

PREVALENCIA DE SÍFILIS EN UN HOSPITAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES EN 8 AÑOS

PREVALENCE OF SYPHILIS IN A HOSPITAL IN THE PROVINCE OF BUENOS AIRES IN 8 YEARS

PREVALÊNCIA DE SÍFILIS EM UM HOSPITAL NA PROVÍNCIA DE BUENOS AIRES EM 8 ANOS

Eugenia Miraglia¹, Florencia Dauria², María Amalia Gomez², Sofía Olivares Blanco², Eliana Maribel Gerez³, Gimena Bolomo⁴, Daniela Di Giamberardino⁵, María Victoria Garritano⁶, Cecilia Inés Loudet⁷, María Roxana Maradeo⁸.

Conceptos claves

Que se sabe sobre el tema:

- Durante los últimos años, se ha observado un aumento en la incidencia de las ITS, especialmente en América Latina y el Caribe, con un claro predominio de la sífilis. Nuestro país no se encuentra al margen de esta situación regional.
- Ocurren 12 millones de casos nuevos por año en el mundo, a pesar de que existen pruebas de diagnóstico simple y un tratamiento efectivo y de bajo costo como la penicilina.
- La sífilis temprana es la etapa más importante desde el punto de vista epidemiológico porque es la que implica mayor riesgo de transmisión. Se calcula que por cada caso índice de sífilis temprana existen diez más asintomáticos o que no concurren a la consulta.

Que aporta este trabajo:

- Existen pocos estudios que evalúen la prevalencia de sífilis en hospitales de Argentina.
- Este estudio describe una cohorte retrospectiva de 1582 pacientes con diagnóstico de sífilis. Para el análisis de los datos se consideraron dos períodos: P1: 2010-2015 y P2: 2015-2018.
- En nuestro estudio observamos un aumento sostenido de la prevalencia de sífilis adquirida, con un incremento de la sífilis temprana, y menor adherencia a realizar tratamiento y a los controles necesarios.
- La sífilis temprana se asoció con una edad más joven, menos pareja estable y más tratamientos completos.
- La alta tasa de sífilis gestacional detectada en el tercer trimestre y en el puerperio, pone en alerta el déficit importante en los controles prenatales en nuestro sistema de salud.
- A partir de este estudio, consideramos necesario el desarrollo de estudios poblacionales de aspectos socioculturales que puedan explicar el aumento de la sífilis en nuestro medio.

1- Médica instructora de residentes del Servicio de Dermatología del HIGA General San Martín de La Plata. E-mail de contacto: eugemiraglia@gmail.com

2- Médica residente de Dermatología del HIGA General San Martín de La Plata.

3- Médica jefa de residentes de Dermatología del HIGA General San Martín de La Plata.

4- Médica asistente del servicio de Dermatología del HIGA General San Martín de La Plata.

5- Trabajadora social del HIGA General San Martín de La Plata, integrante de la unidad de Infecciones de Transmisión Sexual del Servicio de Dermatología.

6- Médica de planta Médica del servicio de Dermatología del HIGA General San Martín de La Plata.

7- Médica de planta del servicio de Terapia Intensiva del HIGA General San Martín de La Plata. Servicio de Docencia e Investigación del HIGA General San Martín de La Plata.

8- Médica Jefa de Servicio de Dermatología del HIGA General San Martín de La Plata.

Recibido: 2020-02-22 Aceptado: 2020-03-22

DOI: <http://dx.doi.org/10.31053/1853.0605.v77.n3.27744>



©Universidad Nacional de Córdoba

Resumen:

Introducción La sífilis constituye un problema de salud mundial. Objetivo: establecer la prevalencia de sífilis y la distribución según estadio en pacientes asistidos en el Servicio de Dermatología de Junio 2010 a Junio 2018, y comparar las características epidemiológicas que pudieran influir en el aumento de la prevalencia.

Métodos Estudio de cohorte retrospectivo de pacientes ≥ 15 años, con diagnóstico de sífilis adquirida. Para el análisis de los datos se consideraron dos períodos: P1: 2010-2015 y P2: 2015-2018, de acuerdo al aumento de prevalencia observado en la vigilancia mensual, y la comparación entre variables considerando sífilis temprana y tardía.

Resultados Se incluyeron 1582 pacientes, 51% (805) en P1 y 49% (777) en P2. La prevalencia de sífilis global en nuestro servicio fue de 7,1 %, con un alto porcentaje de pacientes embarazadas y puérperas (54% del total de las mujeres).

La prevalencia en P1 fue de 5,8%, y 9,3 % en P2 ($p < 0,01$). En P2 la sífilis temprana ascendió a un 53% ($p < 0,01$), disminuyeron los tratamientos completos y aumentaron los casos sin seguimiento.

La sífilis temprana se asoció con menor edad, ausencia de pareja estable, y más consultas espontáneas y tratamientos completos.

Conclusión Observamos un aumento sostenido de la prevalencia de sífilis adquirida, con un incremento de la sífilis temprana, que implica mayor riesgo de transmisión. También se evidenció menor adherencia al tratamiento y controles necesarios. La alta tasa de sífilis gestacional pone en alerta el déficit importante en los controles prenatales en nuestro sistema de salud.

Palabras clave: enfermedades de transmisión sexual; sífilis; sífilis cutánea.

Abstract:

Introduction Syphilis constitutes a global health problem. Objective: to establish the prevalence of syphilis and the distribution according to stage in patients assisted in the Dermatology Service from June 2010 to June 2018, and compare the epidemiological characteristics that could influence the increase in prevalence.

Methods Retrospective cohort study of patients ≥ 15 years, with diagnosis of acquired syphilis. For the analysis of the data, two periods were considered: P1: 2010-2015 and P2: 2015-2018, according to the increase in prevalence observed in the monthly surveillance, and the comparison between variables considering early and late syphilis.

Results 1582 patients were included, 51% (805) in P1 and 49% (777) in P2. The prevalence of global syphilis in our service was 7.1%, with a high percentage of pregnant and postpartum patients (54% of all women).

The prevalence in P1 was 5.8%, and 9.3% in P2 ($p < 0.01$). In P2, early syphilis amounted to 53% ($p < 0.01$), complete treatments decreased and cases without follow-up increased. Early syphilis was associated with younger age, absence of a stable partner, and more spontaneous consultations and complete treatments.

Conclusion We observed a sustained increase in the prevalence of acquired syphilis, with an increase in early syphilis, which implies a greater risk of transmission. There was also less adherence to treatment and necessary controls. The high rate of gestational syphilis puts the significant deficit in prenatal controls in our health system on alert.

Keywords: sexually transmitted diseases; syphilis; syphilis, cutaneous.

Resumo

Introdução A sífilis constitui um problema de saúde global. Objetivo: estabelecer a prevalência de sífilis e a distribuição por estágio nos pacientes atendidos no Serviço de Dermatologia de junho de 2010 a junho de 2018, e comparar as características epidemiológicas que podem influenciar no aumento da prevalência.

Métodos Estudo de coorte retrospectivo de pacientes ≥ 15 anos, com diagnóstico de sífilis adquirida. Para a análise dos dados, foram considerados dois períodos: P1: 2010-2015 e P2: 2015-2018, de acordo com o aumento da prevalência observado na vigilância mensal e a comparação entre variáveis considerando sífilis precoce e tardia.

Resultados Foram incluídos 1582 pacientes, 51% (805) em P1 e 49% (777) em P2. A prevalência de sífilis global em nosso serviço foi de 7,1%, com alta porcentagem de pacientes grávidas e pós-parto (54% de todas as mulheres).

A prevalência no P1 foi de 5,8% e 9,3% no P2 ($p < 0,01$). No P2, a sífilis precoce foi de 53% ($p < 0,01$), os tratamentos completos diminuíram e os casos sem acompanhamento aumentaram.

A sífilis precoce foi associada a idade mais jovem, ausência de um parceiro estável e consultas mais espontâneas e tratamentos completos.

Conclusão Observamos um aumento sustentado na prevalência de sífilis adquirida, com um aumento na sífilis precoce, o que implica maior risco de transmissão. Houve também menor adesão ao tratamento e controles necessários. A alta taxa de sífilis gestacional coloca em alerta o déficit significativo no controle pré-natal em nosso sistema de saúde.

Palavras chave: doenças sexualmente transmissíveis; sífilis; sífilis cutânea.

Introducción

La sífilis constituye un problema de Salud a escala mundial, con 12 millones de personas infectadas cada año, a pesar de existir medidas profilácticas, como el uso del preservativo, y opciones terapéuticas de bajo costo y eficaces, como la penicilina. ^(1, 2, 3)

Las infecciones de transmisión sexual se encuentran entre las principales causas de enfermedad en el mundo. ⁽⁴⁾ De los 12 millones de casos nuevos anuales, tres millones ocurren solamente en América Latina y el Caribe. ^(4, 5, 6)

La sífilis adquirida temprana se extiende desde el momento de adquisición de la enfermedad hasta el primer año, y es la etapa más importante porque es la que implica mayor riesgo de transmisión. ⁽⁷⁾

La sífilis durante el embarazo puede resultar en aborto espontáneo, muerte fetal, retraso en el crecimiento intrauterino, o parto prematuro en un 50% de los casos. En general la transmisión se produce entre las semanas 16 y 28 del embarazo, y en las etapas tempranas de la enfermedad alcanza un 80%. ^(2, 4, 6, 8, 9)

Dentro del sistema de vigilancia del Consultorio de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) implementado a partir del 2010 de nuestro servicio se registró un aumento en la prevalencia de sífilis temprana a partir de 2015, hecho alarmante debido a que indica infecciones recientes y alto riesgo de transmisión.

El objetivo del estudio fue establecer la prevalencia de sífilis y la distribución según estadio de la enfermedad en pacientes asistidos en el Servicio de Dermatología de Junio de 2010 a Junio de 2018, y comparar las características epidemiológicas que pudieran influir en el aumento de la prevalencia en la población general y en las pacientes embarazadas y púérperas.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva de pacientes ≥ 15 años de ambos sexos o cualquier edad en el caso de embarazadas o púérperas, con diagnóstico de sífilis adquirida con prueba treponémica reactiva, ingresados al Consultorio de ITS del Servicio de Dermatología entre el 1ro de junio de 2010 hasta el 31 de Mayo de 2018.

Para el análisis de los datos se consideraron dos periodos: P1: 2010-2015 (1ro de Junio 2010 a 31 de Mayo 2015) y P2: 2015-2018 (1ro de Junio 2015 a 31 de Mayo de 2018). Esta división se

Resultados

Se incluyeron 1582 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de sífilis adquirida, de los cuales 51% (805) se presentaron en P1 (2010-2015) y 49% (777) en P2 (2015-2018). La prevalencia global de sífilis sobre el total de pacientes atendidos en nuestro servicio ($n=22309$), durante los años 2010 a 2018 fue de 7,1 % y de estas 703/1582 (44%) fueron sífilis tempranas. En el **gráfico 1** se detalla la trayectoria de la prevalencia año a año tanto para sífilis global como temprana, panel a y b respectivamente.

La prevalencia considerando los periodos fue de 5,8 % en P1, y 9,3 % en P2 ($p < 0,01$).

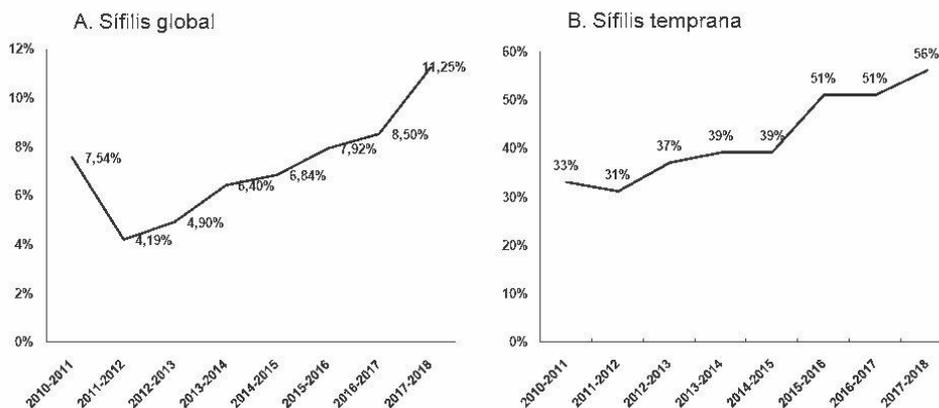


Gráfico 1. Prevalencia de sífilis adquirida y temprana en el Servicio de Dermatología

consideró a partir del aumento de la prevalencia observada en la vigilancia mensual.

Se recabó información acerca de sexo, edad, nacionalidad, estado civil, escolaridad (analfabeto/primario incompleto, primario, secundario, terciario/universitario), ocupación, motivo de ingreso/derivación (consulta espontánea, pareja sexual o derivación de obstetricia, clínica médica/ginecología/infectología, otros), estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico (sífilis temprana: sífilis primaria, sífilis secundaria y sífilis latente temprana; y sífilis tardía: sífilis latente tardía y sífilis terciaria), otras ITS asociadas (HVB, HVC, HIV), tratamiento implementado (se consideró completo 1 dosis de Penicilina G benzatínica 2.400.000 UI IM para sífilis temprana, y 3 dosis para sífilis tardía (10)), seguimiento de los casos (prueba no treponémica, VRDL o RPR, a los 1, 3, 6, 9, 12, 18 y 24 meses: controles completos ≥ 4 o 2 pruebas no treponémicas no reactivas consecutivas, incompleto < 4 , y sin control a los que no acudieron a ningún control) y control de parejas sexuales (se consideró pareja sexual controlada cuando fue posible pesquisar y tratar a todas aquellas referidas por el caso índice al momento de la entrevista).

En el caso de las mujeres embarazadas se registró la edad gestacional al momento del diagnóstico.

Además de la comparación entre periodos, se realizó la comparación de las variables entre sífilis temprana y tardía.

Se respetaron los principios de la Declaración de Helsinki.

Análisis estadístico

Las variables cuantitativas se informaron como mediana (IQR: rango intercuartílico) y las cualitativas como n y % (frecuencia).

Para realizar las comparaciones entre ambos periodos (P1 y P2) y estadio de la enfermedad (sífilis temprana y sífilis tardía) se utilizó el test de Chi-cuadrado con ajuste de Bonferroni para comparaciones múltiples de variables cualitativas, o T test o Wilcoxon test para variables cuantitativas de acuerdo a su distribución. Se consideró significativo un p -valor $< 0,05$ a dos colas.

Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 20.0.

La descripción general de los pacientes y el análisis de las variables en función del P1 y el P2 se detallan en la **tabla 1**.

		sífilis (n y %)	P1 (n y %) ^a	P2 (n y %)	p
Sexo	femenino	975/1582 (62)	505/805 (63)	470/777 (61)	0,36
Edad		25 [20-34]	27 [21-37]	24 [20-30]	<0,01
Nacionalidad	argentina	1221/1582 (77)	567/805 (70)	654/777 (84)	<0,01
Partido residencia	La Plata	1363/1582 (86)	652/805 (81)	711/777 (92)	<0,01
Estado civil	pareja estable	704/1489 (53)	283/723 (61)	345/766 (45)	<0,01
	analfabeto/primario incompleto	167/1349 (12)	110/604 (18)	57/745 (8)	
Escolaridad	primario	769/1349 (57)	322/604 (53)	437/745 (59)	<0,01
	secundario	375/1349 (28)	154/604 (26)	221/745 (30)	
	universitario/terciario	48/1349 (3)	18/604 (3)	30/745 (4)	
	desempleado	470/1298 (36)	221/567 (40)	249/731 (34)	
	trabajo informal	308/1298 (24)	164/567 (29)	144/731 (20)	
	trabajo formal	304/1298 (23)	107/567 (19)	197/731 (27)	
Ocupación	estudiante	185/1298 (14)	59/567 (10)	126/731 (17)	<0,01
	jubilado/pensionado	25/1298 (2)	14/567 (2)	11/731 (2)	
	privado libertad	3/1298 (0,2)	0/567 (0)	3/731 (0,4)	
	trabajador/a sexual	3/1298 (0,2)	2/567 (0,4)	1/731 (0,1)	
	obstetricia	422/1582 (27)	219/805 (27)	203/777 (26)	
	clínica- infectología - ginecología	361/1582 (23)	113/805 (14)	141/777 (18)	
Motivo ingreso	pareja sexual	254/1582 (16)	100/805 (12)	136/777 (18)	<0,01
	espontánea	236/1582 (15)	199/805 (25)	162/777(21)	
	otro ^b	309/1582 (19)	174/805 (22)	135/777 (17)	
Diagnóstico	sífilis temprana	703/1582 (44)	289/805 (36)	414/777 (53)	<0,01
	sífilis temprana embarazadas/puérperas	169/526 (32)	279/805 (35)	247/777 (32)	0,23
	VHB	31/1054 (3)	18/460 (4)	13/594 (2)	0,1
Otras ITS	VHC	12/1026 (1)	11/436 (3)	1/590 (0,2)	<0,01
	HIV	62/1101 (6)	38/494 (8)	24/607 (4)	<0,01
Embarazo	si	280/975 (29)	133/505 (26)	147/470 (31)	0,09
	primero	15/278 (5)	6/133 (5)	9/145 (6)	
Trimestre	segundo	120/278 (43)	50/133 (38)	70/145 (48)	0,12
	tercero	143/278 (51)	77/133 (58)	66/145 (46)	
Puerperio	si	246/975 (25)	146/505 (29)	100/470 (21)	<0,01
Tratamiento	completo	1318/1582 (83)	714/805 (88)	604/777 (78)	<0,01
Pareja sexual	controlada	875/1582 (55)	418/805 (52)	457/777 (59)	<0,01
Pareja sexual embarazada	controlada	182/280 (65)	79/133 (59)	103/147 (70)	<0,01
	completo	226/1544 (15)	90/805 (11)	136/739 (18)	
Controles	incompleto	584/1544 (38)	392/805 (49)	192/739 (26)	<0,01
	no	734/1544 (47)	323/805 (40)	411/739 (56)	

^a datos presentados como n y % o mediana (p25-p75)

^b Dentro de otro se incluyó: banco de sangre, medicina preventiva, otro nosocomio, centro de atención primaria de la salud, penitenciaria, otras especialidades

Tabla 1. Características generales de los pacientes con sífilis y su comparación entre P1 y P2

En general se trató de una población mayoritariamente femenina, con una edad mediana de 25 años, del partido de La Plata y nacionalidad argentina. En cuanto a las características socioeconómicas, nos encontramos ante un bajo nivel educativo y pobres condiciones laborales, con un 12% de pacientes analfabetos o que no completaron el primer nivel de formación y 36% de desempleados. Más de la mitad de los casos mantenía una relación de pareja estable.

La sífilis temprana constituyó un 44% de los casos. El HIV fue la ITS que se presentó más frecuentemente asociada. La mayoría de los pacientes realizó tratamiento completo, sin embargo hubo un alto porcentaje de parejas sexuales sin control, y un incumplimiento en el seguimiento de los pacientes, con predominio de controles incompletos y pacientes sin ningún control.

En cuanto a la comparación entre los periodos, en el P2 nos encontramos ante una población más joven, con menor pareja estable. También se evidenciaron menos pacientes analfabetos/primario incompleto, y mayor cantidad que completaron el nivel primario y secundario. En cuanto a la ocupación, menos desempleados y trabajadores informales. La sífilis temprana ascendió en el P2 a un 53% de los casos.

En cuanto al manejo de la enfermedad, en el P2 disminuyeron los tratamientos completos y aumentaron los pacientes sin ningún control (**Gráfico 2**).

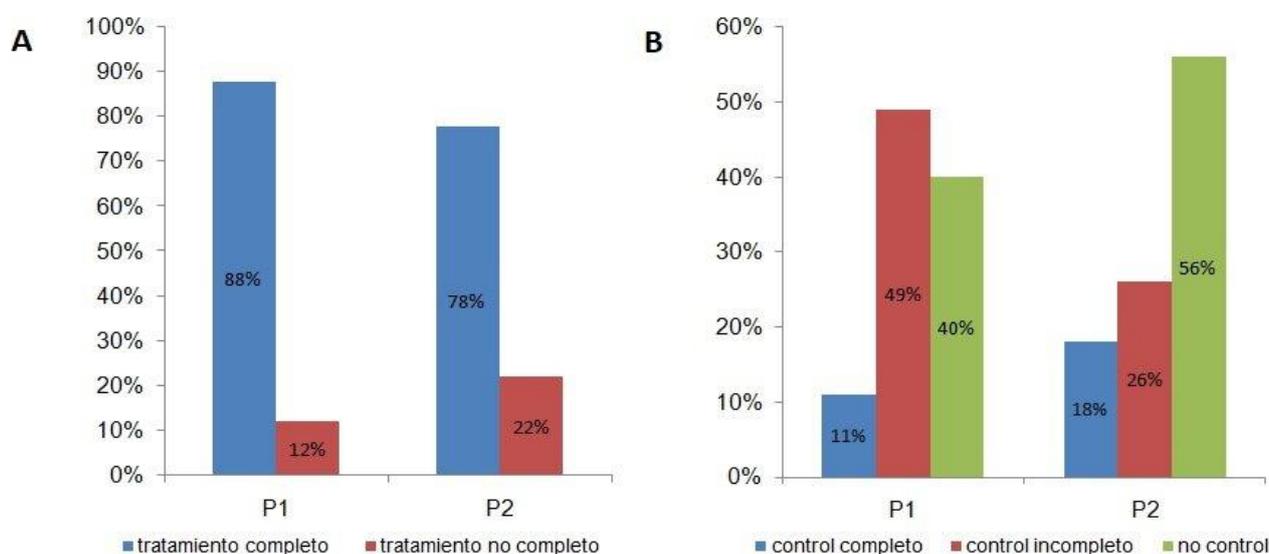


Gráfico 2. Tratamiento y controles de los pacientes en el P1 y el P2

Las características de los casos de sífilis en función de su división en temprana y tardía se muestran en la tabla 2.

La sífilis temprana se asoció con menor edad de presentación, menos pareja estable, y mayor cantidad de consultas espontáneas. Asimismo, se observó mayor porcentaje de tratamientos completos.

En los hombres, la sífilis temprana fue la más frecuente.

Se observó un alto porcentaje de pacientes embarazadas y púerperas, representando el 54% del total de las mujeres, en coincidencia con el motivo de ingreso/derivación que fue la derivación del Servicio de Obstetricia. De las gestantes, la mayoría se encontraba cursando el 3er trimestre del embarazo y las púerperas el puerperio inmediato y precoz.

La sífilis tardía fue la presentación más frecuente en este subgrupo. Sin embargo es de remarcar que la sífilis temprana representó un 32% de los casos. En el **gráfico 3** se detalla la distribución de los casos en pacientes embarazadas de acuerdo al estadio.

Se trataron el 65% de las parejas sexuales de las embarazadas.

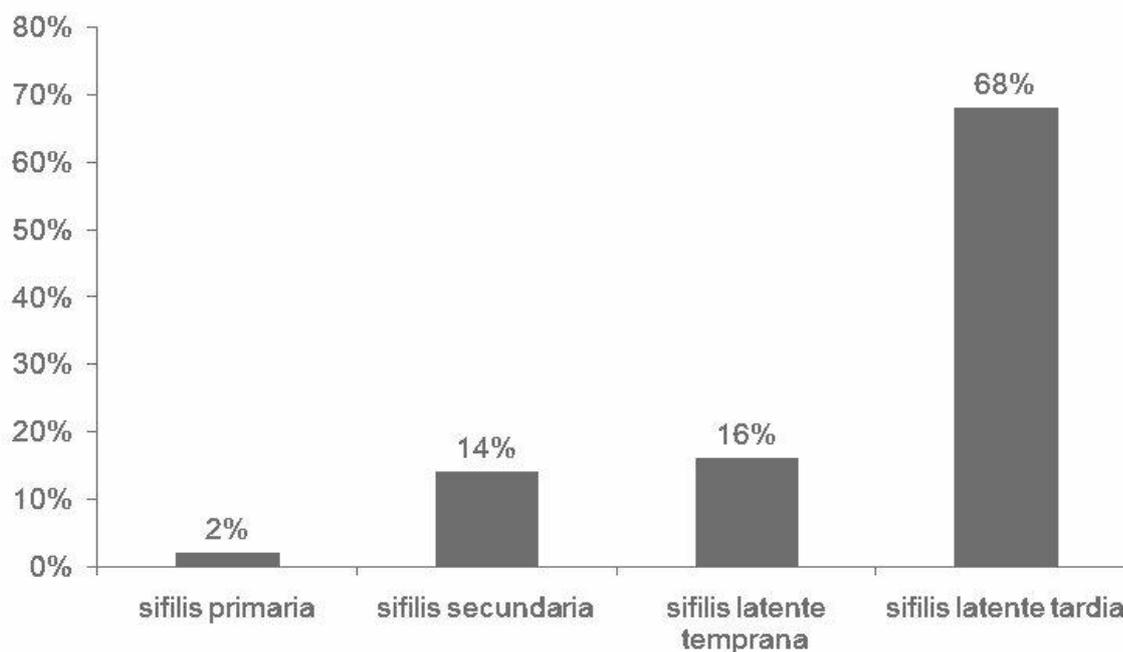


Gráfico 3. Distribución de la sífilis según estadio de la enfermedad en pacientes embarazadas (n=280)

		sífilis temprana (n y %)	sífilis tardía (n y %) ^a	p
Sexo	femenino	377/703 (54)	598/879 (68)	<0,01
Periodos	P2	516/777 (59)	363/777 (41)	<0,01
Edad		23 [19:29]	28 [21:38]	<0,01
Estado civil	pareja estable	275/666 (41)	510/823 (62)	<0,01
	analfabeto/primario incompleto	58/623 (9)	109/726 (15)	
Escolaridad	primario	335/623 (54)	424/726 (58)	<0,01
	secundario	202/623 (32)	173/726 (24)	
	universitario/terciario	28/623 (5)	20/726 (3)	
	desempleado	170/591 (29)	300/707 (42)	
	trabajo informal	127/591 (21)	181/707 (26)	
	trabajo formal	165/591 (28)	139/707 (20)	
Ocupación	estudiante	126/591 (21)	59/707 (8)	<0,01
	jubilado/pensionado	2/591 (0,3)	23/707 (3)	
	privado libertad	1/591 (0,2)	2/707 (0,3)	
	trabajador/a sexual	0/591 (0)	3/707 (0,4)	
	obstetricia	136/703 (19)	286/879 (33)	
	pareja sexual	102/703 (15)	152/879 (17)	
Derivación	espontánea	190/703 (27)	46/879 (5)	<0,01
	clínica-ginecología-infectología	193/703 (27)	168/879 (19)	
	otros	82/703 (12)	227/879 (26)	
	VHB	16/513 (3)	15/541 (3)	0,74
Otras ITS	VHC	7/502 (1)	5/524 (1)	0,51
	HIV	26/532 (5)	36/569 (6)	0,3
Embarazo	si	91/377 (24)	189/598 (32)	<0,05
	primero	6/90 (7)	9/188 (5)	
Trimestre	segundo	41/90 (46)	79/188 (42)	0,63
	tercero	43/90 (48)	100/188 (53)	
Puerperio	si	78/377 (21)	168/598 (28%)	<0,05
Tratamiento	completo	617/703 (88)	701/879 (80)	<0,01
Pareja sexual	controlada	357/703 (51)	518/879 (59)	<0,01
Pareja sexual embarazadas	controlada	56/91 (62)	126/189 (67)	0,7
	completo	111/679 (16)	115/865 (13)	
Controles	incompleto	254/679 (37)	330/865 (38)	0,23
	no	314/679 (46)	420/865 (49)	

^a datos presentados como n y % o mediana (p25-p75)

Tabla 2. Características de los casos de sífilis en función de su distribución según estadio de la enfermedad

Discusión

En nuestro estudio registramos un aumento de la prevalencia de sífilis global y temprana a partir del segundo periodo (2015-2018). La temprana aumentó de un 36% a un 53% de los casos, lo que constituye una situación alarmante debido a que nos habla de infecciones recientes y alto riesgo de transmisión.

Durante los últimos años, se ha observado un aumento en la incidencia de las ITS, especialmente en América Latina y el Caribe, con un claro predominio de la sífilis. Nuestro país no se encuentra al margen de esta situación regional.⁽¹¹⁾

De acuerdo al Boletín nacional 2018 sobre el VIH, SIDA e ITS en la Argentina se observó un aumento de la sífilis temprana a nivel nacional, con una tasa que se duplicó en 5 años (2013-2017) y que alcanzó un valor de 35,2 personas por 100.000 habitantes en 2017.⁽¹¹⁾

La zona Centro, que incluye el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), es la región con mayor incidencia: 43,7 casos por 100.000 habitantes.⁽¹¹⁾ En el Consultorio de ITS del Servicio de Dermatología del Hospital F. J. Muñiz entre 1998 y 2008 se diagnosticaron 1,541 casos de sífilis temprana.⁽¹²⁾

En el boletín epidemiológico 2018 de la provincia de Buenos Aires, de 3719 ITS notificadas de Enero a Octubre de 2018, el 86% correspondió a casos de sífilis, de los cuales el 53% eran estadios tempranos.⁽¹³⁾

En nuestro estudio pudimos observar una población mayoritariamente joven, con una edad mediana de 25 años, del partido de La Plata y nacionalidad argentina. Al formar parte de un hospital que es centro de referencia provincial con maternidad,

y como durante los controles prenatales se realiza pesquisa de sífilis, la mayor parte de las derivaciones fueron del Servicio de Obstetricia. Esto explicaría el claro predominio femenino de nuestra población.

De acuerdo al boletín epidemiológico provincial, el 67% de las consultas por ITS fueron de mujeres. Con respecto a la edad, el 60% se encontraba entre los 15 y 24 años. ⁽¹³⁾

En nuestro estudio encontramos un bajo nivel educativo con un 12% de analfabetos o que no completaron el nivel primario de formación y pobres condiciones laborales, con un 36% de desempleados. En cuanto al estado civil, más de la mitad de los casos mantenía una relación de pareja estable. Se ha referido que las ITS afectan con mayor frecuencia a poblaciones marginadas, que tienen problemas para acceder a los servicios de atención de Salud. ⁽¹⁴⁾ Sin embargo, las variables socioeconómicas, educativas o el estado civil de los pacientes con sífilis no son frecuentemente analizadas en los reportes de esta enfermedad.

El HIV fue la ITS que se presentó más frecuentemente asociada, en un 6% de los casos.

La sífilis facilita tanto la adquisición como la transmisión del HIV. Pero mientras que la incidencia de HIV se ha mantenido estable o incluso ha disminuido, la de sífilis está en aumento. La tendencia demuestra una leve caída en las mujeres desde 2008 y se mantiene estable en los varones a partir del 2010. ⁽¹¹⁾ La discordancia entre el aumento de la sífilis y la estabilización/caída del HIV podría explicarse entre otros factores al serosorting, práctica que consiste en tener relaciones sexuales sin protección con parejas con el mismo estado serológico para HIV, y el sexo oral sin protección. ^(15, 16)

En cuanto al manejo terapéutico y seguimiento, a pesar de que la mayoría de los pacientes realizó tratamiento completo, un alto porcentaje no cumplieron con los controles serológicos. El tratamiento de las parejas sexuales fue deficiente, alcanzando solamente un 55% del total.

El control de las parejas sexuales es primordial para cortar la cadena epidemiológica. La notificación puede resultar deficiente por múltiples motivos. Uno de ellos podría ser la falta de comunicación a la pareja por motivos personales, y otro es la falta de conocimiento de los datos filiatorios de parejas ocasionales. La tendencia actual de conocer parejas sexuales a través de redes sociales, puede complejizar la notificación. ^(15, 17, 18, 19)

En la comparación entre periodos, observamos que la sífilis temprana ascendió en el segundo periodo a un 53% de los casos.

Entre las posibles hipótesis que explicarían el aumento se destacan: los cambios en las conductas sexuales, la drogadicción y especialmente la reducción de la utilización de métodos de barrera. Este último factor se debe en parte a la pérdida de miedo a contraer HIV desde la introducción de la terapia antirretroviral, con la consiguiente mejora en la expectativa de vida de estos pacientes. ^(7, 14, 15)

En el segundo periodo nos encontramos ante una población más joven, con menos pareja estable. Las condiciones en materia educativa mejoraron, con mayor porcentaje de pacientes escolarizados. Sin embargo, estos datos no se reflejaron en una mejoría en el número de pacientes infectados. Esto podría deberse a que si bien existe una ley de educación sexual integral (ESI, ley 26150 sancionada en 2006), existen fallas y resistencia en la implementación de la misma. De acuerdo al programa Aprender 2018 del Ministerio de Educación Nacional, solo 2 de cada 10 docentes indicó haber abordado el tema "métodos anticonceptivos" en la clase de 6° año y solo 3 de cada 10 mencionó que en el último año ha trabajado los contenidos como el embarazo y la prevención de enfermedades de transmisión sexual. ⁽²⁰⁾

En lo que respecta al manejo de la enfermedad, en el segundo periodo disminuyeron los tratamientos completos y aumentaron los casos de pacientes sin ningún control. Esto podría relacionarse con el bajo nivel de alerta de los pacientes ante lesiones cutáneas y mucosas, sumado al carácter asintomático de las lesiones y la tendencia a la involución espontánea. En los casos de sífilis tardía, al no tener lesiones, los pacientes no toman conciencia de la importancia del tratamiento y seguimiento.

En nuestro trabajo pusimos especial énfasis en analizar las características de casos de sífilis temprana vs tardía. Pudimos

observar que la sífilis temprana se asoció con una menor edad de presentación, menor porcentaje de pacientes con pareja estable, y mayor cantidad de consultas espontáneas.

La sífilis temprana fue el estadio más frecuentemente diagnosticado en el hombre. Esto podría deberse a que en los hombres, el chancro sífilítico, aparece más frecuentemente en sitios visibles. En cambio en las mujeres se suele localizar en sitios ocultos, como el cuello uterino. Además, las mujeres durante el embarazo tienen indicado el tamizaje para sífilis, lo que explica el mayor porcentaje de estadios latentes tardíos.

En un estudio realizado por Vera et al del Hospital Muñiz, con una casuística de 217 chancros, solo el 4% fueron en mujeres. ⁽⁷⁾ Según datos provinciales, en el sexo masculino se observó predominio de sífilis primaria y secundaria, y en cambio en las mujeres la mayoría correspondieron a estadio latente, precoz y tardío. ⁽¹³⁾

Asimismo, los pacientes con sífilis temprana cumplieron más el tratamiento que los de tardía. Esto posiblemente se deba a que los primeros suelen presentar lesiones. Además, el tratamiento de los estadios tempranos se considera completo con una sola dosis de Penicilina. En el caso de la sífilis tardía, aparte de no tener síntomas, deben acudir más de una vez, lo que disminuye la adherencia.

En nuestro estudio las pacientes embarazadas y puerperas, representaron el 54% del total de las mujeres.

La sífilis tardía fue la presentación más frecuente en este subgrupo. Sin embargo es de remarcar que la sífilis temprana representó un 32% de los casos, con el riesgo que conlleva este estadio para la transmisión al recién nacido. Dentro de la sífilis temprana en las gestantes, encontramos que en su mayoría correspondían a sífilis latente temprana y secundarismo, y un muy bajo porcentaje a sífilis primaria.

De acuerdo a datos provinciales, el 30,7% del total de las mujeres con ITS corresponden a mujeres embarazadas, de las cuales el 85,4% de los casos se trata de embarazadas con sífilis. ⁽¹³⁾

Además, observamos en nuestro trabajo un déficit alarmante en los controles prenatales: el 51% de las embarazadas estaba cursando el tercer trimestre de gestación y del total de las mujeres el 25% eran puerperas (puerperio inmediato o precoz). Esta última situación da cuenta de que las pacientes no acuden a ningún control durante el embarazo o bien se infectan en el último trimestre.

La sífilis en el embarazo provoca más de 300.000 muertes fetales y neonatales por año. ⁽²¹⁾ En Argentina, la prevalencia de sífilis congénita oscila entre 0,5 y 4,5 por 1.000 recién nacidos vivos. ⁽¹⁾ En el período 2013-2017, la tasa a nivel nacional mostró un ascenso año a año, traccionado fundamentalmente por la región Centro. ⁽¹¹⁾

En un estudio argentino en 2010-2011 se evidenció que un 33% de las mujeres comenzó su embarazo con un diagnóstico negativo para sífilis y llegó al puerperio con uno positivo. ^(8, 22) A nivel nacional, el porcentaje de positividad en las pruebas de cribado en las embarazadas pasó del 2% al 3,2% en el periodo 2013-2017. ⁽¹¹⁾

Se calcula que en Latinoamérica 330.000 mujeres embarazadas con prueba positiva para sífilis no reciben tratamiento durante el control prenatal. ^(2, 4, 5, 6)

Asegurar la cobertura sanitaria universal y el número adecuado de controles prenatales es el primer paso para revertir esta situación. ^(14, 22, 23) Para esto es necesario ampliar el acceso a los servicios sanitarios materno infantiles y mejorar su calidad.

Según el Informe sobre el Desarrollo Mundial del Banco Mundial, la detección y el tratamiento prenatal de la sífilis es una de las intervenciones disponibles más costo efectivas. ^(3, 4)

En nuestro estudio pudimos evidenciar que solo se trataron el 65% de las parejas sexuales de las embarazadas. En el embarazo, la falta de tratamiento de la pareja, es la principal fuente de reinfección.

Mientras la sífilis sea prevalente en adultos, y las parejas sexuales sean controladas inadecuadamente con altas probabilidades de reinfección, la transmisión al recién nacido seguirá siendo alta. Por eso, la eliminación de la sífilis congénita requiere la coordinación de esfuerzos para reducir la sífilis en la población general. Estos esfuerzos deben centrarse en la educación de la población para una sexualidad responsable, en la detección precoz de la sífilis temprana y en el tratamiento de los contactos sexuales.

Conclusiones

En nuestro estudio observamos un aumento sostenido de la prevalencia de sífilis adquirida, con un incremento de la sífilis temprana, y menor adherencia a realizar tratamiento y a los controles necesarios. Esto indica la necesidad de desarrollar estrategias más eficaces para el manejo y control de la enfermedad.

Particularmente, la alta tasa de sífilis gestacional detectada en el tercer trimestre y en el puerperio, pone en alerta el déficit importante en los controles prenatales en nuestro sistema de salud.

A partir de este estudio, consideramos necesario el desarrollo de estudios poblacionales de aspectos socioculturales que puedan explicar el aumento de la sífilis en nuestro medio.

Limitaciones de responsabilidad

La responsabilidad del trabajo es sólo de los autores

Conflictos de interés

Ninguno

Fuentes de apoyo

No hubo fuentes de financiación ni apoyo.

Originalidad del trabajo

Este artículo es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio de difusión científica en forma completa ni parcialmente.

Cesión de derechos

Los participantes de este trabajo ceden el derecho de autor a la Universidad Nacional de Córdoba para publicar en la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas y realizar las traducciones necesarias al idioma inglés.

Bibliografía

- Albormoz M, Lazarte S. Prevalencia de sífilis en puérperas sin control serológico en el último mes de gestación y estudio de su relación con factores de riesgo. *Rev Argent Salud Pública*. 2018; 9(35): 25-32.
- González Montero, Raúl; Serruya Jacob, Suzanne. Guía clínica para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. En *Guía clínica para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe*. 2010. p. 100-100
- Organización Mundial de la Salud. *Eliminación mundial de la sífilis congénita: fundamentos y estrategia para la acción*. 2008.
- Valderrama, Julia, F. Zacarías. *Eliminación de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe: marco de referencia para su implementación*. Washington, DC: OPS (2005).
- Unicef. "Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe: documento conceptual." CLAP/SMR. *Publicación Científica*; 1569 (2009).
- Bolomo, G., Campoy, M. V., Garritano, M. V., Miraglia, E., Gómez Sierra, M. S., Ibáñez, M. J., Chiavassa, A. M. *Sífilis adquirida y congénita: nuestra experiencia en el Consultorio de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) del HIGA, San Martín de La Plata (2011-2015)*. *Medicina Cutánea Ibero-Latino-Americana* 44.3 (2017): 198-205.
- Vera I, Fernández PP, Leiro V, Bermejo A. Chancros sífilíticos en el nuevo milenio: 217 (casos) razones para pensar en sífilis. *Dermatol Argent*. 2013; 18 (6): 442-451.
- Falisticco, C., Vulcano, S., Levite, V., Ziaurris, C., Adaszco, A., Galarza, P. *HIV y Sífilis: seroprevalencia en puérperas de Argentina*. Ministerio de Salud de la Nación / Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Buenos Aires, Argentina. 2012.
- Hacia la meta de eliminación de la transmisión vertical del VIH y sífilis congénita y diagnóstico oportuno del Chagas Congénito en Argentina. *Propuestas de líneas de acción*. OMS / OPS / ONUSIDA / UNICEF / Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. 2014.
- Torales G, Galarza P, Soto V. *Diagnóstico y tratamiento de sífilis. Recomendaciones para equipos de salud*. Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Argentina, 2019.
- Boletín sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina. Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Argentina. Nº 35 - AÑO XXI - DICIEMBRE DE 2018.
- Bermejo A, Leiro V. Sífilis. El desafío permanente. *Rev Dermatol Argent*. 2011; 17 (2): 156-158.
- Situación del VIH, ITS y Hepatitis Virales en la Provincia de Buenos Aires. *Boletín Epidemiológico* 2018. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Dirección de VIH, ITS y Hepatitis Virales.
- Asamblea Mundial de la Salud. *Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual: 2016-2021*. 69.ª Asamblea Mundial De La Salud Organización Mundial de la Salud, 2016.
- Zetola NM, Klausner JD. Syphilis and HIV infection: an update. *Clin Infect Dis*. 2007;44(9):1222-1228. doi:10.1086/513427
- 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
- Klausner JD, Wolf W, Fischer-Ponce L, Zolt I, Katz MH. Tracing a syphilis outbreak through cyberspace. *JAMA*. 2000;284(4):447-449. doi:10.1001/jama.284.4.447
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Using the Internet for partner notification of sexually transmitted diseases--Los Angeles County, California, 2003*. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2004 Feb 20;53(6):129-31.
- McFarlane M, Kachur R, Klausner JD, Roland E, Cohen M. Internet-based health promotion and disease control in the 8 cities: successes, barriers, and future plans. *Sex Transm Dis*. 2005 Oct;32(10 Suppl):S60-4. doi:10.1097/01.olq.0000180464.77968.e2.
- Aprender 2018. Informe nacional de resultados. 6º año nivel primario. Secretaría de Evaluación Educativa. Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología. Presidencia de la Nación. 2018.
- Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual: 2006-2015: romper la cadena de transmisión. Organización Mundial de la Salud, 2007.
- Prevención de la transmisión vertical de sífilis, hepatitis B y VIH. *Recomendaciones para el trabajo de los equipos de salud*. Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual. Ministerio de Salud de la Nación. 2016.
- Parker LA, Deschutter EJ, Bornay-Llinares FJ, Hernandez-Aguado I, Silva G, Piragine Rdel C, Lumberras B. *Clinical and socioeconomic determinants of congenital syphilis in Posadas, Argentina*. *Int J Infect Dis*. 2012 Apr;16(4):e256-61. doi: 10.1016/j.ijid.2011.12.005.