

ARTÍCULO ORIGINAL

Estudio epidemiológico de sífilis en embarazadas en un hospital bonaerense en el período 2010 - 2015

Catuogno, Franco^{1*}; Bellotti Cuevas, Florencia¹; Rosselli, Graciela Susana¹

¹ Servicio de Laboratorio Sector Inmunoserología, Hospital Interzonal General de Agudos "Evita", Lanús, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Contacto: Franco Catuogno. E-mail: fcatuogno158@gmail.com

Resumen

Las infecciones de transmisión sexual se encuentran entre las principales causas de enfermedad en el mundo, con consecuencias económicas, sociales y sanitarias de gran repercusión en muchos países. Una de ellas es la sífilis que puede afectar a la mujer embarazada y transmitirse al feto. Los objetivos de este trabajo fueron determinar la seroprevalencia en embarazadas con la prueba no treponémica positiva, la incidencia de sífilis gestacional, cuantificar las embarazadas con tres o más controles de esta prueba, y comparar el número de controles con el de partos asistidos. Se realizó un estudio descriptivo poblacional ecológico y retrospectivo desde enero 2010 hasta diciembre 2015. Se estudiaron todas las pacientes asistidas en el servicio de maternidad y controladas por pruebas no treponémicas en el sector de Inmunoserología del Laboratorio del Hospital General Interzonal de Agudos "Evita". En los 6 años estudiados se controlaron 16149 pacientes embarazadas, con una seroprevalencia de 3,91 %, una incidencia de sífilis gestacional de 2,36 % (2012 - 2015) y un porcentaje de embarazadas con tres o más controles de 3,61 %. Se registraron 16246 partos, notándose mayor cantidad de partos que controles por embarazo. Se observaron altos valores de prevalencia de pruebas no treponémicas positiva y de incidencia de sífilis gestacional. También se obtuvo un porcentaje bajo de embarazadas que cumplieron con el control trimestral de su estatus serológico de anticuerpos para sífilis y una gran cantidad de partos en el hospital que no se controlaron en nuestro laboratorio. Estos resultados resaltan la importancia de concientizar a nivel poblacional sobre esta enfermedad de transmisión sexual, haciendo hincapié en embarazadas.

Palabras clave: sífilis, sífilis gestacional, sífilis congénita, VDRL.

Abstract

Sexual transmission infections, including syphilis, are among the main causes of illness in the world, with economic, social and sanitary consequences of great repercussion in many countries. Syphilis can affect pregnant women and be transmitted to the fetus. The aims of this study were to determine the seroprevalence in pregnant women with positive non-treponemal test, to determine the incidence of gestational syphilis, to quantify the pregnant women with three or more controls of this test, and to compare the number of controls with that of assisted childbirths. An ecological and retrospective population descriptive study from January 2010 until December, 2015 was performed. The study included all the patients assisted in the maternity service and controlled by non-treponemal tests in the Immunoserology Sector of the Laboratory of the Hospital General Interzonal de Agudos "Evita", Buenos Aires, Argentina. In the 6 years studied, 16,149 pregnant patients were controlled, with a seroprevalence of 3.91 %, an incidence of gestational syphilis of 2.36 % (2012 - 2015) and a percentage of pregnant women with three or more controls of 3.61 %. A total of 16,246 childbirths were recorded, being evident a higher number of childbirths than pregnancy controls. We observed high values of predominance of positive non-treponemal tests and of incidence of gestational syphilis. There was also a low percentage of pregnant women who did not attend the quarterly control of their serological status of antibodies for syphilis and a large number of childbirths in the hospital that were not controlled in our laboratory. These results highlight the importance of creating conscience in the population on this sexually transmitted disease, especially in pregnant women.

Key words: syphilis, gestational syphilis, congenital syphilis, VDRL.

Introducción

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) se encuentran entre las principales causas de enfermedad en el mundo, con consecuencias económicas, sociales y sanitarias de gran repercusión en muchos países¹. Una de ellas es la sífilis que es una enfermedad exclusivamente humana producida por la infección con la bacteria *Treponema pallidum*, subespecie *pallidum*². Se define caso de sífilis gestacional a toda mujer embarazada, puérpera o con aborto reciente con evidencia clínica (úlceras genitales o lesiones compatibles con sífilis secundaria) y/o prueba treponémica (incluido prueba rápida) o no treponémica positiva o reactiva, que no ha recibido tratamiento o tratamiento adecuado para la sífilis durante la presente gestación³. Las mujeres embarazadas infectadas por sífilis pueden transmitir la infección al feto (sífilis congénita), lo cual provoca resultados adversos graves para el embarazo en un 80 % de los casos. La cifra estimada de embarazos afectados es de dos millones cada año; de éstos, alrededor de un 25 % termina en muerte fetal o aborto espontáneo y en otro 25 % el recién nacido presenta bajo peso al nacer o infección grave, dos factores asociados con un mayor riesgo de muerte perinatal⁴.

La confirmación de infección sífilítica sólo se puede obtener con dos pruebas, una no treponémica, por ejemplo la denominada *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL) y otra treponémica. Éstas se deben realizar durante el primer trimestre de embarazo o durante la primera consulta prenatal. En lugares de alta prevalencia o en pacientes de alto riesgo y grupos vulnerables se recomienda repetir las pruebas a las 28 semanas del embarazo y en el momento del parto³. Es por esto que, dado la alta prevalencia en nuestro país, se aconseja realizar como mínimo tres controles del estatus serológico de sífilis durante el embarazo, considerando un embarazo bien controlado aquel en el que se realiza un control trimestral.

En un estudio realizado por el Ministerio de Salud de la Nación entre junio de 2010 y mayo de 2011 se informó para una población de 6711 puérperas 133 pruebas no treponémicas (PNT) positivas lo que equivale a una prevalencia de embarazadas con PNT positiva de 1,98 %, valor que se redujo a 1,32 % para los casos de sífilis gestacional confirmados con pruebas treponémicas (PT). Para la región del conglomerado del Gran Buenos Aires el valor informado fue de 1,17 %. En cuanto a América Latina y el Caribe la mediana de seroprevalencia de sífilis en embarazadas reportada es de 3,9 %, con un rango de 0,7 % al 7,2 % (se calcula que nacen anualmente más de 164.000 niños con sífilis congénita)⁵. En nuestro hospital, según un estudio realizado por el servicio de Maternidad en el período de enero 2013 a junio 2014, la prevalencia de puérperas con resultado positivo para la VDRL fue 2,1 %⁶.

En regiones o países, inclusive áreas de ciudades, con acceso a una cobertura eficiente de atención primaria de la salud y un buen nivel sociocultural, que permite la existencia y la adhesión a programas de prevención, la sífilis es erradica-

ble. Grupos poblacionales con niveles socioeconómicos por debajo del índice de pobreza, asociado a un difícil acceso a la atención médica, o grupos asociados al consumo de drogas, mantienen tasas de incidencia de sífilis significativas.

El control de sífilis no depende, entonces, sólo de un componente médico. Se requiere de recursos de diagnóstico, tratamiento de altísima eficiencia y costos abordables por cualquier sistema de salud del mundo pero lo que es realmente imprescindible es la solución de problemas sociales básicos².

Los objetivos planteados fueron determinar para el período comprendido entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2015: la seroprevalencia en embarazadas con VDRL positiva, la incidencia de sífilis en embarazadas, el porcentaje de embarazadas con tres o más controles de VDRL y la cantidad de pacientes que se controlaron por VDRL en nuestro laboratorio y que tuvieron parto en nuestro Hospital.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo poblacional ecológico y retrospectivo desde el 1 de enero del 2010 hasta el 1 de diciembre del 2015. La población de estudio fueron todas las pacientes atendidas por el servicio de maternidad que se controlaron por VDRL en el sector de Inmunoserología del Laboratorio del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) "Evita". La información se obtuvo utilizando el Reporteador del Sistema Informático de Laboratorio Hexalis V2. Se filtraron los estudios de VDRL solicitados por el servicio de Maternidad del hospital desde el 1 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2015. Se revisaron los 21798 pedidos de VDRL solicitados por el servicio de Maternidad en los 6 años para excluir del total a los controles repetidos a una misma paciente embarazada, las VDRL pedidas a pacientes masculinos (el servicio de maternidad las solicita a las parejas de embarazadas con resultados positivos de VDRL) y aquellos casos en que se mandó a repetir la extracción. De esta manera, la población estudiada se redujo a un número de 16149 pacientes embarazadas. Se determinó la cantidad de embarazadas con resultado positivo en el estudio de VDRL para cada uno de los 6 años y con estos datos se calculó la prevalencia correspondiente a cada año y al total de los 6 años.

Para calcular la incidencia de sífilis se definió como caso nuevo a aquellas embarazadas con prueba treponémica positiva por primera vez. Esto se debe a que la prueba treponémica se utiliza para confirmar el diagnóstico de la enfermedad por lo que sólo se realiza en aquellos pacientes que tienen un primer resultado positivo de VDRL. En los pacientes que ya tienen diagnosticada la sífilis sólo se determina la VDRL para monitorear el tratamiento de la enfermedad. Para el cálculo de incidencia se excluyeron los años 2010 y 2011 ya que en esa época no se realizaba la prueba treponémica a todas las VDRL positivas sin antecedentes, sino que se esperaba a que el médico solicitara la determinación. Una vez determinada la cantidad de pacientes embarazadas

con VDRL positiva por año, se investigó el histórico de cada paciente desde el Hexalis V2 en busca de resultados de la prueba treponémica. La prueba treponémica utilizada en nuestro laboratorio es la determinación de anticuerpos por Inmunoensayos de Quimioluminiscencia y se lleva a cabo en el Architect I-1000 de Abbott Diagnostics.

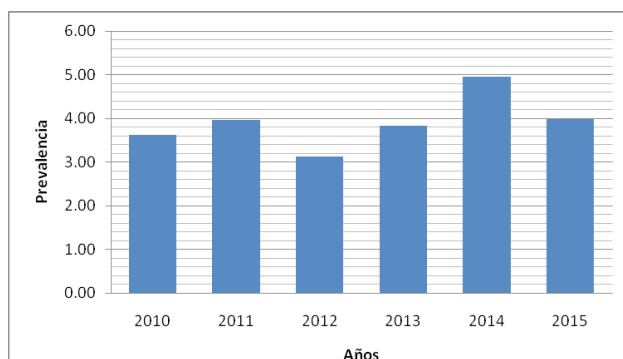
Se clasificaron las 16149 embarazadas según la cantidad de controles de VDRL realizados en un mismo embarazo (uno, dos, tres, cuatro o cinco). Se definió embarazo controlado a todo aquel en el que se realizó como mínimo un control trimestral, considerando como embarazadas bien controladas a aquellas con tres o más controles durante la gestación. Por último se recurrió al Departamento de Estadísticas del hospital para obtener los datos de la cantidad de partos en cada uno de los 6 años y poder compararlos con la cantidad de embarazadas controladas por VDRL en nuestro laboratorio obtenida desde el Reporteador del Hexalis V2.

Resultados

La prevalencia de embarazadas con VDRL positivas calculada para los 6 años fue de 3,91 %. En la tabla I se muestra la cantidad de pacientes controladas por año con el resultado de VDRL y la prevalencia correspondiente. El año con menor prevalencia fue el 2012 (3,12 %) mientras que el año con mayor prevalencia fue el 2014 (4,95 %) seguido por un descenso para el año 2015 (3,98 %). En la figura 1 se esquematiza mediante un histograma la evolución de esta prevalencia durante los 6 años estudiados.

El segundo objetivo planteado fue determinar la incidencia de sífilis en embarazadas. Para esto se determinó el porcentaje de embarazadas con prueba treponémica (PT) positiva para cada año desde 2012 hasta 2015 (ya que previo al 2012 no se le realizaba directamente la PT a todas las VDRL positivas). Se investigó el histórico de cada paciente con VDRL positiva en busca de resultados de la PT. En base a esta información se clasificó a cada paciente como caso nuevo (PT positiva en ese año), caso ya diagnosticado (PT positiva en años previos), caso sin sífilis (PT negativa) o

Figura 1. Evolución de la prevalencia de embarazadas con VDRL positiva.



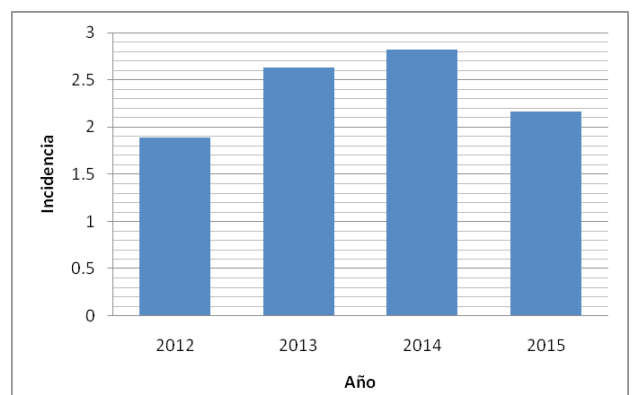
► La prevalencia para cada año es: 2010 - 3.62%, 2011 - 3.96%, 2012 - 3.12%, 2013 - 3.83%, 2014 - 4.95% y 2015 - 3.98%.

Tabla I. Prevalencia de embarazadas con VDRL positivas.

AÑO	PACIENTES CONTROLADAS	VDRL NEGATIVAS	VDRL POSITIVAS	PREVALENCIA
2010	2209	2129	80	3,62
2011	2881	2767	114	3,96
2012	3075	2979	96	3,12
2013	2582	2483	99	3,83
2014	2766	2629	137	4,95
2015	2636	2531	105	3,98
TOTAL	16149	15518	631	3,91

► Se muestran para cada año (2010 a 2015) la cantidad de embarazadas controladas por VDRL, la cantidad con resultado negativo y positivo y la prevalencia (%).

Figura 2. Evolución de incidencia de sífilis en embarazadas en el período 2012 - 2015.



► La incidencia para cada año es: 2012 - 1.89 %, 2013 - 2.63 %, 2014 - 2.82 % y 2015 - 2.16 %.

Tabla II. Incidencia de Sífilis en embarazadas en el período 2012 - 2015.

AÑO	Pacientes	VDRL (+)	Casos nuevos: PT (+)	Casos ya diagnosticados	No sífilis: PT (-)	SIN PT	Incidencia
2012	3075	96	58	12	8	18	1,89
2013	2582	99	68	15	4	12	2,63
2014	2766	137	78	20	7	32	2,82
2015	2636	105	57	28	6	14	2,16
Total	11059	96	261	75	25	76	2,36

► Se muestra para cada año el total de pacientes controladas por VDRL, la cantidad de embarazadas con VDRL positiva y la Incidencia (%). Se clasifica el total de embarazadas con VDRL positivas según la Prueba Treponémica (PT): si es un caso nuevo, si es un caso ya diagnosticado (prueba treponémica realizada con anterioridad), si no es un caso de sífilis (PT negativa, por lo que la VDRL era un falso positivo) y pacientes que a pesar de tener VDRL positiva no se les realizó la prueba treponémica (Sin PT).

caso sin PT (pacientes con antecedentes de VDRL positiva pero sin datos de PT). En la tabla II se muestra de manera resumida la incidencia de sífilis en embarazadas para cada año, desde el 2012 hasta el 2015. Considerando una población total de 11059 pacientes para los 4 años se calculó una incidencia total de 2,36 %. En la figura 2 se muestra la evolución de la incidencia de sífilis en embarazadas en este período. El comportamiento es similar al de la prevalencia de embarazadas con VDRL positivas que se muestra en la figura 1. Vemos un mínimo en el 2012 (1,89 %) con un aumento hacia el 2014 (2,82 %) y un posterior descenso al 2015 (2,16 %). Para determinar la cantidad de pacientes con embarazo controlado se buscó en cada año cuántas pacientes tenían realizada la VDRL más de una vez. Se clasificó a las embarazadas según tuvieran realizada una, dos, tres, cuatro o cinco determinaciones de VDRL en un mismo embarazo para conocer la cantidad de embarazos bien controlados. Se consideró un embarazo bien controlado aquel que realizó

como mínimo un control trimestral durante la gestación, lo que equivale a tres o más mediciones de VDRL. En la tabla III se muestran los resultados obtenidos.

De las 13049 embarazadas controladas por VDRL en nuestro laboratorio sólo el 3,61 % se realizó los controles trimestrales. El año con menor % de embarazos controlados fue el 2010 (1,45 %) aumentando hacia el 2012 (5,69 %) y con un valle en el 2014 (2,10 %) que luego volvió a aumentar en el 2015 (3,61 %). Esta evolución a través de los 6 años se muestra gráficamente en la figura 3.

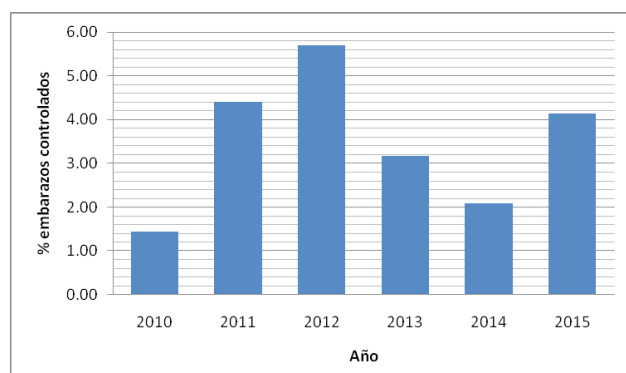
En este caso el comportamiento del histograma es opuesto al observado en las figuras 1 y 2. En la figura 4 se muestra la evolución de los resultados obtenidos en las 3 experiencias anteriores. En 2012 se observa un punto mínimo para la prevalencia de embarazadas con VDRL positivas y la incidencia de sífilis gestacional mientras que para los embarazos controlados se observa un pico. En cambio, el 2014 se observa un pico para el estudio de prevalencia e incidencia mientras que para el de los embarazos controlados se observa un valle, cambiando la situación hacia el 2015 en los tres casos.

El cuarto y último objetivo planteado fue comparar los datos obtenidos en el Sistema Informático de Laboratorio Hexalis V2 con los datos de partos registrados en nuestro hospital por el Departamento de Estadísticas. En los 6 años el laboratorio controló a 16149 embarazadas con la determinación de VDRL mientras que el Departamento de Estadísticas registró 16246 partos. En la tabla IV se muestran la cantidad de embarazadas controladas con VDRL y la cantidad de partos para cada año. Se calculó la diferencia entre embarazadas controladas y partos registrados por año. Se muestran con valor negativo los casos en que se registraron más partos que embarazos controlados por VDRL y con valor positivo los casos en que se registraron más embarazos controlados que partos.

En los años 2010, 2011 y 2013 se registraron más partos que embarazos controlados por VDRL. Al sumar las diferencias calculadas para estos años se llega a un valor de 1356. Este valor podría interpretarse como que en los 6 años de estudio hubo 1356 pacientes embarazadas que tuvieron su parto en nuestro hospital sin ser controladas por VDRL, pero para esto habría que identificar a cada paciente con nombre, apellido y DNI.

Por otro lado, en los años 2012, 2014 y 2015 la situación fue la opuesta. Se encontraron valores mayores para la cantidad de embarazadas que se controlaron la VDRL en nuestro laboratorio que para la cantidad de partos registrados por el Departamento de Estadísticas de nuestro hospital. Al sumar las diferencias calculadas para estos años se llegó a un valor de 1259. Este valor se podría interpretar como que durante los 6 años estudiados 1259 pacientes embarazadas se controlaron por VDRL en nuestro laboratorio sin tener su parto en nuestro hospital, pero otra vez debería conocerse la identidad de cada paciente para confirmarlo.

Figura 3. Evolución de embarazos bien controlados de 2010 a 2015.



► El porcentaje correspondiente a cada año es: 2010 - 1.45%, 2011 - 4.41%, 2012 - 5.69%, 2013 - 3.18%, 2014 - 2.10%, 2015 - 4.14%.

Tabla III. Cantidad de embarazadas según cantidad de controles de VDRL por embarazo de 2010 a 2015.

	Controles de VDRL por embarazada						Embarazos controlados (%)
	1	2	3	4	5	≥ 3	
2010	1917	260	29	3	0	32	1,45
2011	2242	512	106	20	1	127	4,41
2012	2273	627	154	18	3	175	5,69
2013	2152	348	70	11	1	82	3,18
2014	2377	331	52	4	2	58	2,10
2015	2088	439	95	12	2	109	4,14
Total	13049	2517	506	68	9	583	3,61

► Se muestra el n de embarazadas por año que se realizó 1, 2, 3, 4 ó 5 controles. Se agruparon los embarazos con tres o más controles en la anteúltima columna y en la última se muestra el porcentaje de embarazos controlados [mínimo un control trimestral].

Discusión

El valor obtenido para la prevalencia de embarazadas con VDRL positiva fue de 3,91 %. El servicio de Maternidad de nuestro hospital realizó un estudio de seroprevalencia de VDRL positiva en púerperas en el período de enero 2013 a junio 2014 obteniendo un valor de 2,1%⁶. En este trabajo se obtuvieron valores bastante superiores para ese período. Se debe tener en cuenta que dentro de los 6 años de estudio se incluye el año 2015 en el que los servicios de Maternidad y Neonatología de nuestro hospital estuvieron cerrados por refacciones, limitados a atender casos de urgencia. Estas circunstancias se deben tener en cuenta en el análisis de los resultados obtenidos para ese año.

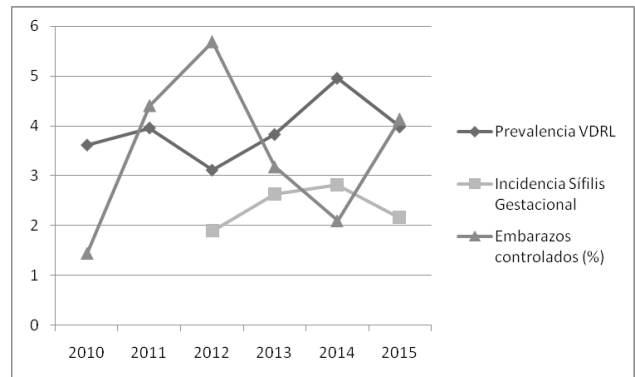
Se encontró una prevalencia de 3,83 % en el 2013 y de 4,95 % en el 2014. Hay que tener en cuenta que el trabajo del servicio de Maternidad incluía sólo a las embarazadas que tuvieron el parto en nuestro hospital mientras que la población de estudio del presente trabajo contempló a todas las embarazadas controladas en el hospital incluyendo aquellas que tuvieron el parto en otros centros de salud.

El Ministerio de Salud de la Nación determinó un valor de prevalencia en púerperas de 1,98 % para el período de junio 2010 a mayo 2011⁵. En el presente trabajo se obtuvo una prevalencia de 3,62 % para el 2010 y 3,96 % para el 2011. En este caso ocurre lo mismo que en el anterior. Los valores obtenidos son mayores al publicado previamente pero en el estudio del Ministerio de Salud de la Nación la población de estudio sólo abarcó púerperas con nacidos vivos, excluyendo aquellas con mortinatos, diferenciación que no se llevó a cabo en el presente trabajo.

Las pacientes con serología positiva para sífilis previa al embarazo no se consideran casos de sífilis gestacional debido a que la infección no se adquirió durante el período de gestación. Fue por esto que se propuso como segundo objetivo determinar la incidencia de la enfermedad, diferenciando de esta manera a las pacientes con debut de serología positiva durante el embarazo. La incidencia se calculó para el período 2012 - 2015 obteniendo un valor de 2,36 %. Si bien no se encontró bibliografía con datos de incidencia el valor se considera alto por ser mayor que los datos de prevalencia publicados en los trabajos encontrados.

El análisis de la cantidad de embarazos controlados en los 6 años dio como resultado un valor de 3,61 %. Se recuerda que se definió como embarazo controlado a todo aquel con un mínimo de tres controles de VDRL durante la gestación. Conociendo el dato de que tanto el país como la Provincia de Buenos Aires son considerados con alta prevalencia de sífilis, el control trimestral debería realizarse a todas las pacientes embarazadas. Incluso hoy en día se recomienda controlar a las parejas sexuales de las embarazadas. Teniendo en cuenta todo esto, se puede afirmar que el porcentaje de embarazos controlados obtenido fue muy bajo. Vale destacar que este valor puede estar sujeto a casos de pacientes embarazadas que no realizan todos sus controles en nuestro hospital sino que también se atienden en otros centros de salud de la zona.

Figura 4. Comparación de la evolución de los tres estudios.



► Se graficaron curvas para mostrar la evolución de 1) La prevalencia de embarazadas con VDRL positiva [curva con rombos], 2) La incidencia de sífilis gestacional [curva con cuadrados] y 3) El porcentaje de embarazos controlados [curva con triángulos].

Tabla IV. Comparación de los datos del Laboratorio con los del Departamento de Estadísticas.

AÑO	VDRL -Hexalis-	Partos -Dpto. Estadísticas-	Diferencia
2010	2209	3211	-1002
2011	2881	2989	-108
2012	3075	2869	206
2013	2582	2828	-246
2014	2766	2754	12
2015	2636	1595	1041
TOTAL 6 AÑOS	16149	16246	----

► Se muestra para cada año la cantidad de pacientes embarazadas controladas por VDRL en nuestro laboratorio (columna "VDRL -Hexalis-") con la cantidad de partos registrados en nuestro hospital por el Departamento de Estadísticas (columna "Partos -Dpto. Estadísticas-"). En la última columna se calculó la diferencia de valores para cada año. Entiéndanse los valores positivos como aquellos años en los que se registraron más pacientes embarazadas controladas por VDRL que partos y los valores negativos como los años en los que se registraron más partos que embarazadas controladas por VDRL.

Si comparamos la evolución de los tres estudios anteriores a través de los años (figura 4) se puede observar como la prevalencia de embarazadas con VDRL positiva y la incidencia de sífilis gestacional eran bajas en el 2012 y aumentaron hacia el 2014 dando un pico. En cambio, para el porcentaje de embarazos controlados se observó el comportamiento inverso: un valor alto en el 2012 disminuyendo hacia el 2014. Se cree que la disminución en el control de los embarazos en el 2014 puede ser la causa del aumento en

la prevalencia e incidencia observado. Si bien en el 2015 se evidencia un cambio en el comportamiento de las tres curvas, hay que tener en cuenta que en ese año el servicio de Maternidad de nuestro hospital estuvo cerrado. Los valores observados para el 2015 podrían estar afectados por esta variable pudiendo ser esta la causa del cambio del comportamiento en ese año para las tres curvas.

En la comparación de los datos registrados por el laboratorio con los del Departamento de Estadísticas se halló que hubo 1259 más casos de pacientes embarazadas que recurrieron a nuestro laboratorio a realizarse el control de la VDRL que de pacientes que tuvieron su parto en nuestro hospital. Si se presta atención a la tabla IV se puede ver que de los 1259 casos 1041 se dieron en el 2015, año en el que el servicio de Maternidad estaba cerrado. El hecho de que el laboratorio continuara realizando controles de VDRL tanto a pacientes internadas como de consultorio externo explicaría este resultado.

En este estudio también se encontró que hubo 1356 más casos de partos en nuestro hospital que los casos de embarazadas controladas por VDRL en el laboratorio. Se asume que estos casos se deben a las embarazadas que se controlan en las unidades sanitarias próximas al hospital y recurren a este sólo a tener el parto. Se sabe que el servicio de Maternidad no les da el alta a las pacientes post parto si no tienen un control de VDRL en el último mes. Esto contribuye a la teoría de que todas las pacientes atendidas al momento del parto deberían tener un control de VDRL ya sea hecho en nuestro hospital o fuera. Por lo tanto se podría asumir que los 1356 casos corresponden a las pacientes controladas en las unidades sanitarias vecinas.

Finalmente se pudieron cumplir los objetivos planteados obteniendo valores de prevalencia de embarazadas con VDRL positiva (3,91 %) y de incidencia de sífilis gestacional (2,36 %) altos y un porcentaje de embarazos bien controlados (3,61 %) bajo. Además se vio un gran número de partos en nuestro hospital sin datos de VDRL de nuestro laboratorio (1356). Estos resultados nos alarman y nos demuestran la importancia de continuar trabajando en la concientización de la población en general y principalmente en embarazadas para prevenir las enfermedades de transmisión sexual y vertical.

Agradecimientos

Se agradece a la Técnica de Análisis Clínicos por colaborar con la descarga de los resultados de pruebas treponémicas del Reporteador del Sistema Informático de Laboratorio. También se agradece a la Jefa de Residentes y a los compañeros de residencia por hacer la revisión del trabajo.

Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud, Unidad VIH/SIDA. Hoja informativa sobre sífilis congénita. Washington, D.C., febrero de 2004. Hallado en: http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/sifilis_cong_hi.pdf.
2. De Torres. Treponema. Basualdo. Microbiología biomédica. Segunda edición. Buenos Aires: Editorial Atlanta; año 2006. Capítulo 44.
3. Ministerio de Salud de la Nación. Sífilis congénita. Informe técnico. Área de epidemiología. Región sanitaria II. 2013. Hallado en: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/region sanitaria2/files/2012/09/Sifilis-congenita-2013.pdf>
4. Valderrama Julia, Eliminación de sífilis congénita en América Latina y el Caribe: Marco de referencia para su implementación, OPS, Washington DC, 2005. Hallado en: <http://www1.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/EliminaSifilis-LAC.pdf>.
5. Seroprevalencia en puérperas de Argentina. MSN, OPS, OMS, UNFPA y UNICEF. VIH y Sífilis. Argentina: Editado por el MSN; Diciembre 2012. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/VIH_Sifilis_Web.pdf
6. Hospital - - - -. Jornadas Científicas LXIII Aniversario. Volumen 63. Hospital - - - -. 24 al 29 de agosto 2015. Disponible en: https://issuu.com/hospital- - - - /docs/2015-libro_de_jornadas