

*Unidad de Medicina Familiar (UMF) Número 16, Mexicali, Baja California. México. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). **Docente en Universidad Autónoma de Baja California (UABC), Facultad de Medicina Mexicali. ***Coordinación Auxiliar Médica de Educación en Salud, OOAD Regional Baja California, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). **** Coordinación Auxiliar Médica de Investigación en Salud, OOAD Regional Baja California, IMSS. *****Médico Familiar adscrita a UMF Número 26 del IMSS. *****Docente en el Instituto Tecnológico Nacional de México (TecNM), Campus Mexicali, Baja California.

Autor de Correspondencia:

Dra. María Elena Haro Acosta.

Correo electrónico: eharo@uabc.edu.mx

Recepción: 06-04-2024

Aceptación: 09-05-2024

El presente es un artículo open access bajo licencia: **CC BY-NC-ND** (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Responsabilidades éticas

Este trabajo fue aprobado por el Comité Local de investigación. Los pacientes firmaron el consentimiento informado con previo conocimiento de la investigación.

Financiación

No se recibió financiamiento alguno para realizar este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Características clínico-epidemiológicas de la sífilis gestacional en una población de Baja California, México

Clinical-Epidemiological Characteristics of Gestational Syphilis in a Population from Baja California, Mexico

Características clínico-epidemiológicas da sífilis gestacional em uma população da Baixa Califórnia, México

Yodeli Yareth Espinosa López, * Madtie de León Aldaba,* María Elena Haro Acosta,** Javier Carmona Mota,*** Carmen Gorety Soria Rodríguez,**** Diana Leticia Cervantes Ramírez,***** Rafael Iván Ayala Figueroa.*****

DOI: 10.62514/amf.v26i4.69

Resumen

Objetivo: Determinar las características clínico-epidemiológicas de la sífilis gestacional en una población de Baja California, México. **Métodos:** Estudio retrospectivo de una base de datos de mujeres embarazadas con diagnóstico de sífilis gestacional adscritas al Órgano de Operación Adscrita Desconcentrada de Baja California del Instituto Mexicano del Seguro Social en el periodo 2019-2022. Se seleccionaron 128 expedientes de embarazadas con diagnóstico de sífilis gestacional mediante un muestreo no probabilístico tipo censal, de los cuales se excluyeron 33 expedientes por información incompleta. Las variables estudiadas fueron: sociodemográficas, clínicas y de tratamiento. **Resultados:** Se integró una muestra de 95 pacientes con diagnóstico de sífilis gestacional. Predominaron: escolaridad secundaria (57.9%), estado civil solteras (67.4%). Al 63.2% de las pacientes se les detectó la enfermedad durante el primer trimestre de embarazo; el tratamiento recibido fue con penicilina. **Conclusiones:** La detección y el tratamiento de la sífilis en las primeras etapas del embarazo se asocian con una menor incidencia de sífilis congénita, parto prematuro, bajo peso al nacer, muerte fetal y muerte neonatal.

Palabras clave: Sífilis congénita, Complicaciones del embarazo, Mujeres embarazadas.

Abstract

Objective: To determine the clinical-epidemiological characteristics of gestational syphilis in a population from Baja California, Mexico. **Methods:** Retrospective study of a database of pregnant women with a diagnosis of gestational syphilis assigned to the *Deconcentrated Attached Operation Body of Baja California of the Mexican Social Security Institute* in the period 2019-2022. 128 records of pregnant women with a diagnosis of gestational syphilis were selected through census-type non-probabilistic sampling, of which 33 records were excluded due to incomplete information. The variables studied were: *sociodemographic, clinical and treatment*. **Results:** A sample

of 95 patients with a diagnosis of gestational syphilis was integrated. The following predominated: secondary education (57.9%), single marital status (67.4%). The disease was detected in 63.2% of the patients during the first trimester of pregnancy; the treatment received was with penicillin. **Conclusions:** Detection and treatment of syphilis in early pregnancy is associated with a *lower incidence of congenital syphilis, preterm birth, low birth weight, stillbirth, and neonatal death*.

Keywords: Syphilis Congenital, Pregnancy Complications, Pregnant Women

Resumo

Objetivo: Determinar as características clínico-epidemiológicas da sífilis gestacional em uma população da Baixa Califórnia, México. **Métodos:** Estudo retrospectivo de um banco de dados de gestantes com diagnóstico de sífilis gestacional lotadas no Corpo de Operação Anexo Desconcentrado da Baixa Califórnia do Instituto Mexicano de Seguridade Social no período 2019-2022. Foram selecionados 128 prontuários de gestantes com diagnóstico de sífilis gestacional por meio de amostragem não probabilística do tipo censitária, dos quais 33 prontuários foram excluídos por informações incompletas. As variáveis estudadas foram: sociodemográficas, clínicas e de tratamento. **Resultados:** Foi integrada uma amostra de 95 pacientes com diagnóstico de sífilis gestacional. Predominaram: ensino médio (57,9%), estado civil solteiro (67,4%). A doença foi detectada em 63,2% das pacientes durante o primeiro trimestre de gestação; O tratamento recebido foi com penicilina. **Conclusões:** A detecção e o tratamento da sífilis no início da gravidez estão associados a uma menor incidência de sífilis congénita, parto prematuro, baixo peso ao nascer, natimorto e morte neonatal.

Palavras-chave: Sífilis Congénita, Complicações na Gravidez, Gestantes

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que aproximadamente 374 millones de personas contraen alguna de estas cuatro infecciones de transmisión sexual (ITS) que son prevenibles: *clamidiosis*, *gonorrea*, *sífilis* y *trichomoniasis*. Las ITS “tienen un efecto directo en la salud sexual y reproductiva por la estigmatización, la infecundidad, los cánceres y las complicaciones del embarazo y pueden aumentar el riesgo de contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)”¹

La sífilis es una enfermedad infecciosa sistémica prevenible causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, que de no ser tratada a tiempo puede desarrollar un estado crónico con consecuencias irreversibles. Se transmite por vía sexual (adquirida) y materno-fetal (congénita); la primera se subdivide en: reciente cuando tiene evolución menor de un año (primaria, secundaria y latente reciente) y en tardía mayor de un año de evolución (latente tardía y terciaria). La sífilis congénita se clasifica en reciente (evolución hasta el segundo año de vida) y tardía, después del segundo año.^{2,3} Se transmite por vía sexual por el contacto con úlceras presentes en los genitales, boca, ano o recto y vertical de la madre al feto, y es poco probable que se transmita por transfusión sanguínea.³ La sífilis primaria se caracteriza por la lesión del chancro en el lugar de la inoculación, cura de dos a ocho semanas,⁴ aproximadamente el 25% de los pacientes que no se tratan pasan a sífilis secundaria que ocurre a las cuatro a seis semanas después; se disemina por vía hemática, las manifestaciones clínicas son maculopapulas en palmas y plantas de los pies aparecen (60-80% de los casos), fiebre, malestar general, neuritis, condilomas planos en zona oral o genital, entre otras.⁵ Después sigue el periodo de latencia (asintomático, el diagnóstico es por pruebas serológicas).

La sífilis terciaria o tardía se presenta en la tercera parte de los pacientes no tratados y puede ocurrir después de cualquiera de las fases previas con afectación al sistema nervioso central, cardiovascular y otros órganos.^{6,7} La sífilis materna se diagnostica durante la gestación, en el puerperio inmediato o el postaborto y puede encontrarse en cualquiera de sus estadios; aunque es más frecuente en la fase secundaria. La infección fetal ocurre generalmente entre la semana 16-28 de gestación, con una tasa de transmisión vertical del 70% al 100%.⁸ La OMS ha reportado un aumento preocupante con relación a los casos de sífilis y de otras ITS a nivel mundial.⁹ En México también se han incrementado el número de casos, en el año 2017 se reportaron 4 703 casos y para la primera mitad del 2018 se habían acumulado 5 814 casos, con mayor incidencia en las grandes ciudades del país en población joven.^{10,11}

En Baja California, México, la incidencia de sífilis adquirida por grupos de edad en el año 2022 fue de 43.97 por cien mil habitantes mayores de un año, siendo la incidencia global nacional de 12.31 por cien mil habitantes;¹² y la incidencia de sífilis congénita fue de 252.22 por cien mil habitantes menores de un año de edad siendo 5.23 veces mayor a la incidencia nacional de 48.23 por cien mil habitantes.¹³ Se estima que el tratamiento óptimo y oportuno de la sífilis gestacional reduce el riesgo de presentación de sífilis congénita en un 97%, de muerte fetal 82%, parto prematuro 64% y mortalidad neonatal en un 80%. El tratamiento recomendado es con penicilina G benzatínica para la sífilis temprana, en dosis intramuscular única de 2.4 millones de unidades.¹⁴

El estudio de revisión del 2023 realizado en México por Montes Hernández KI. et al.¹⁵ mencionan que se ha observado un incremento significativo de casos de sífilis, no obstante tener disponibilidad del tratamiento, por lo que se deben identificar las fallas en la atención de las embarazadas en el control prenatal y así evitar las complicaciones asociadas a la sífilis. El objetivo de este estudio fue determinar las características clínico-epidemiológicas de la sífilis gestacional en una población de Baja California, México.

Métodos

Estudio retrospectivo de la base de datos de mujeres embarazadas con diagnóstico de sífilis gestacional adscritas al Órgano de Operación Adscrita Desconcentrada (OOAD) de Baja California del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) durante el periodo 2019-2022 y del expediente electrónico de dichas pacientes. La OOAD de Baja California incluye 32 unidades de medicina familiar y ocho hospitales. Se seleccionaron 128 expedientes de pacientes embarazadas con diagnóstico de sífilis gestacional mediante un muestreo no probabilístico tipo censal, de los cuales se excluyeron 33 expedientes por información incompleta. Las variables estudiadas fueron: *las características sociodemográficas, clínicas, resultados de laboratorio, tratamiento empleado, trimestre de embarazo, actividades sexuales de riesgo y uso de drogas ilícitas durante la gestación*. El estudio se realizó en apego a la Declaración de Helsinki de 1964 y enmiendas posteriores y autorización del Comité de Investigación del IMSS (registro: R-2022-204-130). Se efectuó un análisis descriptivo mediante el programa estadístico SPSS v24.

Resultados

La muestra estuvo conformada por 95 expedientes de mujeres con diagnóstico de sífilis gestacional. Dentro de las características demográficas se encontró un promedio de edad de 25.51 ± 5.494 años. El 57.9% cursaron con educación secundaria seguido

del 28.4% de la preparatoria. En cuanto a la ocupación el 79% fueron asalariadas, seguido del 16.8% de amas de casa. La frecuencia de concubinato fue del 67.4% seguido de soltera del 24.2%. El 93.7% residían en zona urbana. Tabla I.

Tabla I. Características sociodemográficas de las pacientes con sífilis gestacional

Variable	n=95	Porcentaje
Edad	25.51 ± 5.494 años*	
Escolaridad		
Primaria	9	9.5
Secundaria	55	57.9
Preparatoria	27	28.4
Profesional	4	4.2
Ocupación		
Asalariada	75	79.0
Ama de casa	16	16.8
Desempleada	4	4.2
Estado Civil		
Soltera	23	24.2
Casada	8	8.4
Concubinato	64	67.4
Residencia		
Zona urbana	89	93.7
Zona suburbana	6	6.3

Fuente: Expedientes electrónicos y base de datos de pacientes diagnosticados en la OOAD. Media y desviación estándar

El 1.1% de las pacientes presentó leucorrea como síntoma y el 98.9% de los casos de sífilis gestacional fueron asintomáticos, diagnosticados mediante VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*). En el primer trimestre de gestación se diagnosticaron a 46 pacientes (48.4%); en el segundo trimestre 35 pacientes (36.8%) y en el tercer trimestre 14 pacientes (14.8). El tratamiento otorgado fue a base de penicilina G benzatínica, al 52.6% de los casos se les prescribió una dosis, al 30.5% dos dosis y al 16.8% tres dosis. Tabla II. Se observó un promedio de 2.47 de parejas sexuales. El 6.3% de las pacientes tenían antecedente de toxicomanías y el 42.1% consumía alcohol. Tabla III.

Tabla II. Tratamiento para la sífilis gestacional

Tratamiento	Frecuencia n=95	Porcentaje
Una dosis de penicilina G Benzatínica	50	52.7
Dos dosis de penicilina G Benzatínica	29	30.5
Tres dosis de penicilina G Benzatínica	16	16.8

Fuente: Expedientes electrónicos y base de datos de pacientes diagnosticados en la OOAD.

Tabla III. Uso de drogas o alcohol durante el embarazo

Variable	Frecuencia n=95	Porcentaje
Toxicomanías		
Sí	6	6.3
No	89	93.7
Alcohol		
Sí	40	42.1
No	55	57.9

Fuente: Expedientes electrónicos y base de datos de pacientes diagnosticados en la OOAD.

Discusión

Se observó un aumento de casos de sífilis gestacional en la región de Baja California y en otras regiones fronterizas de México como son Tijuana y Ciudad Juárez -según lo reportado por Secretaría de Salud- en la semana epidemiológica 11 del año 2023¹¹ además de que la incidencia supera la tasa nacional.^{12,13} La población diagnosticada fueron en su mayoría jóvenes, con escolaridad de secundaria, en concubinato, asalariadas y con residencia en zona urbana.

Entre los factores de riesgo mencionados en la literatura se encuentra la promiscuidad definida como la "práctica de relaciones sexuales poco estables".¹⁶ En el presente estudio, el promedio de parejas sexuales fue de 2.4 desde el inicio de la vida sexual hasta el momento en que se realizó la historia clínica, la edad de 25 años y concubinato. El cambio constante de pareja es un factor de riesgo para contraer ITS y el VIH-SIDA.¹⁷ Otros factores de riesgo para la sífilis gestacional son el consumo de drogas y/o alcoholismo; en el presente estudio se observaron en el 6.3% y 42.1% de los casos respectivamente. Comparado con el estudio de Erazo Medina LL. et al.¹⁸ en su estudio de casos y controles, el 11.1% de las pacientes consumían drogas y el 14.3% alcohol; en ambos estudios estuvieron presentes estos factores de riesgo. Se ha descrito la baja escolaridad como factor predisponente para presentar alguna ITS o sífilis gestacional.¹⁸ En este estudio, el nivel de escolaridad fue bajo; esto concuerda con el estudio del perfil epidemiológico realizado en Brasil en el período de 2012-2017 en que se observaron 452 casos de sífilis gestacional y el 89.1% tuvo nivel educativo bajo (primaria incompleta).⁸

Los resultados de este estudio mostraron que el 51.5% de las pacientes fueron diagnosticadas con sífilis gestacional durante el segundo y tercer trimestre, etapas en donde ocurre generalmente la infección fetal. Se estima que el tratamiento adecuado durante la sífilis gestacional reduce el riesgo de presentar sífilis congénita en un 97%.¹⁴ En el presente estudio

se observó el uso de penicilina G benzatínica en una dosis de 2.4 millones de unidades en el 52.6% de los casos, sin embargo, la OMS y el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) recomiendan tratar a las gestantes que cursan con sífilis gestacional de evolución desconocida con tres dosis intramusculares de penicilina G benzatínica con intervalos de una semana entre cada dosis, para evitar fallas en el tratamiento y para evitar resultados adversos para la madre y el producto.^{19,20} El que solo se haya dado una dosis de penicilina, quizá podría considerarse como falla en el apego al tratamiento de la paciente y su pareja o falta de actualización en la Guía de Práctica Clínica Mexicana.²¹

Es conveniente puntualizar que en el campo de la medicina familiar todas las mujeres embarazadas deben someterse a pruebas de detección de sífilis en la primera visita prenatal o en la primera visita a la Unidad de Medicina Familiar. La detección y el tratamiento de la sífilis en las primeras etapas del embarazo se asocian con una menor incidencia de sífilis congénita: *parto prematuro, bajo peso al nacer, muerte fetal y muerte neonatal*. Se recomienda repetir la detección al comienzo del tercer trimestre, entre las semanas 28 y 32 de gestación, y nuevamente en el momento del parto, en mujeres con alto riesgo de sífilis o que viven en áreas con alta prevalencia de sífilis, como pudieran ser las zonas fronterizas de México con los Estados Unidos de América.^{22,23} Una de las limitantes del estudio fue el haber recabado la información en expedientes electrónicos y de que algunos estuvieron incompletos. Sin embargo, esta información puede dar pauta para siguientes investigaciones sobre esta enfermedad y la eficacia del tratamiento en comparación con las recomendaciones actuales.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Infecciones de Transmisión Sexual. 10 de julio de 2023. [acceso 13/04/2024]. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(s-tis\)#:~:text=de%20transmisi%C3%B3n%20sexual,%20de%20julio%20de%202023](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(s-tis)#:~:text=de%20transmisi%C3%B3n%20sexual,%20de%20julio%20de%202023)
2. Apoíta Sanz M, González Navarro B, Jané-Salas E, Marí Roig A, Estrugo Devesa A, López-López J. Sífilis: manifestaciones orales, revisión sistemática. *Av Odontomatol* 2020 [acceso 14/04/2024];36(3):159-173. <https://dx.doi.org/10.4321/s0213-12852020000300005>.
3. Tsimis ME, Sheffield JS. Update on syphilis and pregnancy. *Birth Defects Res* 2017;109(5):347-352. DOI: 10.1002/bdra.23562
4. Little JW. Syphilis: an update. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005;100(1):3-9. DOI: 10.1016/j.tripleo.2005.03.006
5. Ficarra G, Carlos R. Syphilis: the renaissance of an old disease with oral implications. *Head Neck Pathol* 2009;3(3):195-206. doi: 10.1007/s12105-009-0127-0.
6. Birley H, Duerden BI, Hart CA. Sexually transmitted diseases: microbiology and management. *J Med Microbiol* 2002;51(10):793-807. DOI: 10.1099/0022-1317-51-10-793.
7. Stoner BP. Current controversies in the management of adult syphilis. *Clin Infect Dis* 2007;44 (Suppl 3): S130-146. DOI: 10.1086/511426.
8. Silva GM, Pesce GB, Martins DC, Prado CM, Fernandes CM. Sífilis en la gestante y congénita: perfil epidemiológico y prevalencia. *Enferm Glob* 2020; 19(57):107-150. <https://dx.doi.org/eglobal.19.1.358351>
9. Organización Mundial de la Salud. Cada día, más de 1 millón de personas contraen una infección de transmisión sexual curable. 6 de junio de 2019. [acceso 13/04/2024]. <https://www.who.int/es/news/item/06-06-2019-more-than-1-million-new-curable-sexually-transmitted-infections-every-day>
10. Secretaría de Salud. Distribución de casos nuevos de enfermedad por grupos de edad Estados Unidos Mexicanos 2017 Población General. [acceso 15/04/2024]. http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2017/morbilidad/nacional/distribucion_casos_nuevos_enfermedad_grupo_edad.pdf
11. Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Epidemiología. Semana 11. Del 12-18 marzo 2023. [acceso 17/04/2024]. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/811946/sem11.pdf>
12. Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Anuario 2022. [acceso 15/04/2024]. https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2022/incidencia/enfermedad_grupo_edad_entidad_federativa/025.pdf
13. Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Anuario 2022. [acceso 15/04/2024]. https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2022/incidencia/enfermedad_grupo_edad_entidad_federativa/092.pdf

15. Blencowe H, Cousens S, Kamb M, Berman S, Lawn JE. Lives saved tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S9. DOI: 10.1186/1471-2458-11-S3-S9.
16. Montes Hernández KI, Rangel Almendarez FJ, Lopez Cejudo MA, Arroyo Pacheco AJ, Patrón Bosque AL. Sífilis congénita: Diagnóstico, tratamiento y prevención oportuna, en México. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar* 2023; 7(2):3306-3327. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i2.5575
17. Almenares Isaac AM, Muguercía Fornaris A, Banegas Cardero A. Factores de riesgo y consecuencias de la promiscuidad en los adolescentes. *UNIMED* 2020; 2(3): 384-397. RNPS: 2484.
18. Pimiento D, Contreras M, Romero-Veloz L. Vista de La promiscuidad en los adolescentes en una institución de educación católica. *Salud y Bienestar Colectivo* 2020;4(1): 84-94. <https://revistasaludybienestarclectivo.com/index.php/resbic/article/view/75/55>
19. Erazo-Medina LL, García-Cajaleón JD, Sotelo-Muñoz SA, Rivera-Beltrán SE, Reyes-Ortiz SC, Campos-Correa KE. Sífilis gestacional: análisis de factores de riesgo en un centro materno infantil de Lima, Perú (2015-2020). *Ginecol. Obstet Méx* 2022;90(11):901-909. <https://doi.org/10.24245/gom.v90i11.8154>.
20. WHO Guideline on Syphilis Screening and Treatment for Pregnant Women. Geneva: World Health Organization; 2017. 04, Recommendations on syphilis screening and treatment for pregnant women. [acceso 14/04/2024]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499743/>
21. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted infections (STI) treatment guidelines. 23 julio 2021. [acceso 18/04/2024]. <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/STI-Guidelines-2021.pdf>
22. Enfermedades de Transmisión Sexual en el Adolescente y Adulto que producen Úlceras Genitales: Herpes, Sífilis, Chancroide, Linfogramuloma venéreo y Granuloma inguinal, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009. <https://www.imss.gob.mx/sites/all-statics/guiasclinicas/094GER.pdf>
23. Adhikari E. Syphilis in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2020 May;135(5):1121-1135. doi: 10.1097/AOG.0000000000003788. PMID: 32282589.
24. Adhikari E. Syphilis in pregnancy. *Contemporary OB/GYN. NET* 2021;66(1):22-27. https://cdn.sanity.io/files/ovv8mocc6/contobgyn/55ebf102661fc6b947a109ec-138fdf3ff6c0ee03.pdf/OBGYN0121_ezine.pdf