

Comportamiento serológico de los contactos sexuales de las embarazadas seroreactivas**Serologic behavior of the sexual contacts of seroreactive pregnant women**

Eduardo Rivero Reyes,^I Nancy Moriyón Cecilia^{II}

^IEspecialista de II grado en Dermatología. Profesor Asistente. Máster en Infectología. Policlínico Docente "Flores Betancourt". Artemisa, Cuba. E-mail: polh.asar@infomed.sld.cu

^{II}Licenciada en Enfermería. Especialista en Enfermedades de Transmisión Sexual y Lepra. Investigador Agregado. Policlínico Docente "Flores Betancourt". Artemisa, Cuba. E-mail: polh.asar@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: la reacción serológica venereal disease reseach laboratory, de diagnóstico para la sífilis, continua siendo una herramienta importante de utilización para el estudio de las embarazadas y sus parejas. Por ello se realiza un análisis de los resultados serológicos de los contactos sexuales de todas las gestantes, específicamente los contactos sexuales de las gestantes seroreactivas, el número de estos seroreactivos y las posibles causas durante un quinquenio.

Objetivo: analizar el comportamiento serológico de todos los contactos sexuales de gestantes seroreactivas.

Métodos: se realizó una investigación descriptiva retrospectiva lápsica, a los contactos sexuales de las embarazadas captadas durante un quinquenio en el Policlínico Docente "Flores Betancourt", de Artemisa. La muestra estuvo conformada por el total de contactos de embarazadas seroreactivas. Se utilizaron variables discontinuas: gestantes no seroreactivas, gestantes seroreactivas, contacto sexual no seroreactivo, contacto sexual seroreactivo, contacto sexual seroreactivo enfermo.

Resultados: existieron 12 serologías reactivas en gestantes en el quinquenio estudiado, con 5 contactos sexuales seroreactivos, para un 0,03 %. Tasa de prevalencia periódica de contactos sexuales seroreactivos en el quinquenio del 0,35. Un 80 % correspondió con los contactos sexuales seroreactivos sin relación con sífilis reciente y el 20 % correspondió con casos nuevos de sífilis.

Conclusiones: el número de contactos sexuales seroreactivos es notablemente inferior, respecto al número de gestantes seroreactivas. La cantidad existente de contactos sexuales seroreactivos es, respecto a la del total de contactos sexuales encontrados a partir de las gestantes seroreactivas, mucho menor al esperado. El porcentaje de contactos sexuales seroreactivos que se relacionan directamente con una enfermedad luética reciente es significativamente bajo.

Palabras clave: gestantes seroreactivas, contacto sexual seroreactivo, grupo vulnerable.

ABSTRACT

Introduction: the serologic reaction venereal disease research laboratory, for the diagnosis of syphilis, continuous being an important tool of utilization for the study of pregnant women and her partners. For this reason an analysis of the serologic results of the sexual contacts of all pregnant women is performed, specifically the sexual contacts of seroreactive pregnant women, the number of these seroreactive cases and the possible causes during a five-year period.

Objective: to analyze the serologic behavior of all sexual contacts of seroreactive pregnant women.

Methods: a retrospective, descriptive, lapsic investigation was performed on the sexual contacts of the pregnant women who were studied during a five-year period at "Flores Betancourt" Teaching Polyclinic, of Artemisa. The sample was composed of the total of contacts of seroreactive pregnant women.

Discontinuous variables were used: non-seroreactive pregnant women, seroreactive pregnant women, non-seroreactive sexual contact, seroreactive sexual contact, sick seroreactive sexual contact.

Results: there were 12 reactive serologies in pregnant women during the five-year period studied, with 5 seroreactive sexual contacts, for a 0,03 %. 0,35 periodic prevalence rate of seroreactive sexual contacts in five years. 80 % corresponded with seroreactive sexual contacts without relation with recent syphilis and 20% corresponded with new cases of syphilis.

Conclusions: the number of seroreactive sexual contacts is notably lower, with regard to the number of seroreactive pregnant women. The existent quantity of seroreactive sexual contacts with regard to the total of sexual contacts found from seroreactive pregnant women is a lot lower to the one expected. The percentage of seroreactive sexual contacts that relate directly with a recent luetic illness is significantly low.

Key words: seroreactive pregnant women, seroreactive sexual contact, vulnerable group.

INTRODUCCIÓN

El VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), por sus siglas en inglés, es una reacción serológica bastante específica, para el diagnóstico de la sífilis, siendo importante su utilización en el estudio de las embarazadas por su bajo costo, además de reflejar la disponibilidad, así como la duración y magnitud, de la estimulación antigénica.^{1,2}

La sífilis es una enfermedad infecciosa sistémica, que en su etapa reciente, es contagiosa, rica en treponemas y con lesiones resolutivas. Sin embargo, en su segunda etapa de sífilis tardía, no es contagiosa, pero si peligrosa para la vida del enfermo y sus lesiones no son resolutivas. Si en la etapa reciente de la enfermedad, una mujer embarazada es contagiada y no tratada antes de las 19 semanas de gestación (tiempo este, a partir del cual, el agente causal puede atravesar la barrera placentaria), de seguro nacerá un niño con sífilis congénita.^{3,4}

Atendiendo a lo anterior, es que el Ministerio de Salud Pública, creó en 1972 un programa que previene, controla y cura esta patología en las gestantes, utilizándose para ello como herramienta epidemiológica, el pesquisaje con VDRL en el 1er y 3er trimestre del embarazo a toda mujer con tal condición, que acuda a consulta.^{4,5}

Siendo de suma importancia el estricto cumplimiento de esta indicación, tanto para la embarazada como para sus contactos sexuales, a los cuales se le realizarán los exámenes en el primer y tercer trimestre por igual, buscando de esta manera descartar, cualquier posibilidad de contagio sifilítico en las gestantes; previniéndose así, una posible presentación de sífilis congénita en el niño.⁶⁻⁹

El presente trabajo se realizó para analizar los comportamientos serológicos de todos los contactos sexuales de gestantes, pertenecientes al Policlínico Docente "Flores Betancourt" de Artemisa, durante los últimos 5 años. Así como enfatizándose en el total de estos contactos sexuales de las gestantes seroreactivas, con vistas a determinar, el número de contactos sexuales seroreactivos y sus posibles causas. Aspecto este, no tomado en cuenta por el Programa de Enfermedades de Trasmisión Sexual,⁷ por lo que pudiera ser racionalizado y perfeccionado en este punto con miras a una mejor estrategia de salud nacional.

MÉTODOS

Se realizó una investigación epidemiológica descriptiva retrospectiva lápsica, durante el quinquenio 2005-2009, a todos los contactos sexuales de las embarazadas captadas, a los que se le realizaron exámenes de VDRL, en el área de salud del Policlínico Docente "Flores Betancourt", de la provincia Artemisa, para analizar el resultado serológico de los contactos sexuales de gestantes, pertenecientes a dicha institución.

Se utilizó como criterio de inclusión para la selección de la muestra, el resultado serológico (VDRL) positivo, en el grupo de las gestantes con sus contactos. Se excluyó la no existencia de VDRL positivo en el grupo mencionado. Se utilizó un criterio de tipo serológico reactivo; estimándose como reactiva toda serología, con valores positivos a partir de 1x1 dil (valores de las diluciones del suero que se utiliza en el examen de VDRL).

Las variables utilizadas fueron: las gestantes con VDRL indicado y sus contactos con VDRL indicado. La primera variable se dividió en gestantes VDRL no reactivo y gestantes VDRL reactivo, la cual sirvió como punto de referencia para la confección a partir de ella de otras dos variables, relacionadas con el grupo de los contactos sexuales, los cuales se dividieron en contactos sexuales no seroreactivos y contactos sexuales seroreactivos, que a su vez dieron lugar a otras dos variables de estudio, la de contactos seroreactivos enfermos y la de contactos seroreactivos persistentes, los cuales fueron estudiados, con vistas a encontrar las causas etiológicas definitivas, de su seropositividad.

La fuente de obtención de datos procede de la serie cronológica, informe anual de ETS, exámenes de laboratorio e historia clínica. Recogiéndose los mismos, de una forma manual, utilizándose para ello la técnica de la Tarjeta Simple, para luego vaciar estos datos, en un formulario estadístico, que condensa toda la información primaria obtenida, de las variables de estudio acordadas.

Se realizó un análisis cuantitativo basado en los indicadores estadísticos epidemiológicos; razón, tasa de prevalencia periódica, proporción y porcentaje para efectuar el diseño estadístico del trabajo.

Los resultados se presentan en tablas estadísticas del tipo seriado cronológico y de datos de asociación, así como en gráfico de barras, para la distribución de frecuencias y de series cronológicas, como también el diagrama de sectores para la representación de los porcentajes.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra el número de serologías realizadas a contactos sexuales realizados a partir del total de gestantes estudiadas, observándose que del total de 1237, solo 5 fueron seroreactivas, para un 0,03 % de reactividad serológica con respecto al total mencionado; representando lo anterior una proporción de 0.01 de positividad.

Tabla 1. Número de serologías realizadas a contactos sexuales

Años	Embarazadas		Contactos Sexuales			Observ
	Total Estudiadas	VDRL Reactivo	Total Realizados	VDRL No Reactivo	VDRL Reactivo	
2005	204	2	200	200	-	
2006	181	3	178	177	1	
2007	337	3	337	336	1	
2008	341	2	334	333	1	
2009	190	2	188	186	2	1 Stal
Total	1253	12	1237	1232	5	

Fuente: Historias clínicas y Serie cronológica del Departamento de Dermatología.

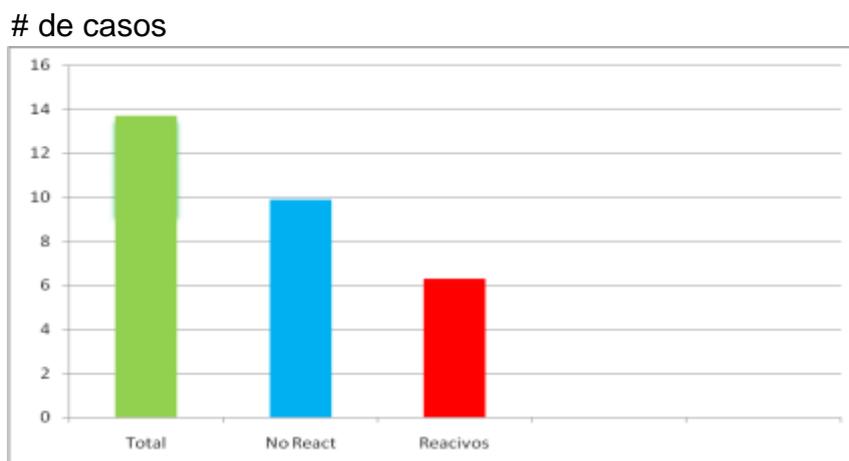
La tabla 2 destaca el mayor número de contactos sexuales realizados a partir de las gestantes seroreactivas, con una razón que los relaciona de 1,6 y una tasa de prevalencia periódica de contactos seroreactivos, respecto a los contactos sexuales detectados en el quinquenio de 0,35.

Tabla 2. Número de contactos sexuales de embarazadas seroreactivas.

Años	Embarazadas Serológicamente Reactivas	No. Contactos Sexuales		VDRL Reactivos
		Detectados	Con VDRL Indicados	
2005	2	2	2	-
2006	3	4	4	1
2007	3	3	3	1
2008	2	2	2	1
2009	2	3	3	2
Total	12	14	14	5

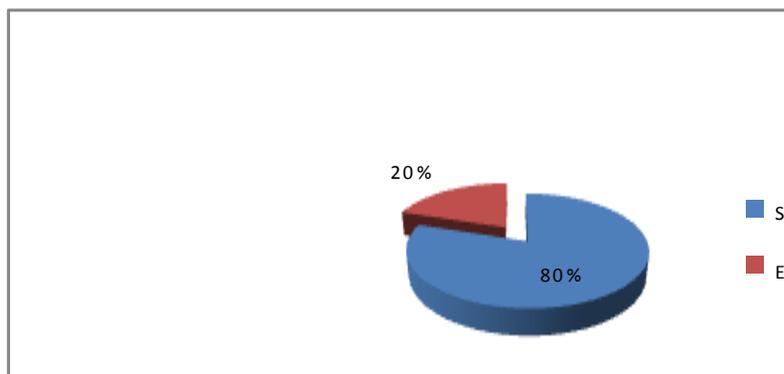
Fuente: Historias clínicas y serie cronológica del Departamento de Dermatología/ETS.

El gráfico 1 representa el total de contactos sexuales de gestantes seroreactivas, donde se destacan los cinco contactos seroreactivos, para un 35,7 % del total de contactos sexuales, con una proporción de contactos seroreactivos del 0,3.

Gráfico 1. Número y tipo de resultado serológico de los contactos sexuales de gestantes seroreactivas

Fuente: Historias Clínicas y Serie Cronológica del Departamento de Dermatología/ETS.

En el gráfico 2 se representa al 80 % de los contactos sexuales seroreactivos atribuibles a seroreactividades sin signos de enfermedad luética reciente, además de un 20 % que corresponde a casos nuevos de sífilis. Con una proporción de reactividad serológica relacionada con casos recientes de sífilis de 0,2.

Gráfico 2. Por ciento y tipos de contactos sexuales seroreactivos

Fuente: Historias Clínicas y Serie Cronológica del Departamento de Dermatología/ETS.

DISCUSIÓN

Como la presente investigación no presenta referentes nacionales, ni internacionales similares que considere este aspecto del Programa de Infecciones de Trasmisión Sexual ni otras investigaciones a fines que tomen en cuenta este enfoque, según revisión efectuada al respecto, en diferentes programas de manejo y control sobre enfermedades de transmisión sexual, donde además se consideraba el manejo de los grupos de riesgo, grupos vulnerables y contactos sin aportar nada nuevo sobre este tema,¹²⁻¹⁵ por lo que la misma suma una arista novedosa desde el punto de vista de los contactos, ya que estudia el problema desde la vertiente opuesta al de las gestantes a la hora de analizar, prevenir y tratar la sífilis en el embarazo y sus consecuencias enmarcado todo dentro del programa antes referido.

Con la ventaja de que al analizar a los contactos de gestantes desde un enfoque epidemiológico, a partir de la pertenencia o no a los grupos vulnerables, se está efectuando una estratificación puntual de los mismos, evitando de esta manera el abuso en las indicaciones serológicas en estos pues en la mayoría de los casos como se ha visto en el presente estudio resultan negativas, con un gasto desproporcionado de recursos, tanto financieros como humanos que pueden y deben ser racionalizados al analizar el problema de forma de forma personalizada, puntual y dialéctica.

Pudiéndose inferir que el número de gestantes seroreactivas, no siempre tiene una correspondencia de contactos sexuales seroreactivos, pues existen casos en que los contactos sexuales de estas embarazadas, tienen un resultado no seroreactivos, razón por la cual habitualmente, se indican VDRL en más de una oportunidad a estos contactos, con el consiguiente gasto en recursos y tiempo de trabajo, para al final arribar generalmente a un resultado negativo.

Por otra parte, muchos de estos resultados serológicos positivos en los contactos sexuales, ni tan siquiera se corresponden con una patología luética, tratándose como se observa en este estudio de seroreactividad persistente o falsas reactivas, en su mayor número.

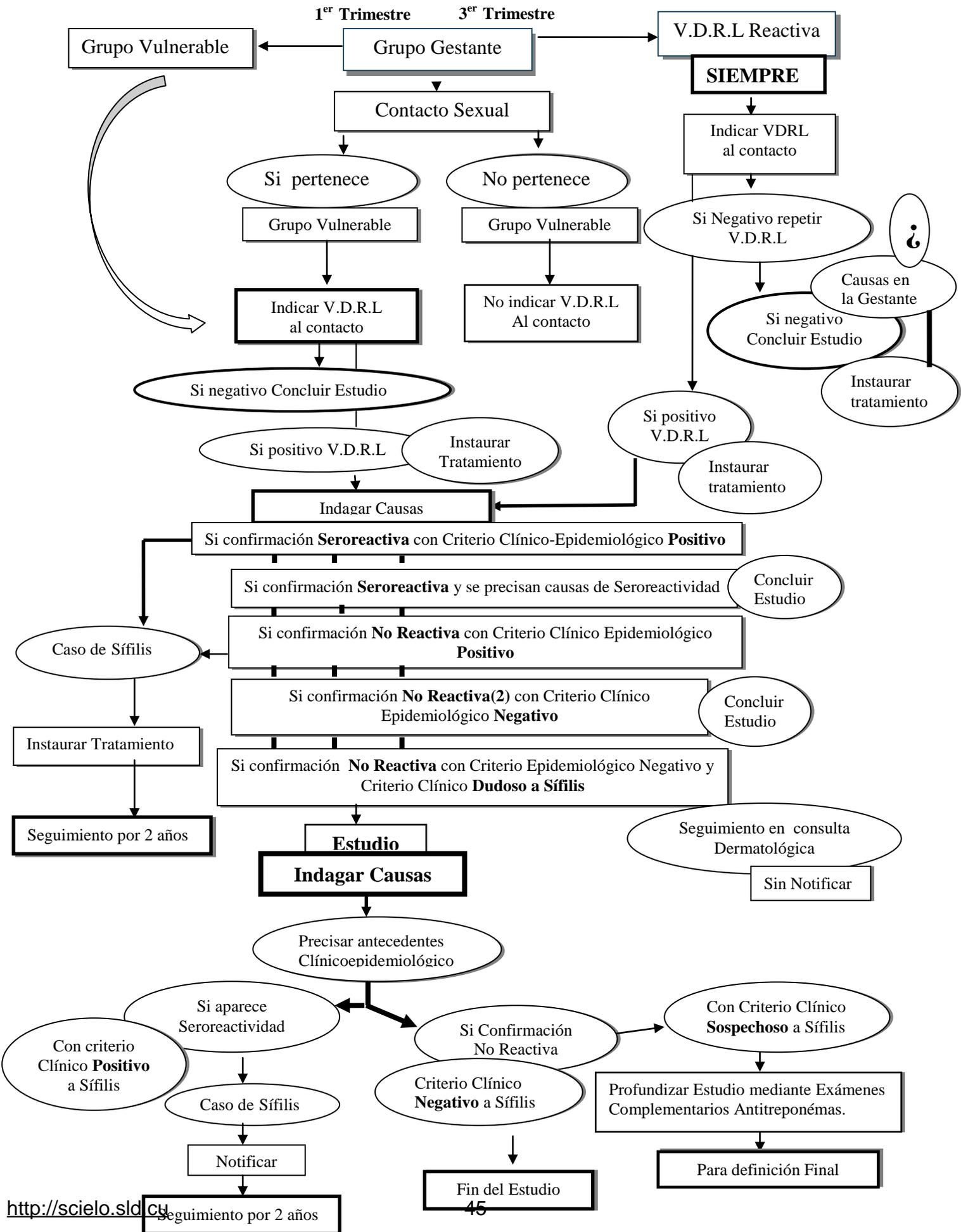
Por lo que resulta necesario efectuar una revisión del programa y la metodología que implementa esta forma de trabajo, que comprende a los Programas Materno Infantil y ETS; requiriéndose una adecuación más selectiva y estratificada de estos programas, en base a un enfoque epidemiológico puntual, que tome en cuenta los grupos vulnerables y a partir de aquí, racionalizar el número de serologías VDRL indicadas, a estos contactos de gestantes; sobre la base de solo indicarlos a los comprendidos dentro del grupo vulnerable (personas promiscuas, prostitutas/proxenetas, adolescentes con conducta sexual de riesgo, etc), que a nivel de Consultorio Médico de Familia, conforman para el médico de familia el Grupo de Vigilancia Epidemiológica.

Al introducir esta nueva propuesta de trabajo que innova la forma de la indicación serológica a los contactos de gestantes, se facilita el trabajo con estos, favoreciendo un empleo adecuado de esta indicación serológica.

Se concluye que es notablemente inferior el número de contactos sexuales seroreactivos con respecto al número de gestantes seroreactivas. Así mismo, la cantidad existente de contactos sexuales seroreactivos es, con respecto a la del total de contactos sexuales encontrados, a partir de gestantes seroreactivas mucho menor al esperado. Por otra parte el porcentaje de contactos sexuales seroreactivos que se relacionan directamente con una enfermedad luética reciente es significativamente bajo.

Basándonos en lo antes planteado se propone un algoritmo para el manejo de la serología (VDRL), a contactos sexuales de embarazadas.¹⁶

Proposición de Algoritmo para el manejo de la Serología (VDRL) a Contactos Sexuales de Embarazadas



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Van Dyck, E. Diagnóstico de laboratorio de las enfermedades de transmisión sexual. Ginebra: OMS; 2010.
2. Larrondo Muguercia RL, González Angulo AR, Hernández García LM, Larrondo Lamadrid RP. La técnica serológica del VDRL. Indicaciones y manejo en la atención primaria Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 1999 [citado 20 Dic 2014];15(5). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_5_99/mgi13599.htm
3. Massur K, Días Almeida JB, Cortes Hernández M. Dermatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004
4. MINSAP. Programa Nacional de Prevención y Control de Sífilis. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1982.
5. El control de las Enfermedades de Transmisión Sexual. Family Health International. Ginebra: WHO; 2011.
6. Ministerio de Salud Pública. Centro Nacional de prevención ITS/VIH/SIDA. Manual metodológico para el trabajo de Prevención de la ITS/VIH/SIDA, Cuba; 2006.
7. Ministerio de Salud Pública. Infecciones de Transmisión Sexual, Pautas para su tratamiento, Cuba; 2008.
8. Valderrama J, Mazin R. Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. Revista Panamericana de Salud Pública. [Internet]. 2004 [citado 11 Feb 2014];16(3). Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892004000900012&script=sci_arttext
9. Berdasquera Corcho D, Fariñas Reinoso AT, Ramos Valle I. Las enfermedades de transmisión sexual en embarazadas. Un problema de salud a nivel mundial. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2001 [citado 11 Feb 2014];17(2). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_2_01/mgi13201.htm
10. Ministerio de Salud Pública. Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana en el año 2000; La Habana: MINSAP; 2009.
11. Berdasquera Corcho D. Conocimientos de los médicos de familia sobre grupos de riesgo de enfermedades de transmisión sexual. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2000 Dic [citado 11 Feb 2014];16(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000600007&lng=es.
12. Willcox R. El manejo y tratamiento de las enfermedades transmitidas sexualmente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004.p. 61-81
13. Dallabeta MD, Gina A. El control de las enfermedades de transmisión sexual: un manual para el diseño y la administración de programas. Washington: OPS; 2013. p. 3-24,
14. Manual de Controle das Doencas Sexualmente Transmissivies [Internet]. Brasil: Ministerio da Saude. Coordenacao Nacional DSTe AIDS, Brasil, 2009 [citado 11 Feb 2014]. Disponible en: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_controle_das_dst.pdf
15. Schryver A, Mehers A. Epidemiología de las enfermedades de transmisión sexual. Panorama Mundial. Bol ofic Sanit Panam. 2011;141(1):1-14.

16. Moherdau F. Validation of National Algorithms, for Diagnosis of STD in Brazil: Results from a multicentre study. *Sex Trans Infect.* 1998;74(1):38-43.

Recibido: 22 de octubre de 2014.

Aprobado: 6 de enero de 2015.

Dr. Eduardo Rivero Reyes. Especialista de II grado en Dermatología. Profesor Asistente. Máster en Infectología. Policlínico Docente "Flores Betancourt". Artemisa, Cuba. E-mail: polh.asar@infomed.sld.cu