,7 %, respectivamente. No existió ningún caso con cifras superiores a las de la madre.

**TABLA 4. Resultados de la serología posparto y del recién nacido**

Serología	Reactiva		Débil reactiva	
	Nº	%	Nº	%
Postparto (madre)	47	43,8	32	29,7
Del recién nacido				
Menor a la madre			79	74,3
Igual a la madre			28	25,7

Como se aprecia en la **tabla 5**, la serología del cónyuge fue reactiva en el 55,2 %.

**TABLA 5. Serología del cónyuge**

Resultado	Nº	%
Reactiva	59	55,2
No reactiva	48	44,8

## DISCUSIÓN

Al analizar el grupo de edades más afectado, 15 a 30 años, coincide con gran parte del periodo sexualmente más activo. Sin embargo, se evidencia el inicio temprano de las relaciones sexuales, donde existe con más frecuencia una conducta sexual irresponsable, a pesar de las orientaciones que se dan a las pacientes en las consultas prenatales. Estos datos concuerdan con los del estudio realizado por la Dra. Herrera en un área de salud de La Habana, donde predominó este grupo de edades <sup>(7)</sup> y el de Amador C y colaboradores, quienes coinciden en los grupos de edades afectados. <sup>(2)</sup>

De acuerdo con el nivel de escolaridad, los resultados evidencian como en el país se le da oportunidad de estudiar y superarse a todas las personas, por lo que este hecho no es determinante en el proceso salud-enfermedad en estos pacientes. La conducta personal ante las relaciones sexuales se convierte en un elemento concluyente, por encima de tener conocimientos sobre el tema.

Los resultados pueden variar en dependencia de los diferentes grupos poblacionales y la cultura, no solo de la conducta sexual y la educación. Las campañas contra las ITS deben ir encaminadas a la toma de conductas más responsables ante las relaciones sexuales, además del conocimiento que se tenga sobre las mismas. El mayor número de afectados residen en áreas rurales, que en nuestra provincia son abundantes.

La serología reactiva en embarazos anteriores no es causa determinante. En el estudio fue mayor el número de casos que no tenían este antecedente. Otras enfermedades o condiciones fueron las que originaron las serologías reactivas. No ocurrió así en

el trabajo de la Azevedo en Brasil, donde el 67 % de las serologías reactivas estuvieron en relación a los antecedentes de serología reactiva en embarazos anteriores.<sup>(8)</sup>

De acuerdo a la conclusión diagnóstica, se evidenció un mayor número de pacientes con sífilis. Estos resultados planteados son equivalentes al trabajo de Azevedo, donde las mujeres portadoras de sífilis adquirida diagnosticadas y notificadas en el puerperio ocuparon el mayor por ciento del estudio,<sup>(8)</sup> al igual que en el realizado por Cáceres en 2018, donde el 68 % de las gestantes se notificó en etapas de latencia.<sup>(9)</sup>

La sífilis congénita sigue constituyendo un problema relevante en el mundo, fundamentalmente en América Latina. A pesar de ser una enfermedad que se puede prevenir con una dosis de penicilina benzatínica, se estima que cada año más de 100 mil niños nacen con sífilis congénita.<sup>(10,13)</sup>

El mayor número de pacientes con sífilis se puede deber, entre otras causas, a: pérdida del temor a la enfermedad por el falso sentido de seguridad que brinda el tratamiento, aumento de las relaciones sexuales precoces, desconocimiento y acceso a los distintos tipos de métodos anticonceptivos, la no protección en contactos ocasionales, la promiscuidad, la reinfección de las embarazadas por los cónyuges no tratados, así y de estos con otras parejas sexuales infectadas y no tratadas.<sup>(11)</sup>

La sífilis durante el embarazo presenta riesgo de la infección fetal. Según la OMS, las manifestaciones clínicas de la enfermedad dependen de la antigüedad de la infección. Una mujer sifilítica embarazada transmite la enfermedad al feto a partir de las 18 semanas de gestación mediante la placenta y le causa, de esta forma, la sífilis congénita.<sup>(12)</sup>

Se calcula que el riesgo de transmisión al contacto con una lesión es de 30 %. La transmisión madre e hijo varía según el tipo de sífilis. La primaria o secundaria con un riesgo de 60 %, latente precoz de 40 % y latente tardía de 8 %.<sup>(8)</sup>

Para la detección de la enfermedad, los exámenes no treponémicos son pruebas de floculación cuantitativa y su valoración indica la actividad de la enfermedad, son utilizados en el acompañamiento del tratamiento. El VDRL es el examen más utilizado para la confirmación diagnóstica, pues presenta buena sensibilidad y especificidad, pudiendo permanecer reactivo incluso tras la cura de la infección.<sup>(12)</sup>

Son muy pocos los casos de sífilis gestacional que se diagnostican por las manifestaciones clínicas. La gran mayoría requiere del tamizaje prenatal mediante pruebas inmunológicas, que idealmente debe ser precoz y universal, para instaurar el tratamiento oportuno.<sup>(11)</sup>

El diagnóstico temprano, junto al tratamiento correcto, constituyen las premisas indispensables para la reducción de la incidencia de sífilis congénita,

está demostrado que el tratamiento óptimo para cualquier forma de sífilis continúa siendo la penicilina, que es altamente efectiva para tratar la sífilis gestacional y prevenir la congénita, lo cual es planteado por múltiples autores.<sup>(8,12)</sup>

De acuerdo con la serología postparto y del recién nacido, el mayor número estuvieron en los recién nacidos, con resultados serológicos menores que la madre y que no presentaron lesiones cutáneas, seguido de los que tuvieron resultados de serologías con iguales valores que la madre. Se debe aclarar que ninguna tuvo sífilis congénita. Fueron examinadas minuciosamente de conjunto con el servicio de neonatología.

A pesar de la tendencia actual al incremento de la sífilis durante el embarazo, en el presente estudio no se reportó ningún caso de sífilis congénita, resultado de la calidad de la atención primaria y secundaria que se les brindan a estos pacientes.

En otros estudios, como en el realizado por Cáceres, se observan cifras superiores, pero con tendencia a la disminución.<sup>(9)</sup> Álvarez en su estudio señala que, de 130 millones de nacimientos anuales en el mundo, 8 millones de infantes mueren antes de su primer cumpleaños y, de esos, tres millones lo hacen antes de su primera semana de vida; 3,3 millones son muertes fetales, muchas de las cuales se asocian a la infección treponémica, la gran mayoría de los casos en países en desarrollo.<sup>(3)</sup> A pesar de que en América Latina y el Caribe la cobertura de la atención prenatal es aceptable, mayor a 50 %, existen deficiencias en la detección y tratamiento de la sífilis materna.<sup>(10,12)</sup>

Por tratarse de una infección de transmisión sexual, fueron analizados los resultados de las VDRL del cónyuge y existió concordancia con la serología reactiva de sus parejas embarazadas. Pudiendo estar en relación con algunos casos a recaídas o reinfecciones o por fallas en la realización de las encuestas epidemiológicas. Lo cual podría evidenciar que el seguimiento que se está haciendo a las pacientes diagnosticadas y sus contactos sexuales no es el más adecuado. Estos resultados no coinciden con el estudio de la Dra. Herrera en La Habana, donde se destaca que el 75 % de los cónyuges tuvieron VDRL reactiva y sólo el 25 % del total estudiado fueron no reactivos.<sup>(2,7)</sup>

En resumen, en las serologías reactivas predominaron las gestantes entre 15 a 30 años, del área rural, con nivel de enseñanza universitario. Predominó el diagnóstico de sífilis, no existiendo ningún niño con sífilis congénita. Hubo relación directa entre los cónyuges y las pacientes notificadas con sífilis.


## AGRADECIMIENTOS

A todos los que contribuyeron de una forma u otra a la realización de este trabajo, en especial al Dr. Orlando Rafael Serrano Barrera, por el asesoramiento científico brindado y la revisión crítica de este manuscrito.


**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. Arévalo Castro OR, Suárez Pérez Y. Determinación de sífilis por método serológico en gestantes de la ciudad de Guayaquil. *Rev. Cubana Invest. Bioméd.* [revista en internet]. 2015 [citado 20 de agosto 2019]; 34(3): 224-236. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubinbio/cib-2015/cib153c.pdf>.
2. Amador Ahumada C, Lavalle MH, Villadiego Chamarro M. Sífilis gestacional: enfermedad de interés en salud pública, Córdoba-Colombia 2015. *Rev. Cuid.* [revista en internet]. 2017 [citado 20 de agosto 2019]; 8(1): 1449-58. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i1.350>.
3. Comunción Artieda A. Infecciones de transmisión sexual en el adolescente, lo que el pediatra de Primaria debe saber [en línea]. En: AEPap. Curso de Actualización Pediatría 2018. Madrid: Lúa Ediciones; 2018 [citado 20 de agosto 2019]. p. 201-207. Disponible en: [https://www.aepap.org/sites/default/files/201-207\\_infecciones\\_transmision\\_sexual.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/201-207_infecciones_transmision_sexual.pdf).
4. Sparling F. Sífilis. En: Tratado de medicina interna. La Habana: Ed. Pueblo y Educación; 1994. p. 345-367.
5. Santos Rosa C, Duarte González L, Álvarez de Luna FF. Revisión bibliográfica sobre la serología sistemática del embarazo normal. *Matronas Prof.* [revista en internet]. 2014 [citado 20 de agosto 2019]; 15(1): 33-40. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/revbiblioserologia-15-1.pdf>.
6. Fernández Hernández Baquero G, Ortiz González PR, Grillo Martínez R, Puertas Gómez J, Daniel Simón R, Cortes Hernández M, et al. *Dermatología*. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1986. p.305-306.
7. Herrera Gómez V, Rodríguez Domínguez L, Febles Tardío L, Gómez Cuervo J. Incidencia de la sífilis durante el embarazo. *Rev. Cubana Med. Gen. Integr.* [revista en internet]. 1997 [citado 20 de agosto 2019]; 13(4): 352-358. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251997000400006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000400006).
8. Azevedo Dantas L, Neves de Medeiros Jerônimo SH, Alves Teixeira G, Gabriel Lopes TR, Nascimento Cassiano A, Bittencourt Leite de Carvalho J. Perfil epidemiológico de sífilis adquirida diagnosticada y notificada en hospital universitario materno infantil. *Enfer. Glob.* [revista en internet] 2017 [citado 20 de agosto 2019]; 16(2): 217-245. Disponible en: <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.2.229371>.
9. Cáceres K. Situación epidemiológica de sífilis (CIE 10: A50-A53.9). Chile, 2016. *Rev. Chilena Infectol.* [revista en internet] 2018 [citado 29 de agosto 2019]; 35(3): 284-296 Disponible en: <http://revinf.cl/index.php/revinf/article/view/119>.
10. Torales G, Galarza P, Soto V. Diagnóstico y tratamiento de sífilis. Recomendaciones para los equipos de salud [en línea]. Argentina: Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación; 2019 [citado 29 de agosto 2019]. p. 4-34. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/guia-sifilis%20Argentina%202019.pdf>.
11. Álvarez Carrasco RI. Interpretación de las pruebas diagnósticas de sífilis en gestantes. *Rev. Peruana Ginecol. Obstet.* [revista en internet] 2018 [citado 29 de agosto 2019]; 64(3): 345-352. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6679502>.
12. Álvarez Hernández G, Salazar Arriola SA, Bocanegra Luna CS. Guía para el diagnóstico y manejo de la sífilis en el embarazo, y prevención de la sífilis congénita [en línea]. 1ª Ed. México: Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora; 2012 [citado 29 de agosto 2019]. p. 14-17. Disponible en: [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/normatividad/guia\\_diagnostico\\_manejo\\_sifilis\\_congenita.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/normatividad/guia_diagnostico_manejo_sifilis_congenita.pdf).
13. Fich Schilcrot F, Majluf Cáceres P, Perales Cartes J. Sífilis y gestación. *Med. Cután. Iber. Lat. Am.* [revista en internet]. 2017 [citado 29 de agosto 2019]; 45(3): 200-203 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2017/mc173f.pdf>.


**Declaración de autoría**

Mónica de la Caridad Gómez-Galbán  
 <https://orcid.org/0000-0001-5227-6904>


Participó en la concepción y diseño del artículo, recogida de los datos, análisis de los resultados. Elaboró las versiones originales y final.


Vicente de Jesús Álvarez-Yabor  
 <https://orcid.org/0000-0001-5468-0126>

Participó en la concepción y diseño del artículo, revisión de la bibliografía, análisis de los resultados, y la revisión de las versiones original y final.

Mayra Lozano-Lavernia  
 <https://orcid.org/0000-0002-0766-6345>

Participó en la recogida de los datos, el análisis de los resultados y la revisión de las versiones original y final.

Clara García-Lahera  
 <https://orcid.org/0000-0003-0734-7413> Participó en el análisis de los resultados y la revisión de las versiones original y final.

Erlinda Ricardo-Mora  
 <https://orcid.org/0000-0003-0427-9195> Participó en el análisis de los resultados y la revisión de las versiones original y final.

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](#), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores.