

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**SEROPREVALENCIA DE VDRL EN MUJERES
EMBARAZADAS**

Estudio descriptivo-transversal realizado a mujeres embarazadas que asistieron a control prenatal al centro de salud del municipio de Gualán, departamento de Zacapa, del 24 de marzo al 9 de mayo de 1998



*Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.*

MAYNOR RAFAEL HERNANDEZ SEQUEN

En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, junio de 1998

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

05
7(7845)
C.4

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
HACE CONSTAR QUE :

El (la) BACHILLER : MAYNOR RAFAEL HERNANDEZ SEQUEN
Carnet Universitaria No. 92-10612

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al título de Médico y Cirujano, el trabajo de tesis titulado:
SEROPREVALENCIA DE VDRL EN MUJERES EMBARAZADAS

trabajo asesorado por:
Doctor: JOSE BENEDICTO VASQUEZ
y revisado por:
Doctor: ALLAN JACOBO RUANO FERNANDEZ

quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, firman y sellan la presente ORDEN DE IMPRESION.

Guatemala. 11 de junio de 1998


Dr. Antonio Palacios
COORDINADOR UNIDAD TESIS



DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE SALUD


IMPRIMASE:


Dr. Edgar Axel Oliva González
DECANO




CULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 11 de junio de 1998

Doctor:
Antonio Palacios López
Coordinador Unidad de Tesis
Facultad de Ciencias Médicas.

Se le informa que el (la) BACHILLER

MAYNOR RAFAEL HERNANDEZ SEQUEN

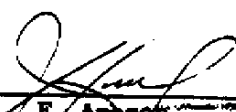
Nombres y apellidos completos

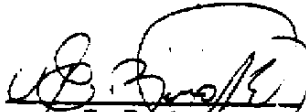
Carnet No.: 92-10612 ha presentado el Informe Final de su trabajo de tesis titulado:

SEROPREVALENCIA DE VDRL EN MUJERES EMBARAZADAS

Del cual autor, asesor(es) y revisor nos hacemos responsables por el contenido, metodología, confiabilidad y válides de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.


Firma del estudiante


F. Asesor
Nombre completo y sello
COL. 7042
No. 1200


F. Revisor
Nombre completo y sello
Reg. Personal
DR. ALLAN JACOBO RUC
COL. 7042
MEDICINA GENERAL (PEDIATRIA)



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ATEMALA, CENTRO AMÉRICA

APROBACION INFORME FINAL

OF. No. 45-98

Guatemala, 11 de junio de 1998.

BACHILLER:
MAYNOR RAFAEL HERNANDEZ SEQUEM
CARNET No. 92-10612
Facultad de Ciencias Médicas
USAC.

Por este medio hago de su conocimiento que su Informe Final de Tesis, titulado: SEROPREVALENCIA DE VDRL EN MUJERES EMBARAZADAS

ha sido RECIBIDO, y luego de REVISADO se ha establecido que cumple con los requisitos contemplados en el reglamento de trabajos de tesis; por lo que es autorizado para completar los trámites previos a su graduación.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,

"DID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. Antonio Palacios López
Coordinador Unidad de Tesis
USAC

NOTA: La información y conceptos contenidos en el presente trabajo es responsabilidad única del autor.

APL/jvv.

INDICE

CONTENIDO

	Pág.
Introducción	1
Definición y Análisis del Problema.....	2
Justificación.....	3
Objetivos	4
Marco Teórico	5
Metodología	13
a) Tipo de Estudio.....	13
b) Sujeto de Estudio.....	13
c) Universo y Muestra	13
d) Criterio de Inclusión y Exclusión	13
e) Variables	15
f) Recursos	15
g) Recolección de Datos	16
Análisis y Discusión de Resultados	18
Conclusiones	26
Recomendaciones	27
Resumen	28
Referencias Bibliográficas	29
Anexos	31

INTRODUCCION

Siendo la sífilis una de las enfermedades de transmisión sexual con un impacto potencial sobre el grupo materno infantil, así como con una facilidad para prevenirla, diagnosticarla y tratarla adecuadamente, se realizó un estudio descriptivo transversal con el fin de determinar la seroprevalencia de VDRL en las mujeres embarazadas que asistieron al Centro de Salud del Municipio de Gualán, Departamento de Zacapa.

Por medio de la aplicación de la prueba de VDRL a 122 mujeres embarazadas, se estableció una prevalencia de 7.37% correspondientes a 9 casos, cuyo grupo etáreo más afectado fué entre los 15 a 20 años, el 90.2% eran amas de casa, en su mayoría estaban unidas. La edad gestacional más afectada fueron las comprendidas entre las 21 a 30 semanas, seguido por 31 a 40 semanas, con 5 y 3 casos respectivamente, respecto a los antecedentes obstétricos de las 122 mujeres embarazadas incluidas en el estudio, el 31.1% eran primigestas, el 34.4% tenían de 1 a 2 hijos y el 34.5% tenían más de 4 hijos.

Con lo cual se concluyó que las mujeres embarazadas incluidas en el estudio poseían algunos factores de riesgo que las hacía susceptibles de contraer la infección, tales como: madres adolescentes sexualmente activas comprendidas entre las edades de 20 a 24 años, con nivel educativo y socioeconómico bajo, por lo que es necesario seguir realizando estudios para mantener un control más estricto y es ésta manera ir en pro de la salud materno infantil de dicho municipio.

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

Como en cualquier otro período de su vida, la mujer gestante, es susceptible de padecer diversas enfermedades, algunas de éstas pueden ser sumamente graves tanto para ellas como para el feto.

Existen diversas enfermedades infecto-contagiosas que pueden transmitirse por contacto sexual, de éste grupo, la sífilis ha causado un impacto importante en contra del bienestar materno-fetal por sus complicaciones que trae consigo tales como: Infecundidad, parto pretérmino, abortos espontáneos, sífilis congénita y enfermedades perinatales; debido a que el *Treponema pallidum*, como su agente etiológico, puede alcanzar la circulación fetal transplacentariamente.

En nuestra sociedad guatemalteca se registraron en 1995, 272 casos de sífilis, con una tasa de 2.56, según el Boletín Epidemiológico Nacional de 1996.(11)

En 1996 se determinó la prevalencia de VDRL a nivel nacional, el cual correspondió al 3.69 x 100,000 habitantes.(12)

Zacapa, uno de los departamento más afectados por virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) y por ende uno de los departamentos con mayor prevalencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS), siendo pues, Gualán, el municipio más grande de éste, se hace necesario establecer la prevalencia de VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) en mujeres embarazadas, ya que no se disponen de estudios científicos en éste grupo etáreo de la población; se pretende pues, contribuir a la investigación y disminución de la morbi mortalidad materno-infantil.

III) JUSTIFICACION

Las ETS representan problemas de Salud prioritarios en Guatemala; aunque se han establecido y ejecutado programas nacionales de prevención y control, muchos necesitan fortalecerse.

Al tomar a las ETS en conjunto, podemos notar que representan complicaciones importantes durante el control prenatal, siendo la sífilis una de ellas por presentar efectos tanto maternos como fetales; por lo que radica en este punto la necesidad de realizar dicho estudio, en el cual se determinarán anticuerpos inespecíficos de dicha patología en las embarazadas que asisten a Control Prenatal al Centro de Salud del Municipio de Gualán, ya que en dicho Centro no se cuenta con datos exactos y fidedignos, por no formar parte de Laboratorios de rutina dicho procedimiento, se ve la necesidad e llevarse a cabo, y de ésta manera, a través de la detección temprana de la enfermedad, evitar una infección fetal transmitida transplacentariamente, mediante un tratamiento adecuado y oportuno constituyendo de ésta forma a la vigilancia epidemiológica de éste Municipio.

IV) OBJETIVOS

GENERAL

1. Determinar la seroprevalencia de VDRL reactivo en mujeres embarazadas.

ESPECIFICOS

1. Determinar el número de embarazadas con VDRL reactivo débil o fuerte.
2. Determinar el número de embarazadas con VDRL no reactivo.
3. Identificar el grupo étnico más afectado por VDRL reactivo.
4. Determinar el número de mujeres embarazadas que tuvieron antecedentes de VDRL reactivo.
5. Establecer un tratamiento oportuno en los casos reactivos.

IV) MARCO TEORICO

SIFILIS

Definición:

La sífilis es una infección subaguda o crónica generalizada causada por la especie *Treponema pallidum*, que suele ser de transmisión sexual y en la que alteran episodios de actividad, interrumpidos por periodos de latencia. (4,7)

Después de un periodo de incubación de 3 semanas como promedio, aparece lesión primaria, acompañada de lesiones mucocutáneas y linfadenopatías generalizadas que va seguida de un periodo latente de infección subclínica de muchos años de duración. (7)

ETIOLOGIA:

La espiroqueta de ésta enfermedad es un patógeno humano estricto, no se conoce sífilis natural en ninguna otra especie (13). El agente causal de la sífilis *Treponema pallidum*, guarda relación estrecha con otras espiroquetas patógenas, incluso las que causan la frambesia (*Treponema pertenue*), y el pinto (*Treponema carateum*). (4,8,13)

Las espiroquetas constan de tres géneros patógenos para el hombre y muchos animales: *Leptospira*, *Borrelia* (*recurrentis* y *vicentii*) y *Treponema* (*pallidum*, *pertenue*, *carateum* y *paraluiscuniculi*). (7)

Este microorganismo tiene similitud estructural considerable con las bacterias gram negativas. (4,8,13)

EPIDEMIOLOGIA:

Casi todos los casos de sífilis se adquieren por contacto sexual con lesiones infectadas, otras formas menos frecuentes de transmisión son el contacto personal no sexual y la infección adquirida en útero o por transfusiones. (1,4,5,7,21)

La sífilis tiene una distribución universal y es la tercera enfermedad de transmisión sexual más en los Estados Unidos (después de Neisseria gonorrhoea y Chlamydia).)13)

Anualmente se notifican en el mundo más de 200 millones de casos de gonorrea y más de 50 millones de casos de sífilis. Se desconocen las cifras verdaderas, ya que las ETS no se notifican ni se tratan en gran parte del mundo. (16)

En Guatemala, durante el año de 1994, casos de sífilis, fueron reportados; en 1995 se registraron 272 casos con una tasa de 2.56 (10,11)

Según el estudio realizado, en 1996, en el cual se incluyeron 2360 mujeres trabajadoras del sexo, a nivel nacional, se reportaron 554 casos con VDRL positivo, representando el 23.5% de sujetos de estudio. (12)

La sífilis tiene mayor incidencia en las grandes ciudades y en jóvenes con actividad sexual; su incidencia en hombres y mujeres es máxima en el período de 20 a 24 años de edad, lo siguen los períodos de 25 a 29 y 15 a 19 años, de edad, en ese orden. La sífilis no respeta clases, razas o grupos sociales y tienen mayor prevalencia, en grupos de nivel educativo y socioeconómico bajo. El aumento de compañeros sexuales y quizá su selección indiscriminada aumenta el riesgo de contraer enfermedades venéreas. Los pacientes con sífilis primaria y secundaria señalan en promedio casi tres compañeros sexuales diferentes en los tres meses previos. Una base para el control de la sífilis es la investigación epidemiológica de los compañeros sexuales de pacientes con lesiones primarias o secundarias, o con enfermedad latente en fase inicial. En años recientes, una proporción creciente del total de casos de sífilis infecciosa correspondió a varones homosexuales. (4,5,9,15)

CURSO CLINICO NATURAL DE LA SIFILIS SIN TRATAR

Surge una pápula indolora, que poco a poco se transforma en una úlcera de base clara con bordes protuberantes e indurados, que persiste durante dos a seis semanas después cura de manera espontánea. Al cabo de varias semanas

más, es característico que el paciente entre en la etapa secundaria, en la que son habituales febrícula, cefalea, malestar general, linfadenopatía generalizada y exantema mucocutáneo. Las lesiones secundarias curan de manera espontánea al cabo de 2 a seis semanas y después la infección entra en etapa latente. (4,7)

SIFILIS EN EMBARAZO

La sífilis anteparto puede condicionar de forma importante el desenlace del embarazo, puesto que puede provocar parto, infertilidad, abortos espontáneos, sífilis congénita y enfermedades perinatales. (1,9,14,18)

INFECCION FETAL Y NEONATAL

En el pasado la sífilis era responsable de la tercera parte de los nacimientos mortinatos y de hecho, el parto de un feto macerado se consideraba diagnóstico de infección por *Treponema pallidum*. En la actualidad la sífilis desempeña un papel menor pero persistente como causa de muerte fetal y como lo remarcan los Center For Disease Control (1989), el número de casos de infección congénita ha sido paralelo al incremento del doscientos cuarenta por ciento de la sífilis en los adultos de 1986 a 1988. La mitad de éstas madres no disponían de una asistencia prenatal adecuada y por lo tanto, la infección no fue diagnosticada.

La mitad de los neonatos con infección congénita nacieron de mujeres que recibieron asistencia prenatal, pero en quienes no se practicaron pruebas de detección serológica, y por lo tanto no se trató la sífilis materna. Dorman, Glaser, Sánchez y Cols., describieron varios casos de sífilis congénitas que pasaron inadvertidos debido a que la infección materna reciente no habría permitido la respuesta mediada por anticuerpos en el momento del parto.

PATOLOGÍA:

La sífilis es una infección crónica y la espiroqueta causa lesiones en los órganos internos que incluyen alteraciones intersticiales en los pulmones (neumonía Alba de Virchow), hígado bazo y páncreas. Cualquier fase de la sífilis durante el embarazo puede conllevar un feto infectado y afectado. Las infecciones más reciente tienen mayor probabilidad de causar morbilidad fetal.

La infección sífilítica también causa osteocondritis en los huesos largos, que se reconoce radiográficamente con facilidad en los extremos inferiores del fémur, la tibia y el radio. (1,9,21)

Bajo la influencia de la infección sífilítica, la placenta aumenta de tamaño y adquiere un color pálido. Microscópicamente, las vellosidades parecen haber perdido su aspecto absorbente característico y se vuelven más gruesas, adquiriendo forma de mazos. Se produce una disminución muy manifiesta de bazos sanguíneos que en los casos avanzados desaparece casi totalmente como resultado de la endarteritis y proliferación de las células de la estroma. Luca y cols., demostraron un aumento de la resistencia vascular en las arterias uterina y umbilical, en los embarazos infectados, que podría estar relacionado con éste fenómeno.

Las espiroquetas se distribuyeron de forma irregular en toda la placenta, aunque se encuentran en mayor cantidad en los órganos fetales. Puede objetivarse mediante el examen con microscopio de campo oscuro de raspados de la íntima de vasos de cordón umbilical fresco. (9,19,21)

SÍNDROMES CLÍNICOS:

Sífilis Primaria:

El chancro sífilítico inicial se desarrolla en el lugar de inoculación; la lesión comienza con una pápula que se erosiona produciendo una úlcera indolora de bordes elevados (2,4,7,13). La mayoría de los pacientes desarrolla linfadenopatías regionales indoloras una a dos semanas después del chancro; éste es un foco en la que proliferan las espiroquetas. El chancro contiene también abundantes espiroquetas que puede diseminarse a través del sistema linfático y sanguínea. Cuando la úlcera cura de forma espontánea a los dos meses el paciente obtiene una falsa sensación de alivio. (13)

Sífilis Secundaria:

Los signos clínicos de la enfermedad diseminada marcan la segunda fase de la sífilis. Esta fase se caracteriza por un síndrome gripal, con faringitis, cefaleas, fiebre, mialgias, anorexia, linfadenopatías generalizadas y una

erupción mucocutánea diseminada. La lesión es variable (macular, papular, pustulosa), recubre toda la superficie cutánea, no respeta las palmas ni las plantas, y remite lentamente durante semanas después. (8,13). Como sucede en el chancro primario, la erupción de la sífilis secundarias es sumamente contagiosa. (13)

Sífilis Tardía:

Un pequeño grupo de pacientes progresa hacia sífilis tardía. La enfermedad progresiva provoca una destrucción devastadora de prácticamente cualquier órgano o tejido. La nomenclatura de la sífilis tardía refleja el órgano primariamente afectado. (8,13)

Sífilis Congénita:

Una mujer sífilítica embarazada puede transmitir *Treponema pallidum* al feto a través de la placenta a partir de la décima a la vigésimo quinta semana de gestación. Algunos de los fetos infectados mueren, dando lugar al aborto; otros llegan al término pero nacen muertos. Aún otros nacen vivos pero desarrollan los signos de sífilis congénita durante la niñez, los cuales incluyen queratitis intersticial, dientes de Hutchinson, nariz de silla de montar, periostitis y diversas anomalías del sistema nervioso central. El tratamiento adecuado de la madre durante el embarazo previenen la sífilis congénita.

El título de reaginas en la sangre del niño asciende con la infección activa; pero baja con el tiempo si los anticuerpos solo fueron transmitidos pasivamente por la madre. En la infección congénita el niño elabora anticuerpos IgM antitreponemas. (13)

Sífilis Latente:

Latencia Precoz: Mayor de un año de la infección, pueden observarse lesiones mucocutáneas infecciosas pero al cabo de dos años ya no se observan y el enfermo parece hallarse completamente normal. El período de latencia puede durar algunos años o toda la vida. En caso de pacientes no tratados un tercio desarrolla sífilis terciaria. (4)

-9-

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

Neurosífilis:

Se presenta en un 5 por ciento de los pacientes sífilíticos no tratados los que presentan síntomas y signos cerebrales así como meninges, por ejemplo: el signo de pupila de ARgyll-Roberston que consiste en pérdida del reflejo pupila a la luz y conservación del reflejo de acomodación. Puede además lesiones de tabes dorsal (ataxia locomotora), signos de Romberg positivo y artropatía de chancro que es una desorganización indolora de una articulación con tumefacción ósea y movilidad anormal.

DIAGNÓSTICO

a) Examen de campo oscuro:

El examen de campo oscuro es fundamental para valorar las lesiones cutáneas como el chancro (primaria) y los condilomas (secundaria). Aunque es difícil de demostrar *Treponema pallidum* en las lesiones maculopapulosas secas de la sífilis secundaria, mediante examen de campo oscuro, si puede descubrirse por aspiración con solución salina de los ganglios linfáticos durante ésta etapa. (4,7)

b) Inmunofluorescencia directa:

Esta prueba utiliza anticuerpo antitreponémico policlonal conjugado con fluorescencia para descubrir *T. pallidum* en los frotis preparados de lesiones sospechosas.

c) Pruebas serológicas:

Los dos tipos generales de pruebas son las inespecíficas, no treponémicas o reagínicas y las treponémicas específicas. La infección por *T. pallidum* produce dos tipos básicos de anticuerpos humorales: anticuerpo no específico contra difosfatidilglicerol (cardiolipina) que es un componente normal de muchos tejidos; y anticuerpos específicos contra *Treponema*. Los anticuerpos no específicos contra la cardiolipina antes se conocían como reagina. (4)

- Pruebas no específicas:

Los anticuerpos anticardiollipina fueron descubiertos en 1907 usando extractos de hígado sífilítico, actualmente se extrae de corazón de buey el antígeno para éste tipo de prueba. La prueba de Wasserman ha sido sustituida ahora por pruebas afines: VDRL (Venereal Disease Research Laboratories) es la prueba estándar que se usa hoy en día para descubrir anticuerpos contra la cardiollipina, es una prueba de floculación en laminilla fácilmente cuantificable, existe además la prueba llamada RPR (Reagina plasmática rápida) que también se usa con frecuencia para la búsqueda de sífilis. Estas pruebas son sencillas, baratas y fáciles de usar. El VDRL es la prueba preferida para vigilar la respuesta del paciente al tratamiento. Puesto que ésta descubre anticuerpo contra un componente tisular normal, puede ser positiva falsa en número significativo de pacientes, en presencia de estimulaciones inmunitarias como: inmunización, infecciones, enfermedades colagenovasculares, embarazo, adición a drogas, a menudo éstas falsamente positivas lo son a títulos bajos. (4,7)

VDRL inicia a ser positiva 1 ó 2 semanas después de iniciando el chancro. Obviamente que sea negativa no excluye la posibilidad de sífilis, sobre todo si la lesión tiene menos de dos semanas. Es positiva en 99 por ciento de pacientes con sífilis secundaria, la reactividad de la prueba tiende a disminuir en fases tardías de la enfermedad. El título cuantitativo sirve para diagnóstico y para vigilar la respuesta terapéutica. El título se informa como la dilución mayor que produce una respuesta positiva. La mayoría con sífilis secundaria tiene títulos de por lo menos 1:16. Paciente con prueba falsamente positiva tiene títulos de menos de 1:8. Ningún título aislado permite por sí mismo establecer diagnóstico. Sin embargo los aumentos significativos (de 4 veces o más) en pares de sueros indican que existen sífilis aguda. El suero se vuelve no reactivo después de una año de tratamiento adecuado para sífilis secundaria. Un pequeño número de pacientes puede permanecer seropositivos por siempre. Principal inconveniente de éstas pruebas, principalmente del VDRL es el de no ser específicas para la infección activa; ya que detectan anticuerpos Ig G e Ig M contra un antígeno lipídico inespecífico los títulos se elevan con la enfermedad activa, reinfección o mal tratamiento. (4)

-Pruebas específicas antitreponémicas:

La primera y la mejor es la de inmovilización de *T. pallidum* (TPI) mide la capacidad de suero de prueba (anticuerpos) más complemento para inmovilizar *T. pallidum*, es una prueba cara y complicada. La más utilizada es la inmunofluorescencia indirecta (FTA-ABS) utiliza *T. pallidum* fijado como antígeno para medir anticuerpos antitreponémicos séricos (gamma globulina antihumana marcada con fluorescencia) es sensible y específica, los anticuerpos se detectan precozmente en la infección y permanecen detectables en las infecciones latentes y tardías. Las reacciones falsamente positivas son raras pero ocurren en pacientes con trastornos linfoproliferativos, cirrosis, enfermedad colágeno-vascular y drogadicción. Los inconvenientes de éstas pruebas son su interpretación subjetiva, no cuantificable y, una vez positiva permanece así durante toda la vida. (4,7)

TRATAMIENTO:

Toda embarazada debe someterse a una prueba no treponémica en su primera consulta prenatal y las mujeres con riesgo alto de adquisición de ETS deben repetir la prueba en el tercer trimestre al dar a luz. La penicilina es el único tratamiento aconsejado para la sífilis en el embarazo. Si la enferma tiene alergia demostrada a la penicilina y esto se confirma al aparecer una reacción papuloeritematosa inmediata en la cutirreacción con peniciloil pollisina o una mezcla con el determinante menos de la bencilpenicilina y tratamiento con penicilina, debe efectuarse la desensibilización en un hospital, después del tratamiento, debe repetirse mensualmente una prueba cuantitativa de reagina durante todo el embarazo y, si el título se eleva a cuatro veces, hay que repetir el tratamiento. También debe repetirse el tratamiento a las mujeres ya tratadas, cuando el título no se torna cuatro veces menor en un plazo de tres meses. (5,6,7)

VI) METODOLOGIA

A) TIPO DE ESTUDIO

De conformidad con el problema y los objetivos del estudio se define éste como: Estudio Descriptivo -Transversal.

B) SUJETO DE ESTUDIO

Mujeres embarazadas que asistieron a Control Prenatal al Centro de Salud de Gualán durante el período de estudio.

C) UNIVERSO Y MUESTRA

El universo y muestra estuvo constituido por todas las mujeres embarazadas que asistieron a control prenatal al Centro de Salud de Gualán.

La muestra estuvo constituida por 122 mujeres embarazadas correspondiendo al 100% , que asistieron a Control Prenatal al Centro de Salud de Gualán durante el periodo de estudio.

D) CRITERIO DE INCLUSION

* Mujeres embarazadas que asistieron a control prenatal al Centro de Salud de Gualán durante el período de estudio.

* Mujeres embarazadas que estuvieron de acuerdo en formar parte del estudio.

CRITERIO DE EXCLUSION

* Mujeres embarazadas que no asistieron al Centro de Salud de Gualán .

- Mujeres que no estaban embarazadas y asistieron al Centro de Salud de Gualán en el período de estudio.

- Mujeres embarazadas que no estuvieron de acuerdo en formar parte del estudio.

- Toda mujer embarazada con diagnóstico de enfermedades colágenovasculares.

E) VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	UNIDAD DE MEDIDA	ESCALA DE MEDICION
EDAD	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento	Tiempo que una persona ha vivido de su nacimiento hasta la fecha de estudio	Años	Intervalos
EMBARAZO	Estado fisiológico comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el momento del parto	Estado fisiológico desde la fecundación del óvulo hasta el momento del parto	Mujer embarazada	Nominal
VDRL	Prueba serológica que determina los anticuerpos inespecíficos al reaccionar con los antígenos cardiolipídicos	Prueba serológica que determina anticuerpos inespecíficos elaborada de acuerdo a las normas internacionales de laboratorio cuyo resultado se define como: reactivo, no reactivo y reactivo débil	No reactivo Reactivo y Reactivo Débil	Nominal
ANTECEDENTES DE VDRL O SIFILIS	Mujer que con anterioridad se le haya determinado VDRL positivo	Mujer que se le haya determinado VDRL positivo durante el embarazo actual	Si No	Nominal
FACTORES INFLUYENTES EN VDRL REACTIVO	Cada uno de los factores que predisponen o son riesgos de adquirir sífilis	<p><u>Ocupación:</u> acción en que se emplea el tiempo siendo este remunerado o no.</p> <p><u>Estado Civil:</u> condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.</p> <p><u>Vida Sexual Activa:</u> Dícese de la mujer que aún continúa teniendo relaciones sexuales.</p> <p><u>Edad Gestacional:</u> Tiempo transcurrido en semanas desde FUR (fecha de la última regla)</p>	<p>Ama de casa, trabajadora doméstica, comerciante, prostituta.</p> <p>Casada, soltera, unida, divorciada y viuda.</p> <p>Si No</p> <p>Semanas</p>	Nominal

F) RECURSOS

a) Materiales

1. Económicos

Los recursos económicos fueron sufragados por el estudiante responsable del estudio.

2. Físicos:

Se contó para el estudio con la infraestructura y material que se menciona a continuación:

- Centro de Salud de Gualán (Laboratorio Clínico)
- Equipo estéril y descartable (jeringas, agujas, guantes, ligaduras, algodón)
- Equipo de Laboratorio (Microscopio, pipetas, tubos de ensayo, etc)
- Reactivo para VDRL

b) Humanos

Para la realización del estudio se contó con:

- Laboratorista del Centro de Salud
- Médico (Directora del Centro de Salud)
- Enfermeras Auxiliares (colaboradoras)

c) Aspectos Éticos:

Se realizó un estudio observacional descriptivo para lo cual, se pidió consentimiento y se explicó a los pacientes, el objeto y la finalidad del estudio; así como la factibilidad de proporcionar medicamentos gratuitos oportunos y seguimiento del caso por personal de salud.

G) RECOLECCION DE DATOS

1. Información que se recolectó

- Datos generales y antecedentes obstétricos el sujeto de estudio.
- Examen de laboratorio, prueba de VDRL

2. Estructura y Diseño del Instrumento de Medición

- Título
- Instrucciones
- Datos generales
- Antecedentes obstétricos
- Resultado de Prueba de VDRL
- Conducta a seguir (Plan educacional o terapéutico)

3. Proceso de Recolección de datos

Dicho proceso se llevo a cabo en dos fases:

- a) Se revisó la ficha clínica de cada paciente sujeto de estudio, para conocer las características personales del sujeto (datos generales y antecedentes obstétricos).
- b) Se procedió a extraer 3cc de sangre venosa para realizar la prueba serológica de VDRL con técnica conocida, y posteriormente se incluyó el resultado de dicha prueba en la boleta de la recolección de datos.

4. Ejecución de la Investigación

1. Selección del tema de investigación
2. Selección del asesor y revisor
3. Recopilación de material bibliográfico
4. Elaboración de protocolo de la investigación
5. Revisión por asesor
6. Ejecución del trabajo de campo
7. Tabulación y procesamiento de resultados
8. Análisis y discusión de resultados
9. Elaboración del informe
10. Presentación del informe final

VII) ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Cuadro No. 1

Resultado de prueba de VDRL en mujeres embarazadas que asistieron al Centro de Salud de Gualán, a control prenatal.

RESULTADO	FRECUENCIA	%
Reactivo	9	7.37
Reactivo Débil	0	0
No Reactivo	113	92.6
Total	122	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

ANALISIS:

Podemos observar que de 122 mujeres embarazadas sometidas al estudio se encontraron 9 resultados de VDRL reactivos correspondientes al 7.37%, cifra significativamente representativa, sin embargo, según estudios anteriores se determinaron que el 58% de mujeres embarazadas, no llevan control prenatal o lo llevan con comadronas, por lo que puede haber un subregistro y dicha cifra puede ser mayor que la reportada. Para 1996 la prevalencia de VDRL, a nivel nacional correspondió al 3.69 x 100,000 habitantes, según el boletín epidemiológico No. 14 de de 1,996.

Cuadro No. 2

Edad de las mujeres embarazadas que asistieron al centro de salud de Gualán a Control prenatal y realización de VDRL.

EDAD	FRECUENCIA	%	VDRL	
			Reactivo	No reactivo
15-20	43	35.2	4	39
21-25	26	21.3	3	23
26-30	27	22.1	1	26
31-35	16	13.1	1	15
36-40	6	5	0	6
41-45	4	3.3	0	4
TOTAL	122	100	9	113

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

ANALISIS:

Según el cuadro anterior podemos determinar que en su mayoría, las mujeres embarazadas incluidas en el estudio, estaban comprendidas entre las edades de 15 a 20 años, lo cual refleja un 35.2% de embarazo en adolescentes, siendo este, según la literatura, uno de los factores de riesgo de contraer dicha enfermedad, para reafirmar lo antedicho podemos observar 4 casos reactivos correspondiendo al 3.2%.

Podemos observar además 27 mujeres embarazadas comprendidas entre las edades de 26 a 30 años, seguida de 26 embarazadas entre las edades de 21 a 25 años. Prácticamente una población susceptible de contraer sífilis. Los grupos etáreos más afectados fueron los comprendidos entre las edades de 15 a 20 años, y 21 a 25 años, con 4 y 3 casos, respectivamente, a lo contrario como lo reporta la literatura, cuya mayor incidencia es el período de 20 a 24 años seguida de 25 a 29 años, y con menor proporción las de 15 a 19 años.

Cuadro No. 3

Ocupación de las mujeres embarazadas que asistieron al Centro de Salud de Gualán a Control prenatal y realización de VDRL.

OCUPACION	FRECUENCIA	%	VDRL	
			Reactivo	No reactivo
Ama de casa	110	90.2	8	102
Trabajadora Domestica	5	4.1	0	5
Comerciante	2	1.6	1	1
Prostituta	2	1.6	0	2
Otras	3	2.5	0	3
Total	122	100	9	113

Fuente: Boleta de Recolección de datos.

ANALISIS:

Al hacer un análisis de la ocupación de las 122 mujeres embarazadas en estudio, se determinó que el 90.2% eran amas de casa y dentro de las cuales se reportó el mayor número de VDRL reactivo, los cuales fueron un total de 8 seguida de un caso de una comerciante. Sin embargo hay que tomar en cuenta que se ignora el número de parejas sexuales del esposo, lo cual es un factor de riesgo muy importante para la transmisión y la propagación de la sífilis.

Cuadro No. 4

Estado civil de las mujeres embarazadas que asistieron al Centro de Salud de Gualán a Control Prenatal y realización de VDRL.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%	VDRL	
			Reactivo	No reactivo
Casada	47	38.5	3	44
Soltera	15	12.3	1	14
Unida	56	45.9	5	51
Divorciada	2	1.6	0	2
Viuda	2	1.6	0	2
Total	122	100	9	113

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

ANALISIS:

Según la literatura se detectan características maternas que se consideran factores de riesgo predisponentes a la infección de la madre, siendo las mujeres solteras, uno de éstos. Sin embargo, en el presente estudio se determinó que el 45.9% correspondía a mujeres unidas y 38.5% a casadas, con un 12.3% de mujeres solteras. Siendo en las primeras donde se reportó el mayor número de casos (5 casos), por lo que habría que hacer énfasis en el número de parejas sexuales del compañero, ya que es otro factor de riesgo a tomarse en cuenta.

Cuadro No. 5:

Relaciones sexuales durante el embarazo de las mujeres que asistieron al Centro de Salud de Guarán, a control prenatal y realización de VDRL.

RELACIONES SEXUALES	FRECUENCIA	%	VDRL	
			Reactivo	No reactivo
Si	11	9	1	10
No	111	91	8	103
Total	122	100	9	113

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

ANALISIS:

De acuerdo al cuadro anterior podemos determinar que la mayoría de mujeres embarazadas, al momento del estudio, ya no tenían relaciones sexuales, esto principalmente porque el mayor porcentaje de ellas se encontraban entre las 30 a 40 semanas de edad gestacional. Sin embargo la mayoría de éstas si mantuvieron relaciones sexuales durante los primeros meses de embarazo. Los casos que aún mantenían relaciones sexuales se encontraban entre las 11 a 30 semanas de edad gestacional. Todo lo anterior evidencia que en ésta población las relaciones sexuales durante el embarazo son parte de las costumbres y tradición propias del lugar. Lo cual constituye, dadas las condiciones de pobreza un factor de riesgo materno-fetal ya que las madres pueden adquirir la infección durante el embarazo y esta no ser detectada, por los servicios de salud, pues el Control Prenatal en el Municipio es deficiente y precario y no se realizan de rutina este tipo de exámenes de laboratorio.

Cuadro No. 6

Edad gestacional de las mujeres embarazadas que asistieron al Centro de Salud de Gualán a Control Prenatal de realización de VDRL.

EDAD GESTACIONAL	FRECUENCIA	%	VDRL	
			Reactivo	No Reactivo
0-10	6	4.9	0	6
11-20	22	18.1	1	21
21-30	41	33.6	5	36
31-40	53	43.4	3	50
Total	122	100	9	113

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

ANALISIS:

Al observar el cuadro anterior podemos determinar que 53 mujeres estaban comprendidas entre las 31 a 40 semanas de gestación y 41 mujeres entre 21 a 30 semanas correspondiendo al 43.4% y 33.6%, respectivamente. Sin embargo, durante el tiempo de estudio se determinaron 5 casos de VDRL reactivos en las edades gestacionales comprendidas entre las 21 a 30

ANALISIS:

Según los cuadros anteriores podemos deducir que el mayor número de casos de VDRL reactivos reportados (4 casos), correspondieron a las mujeres embarazadas que tenían de 1 a 2 hijos vivos, seguido de las primigestas y las de 3 a 4 hijos vivos con dos casos cada una y un caso reportado para 5 a 6 hijos vivos. Según la literatura uno de los factores de riesgo predisponentes está la multiparidad, en el presente estudio se determinaron 42 multiparas dentro de las cuales se reportaron 3 casos. Así también de las 19 mujeres que reportaron tener algún hijo muerto, solamente se reportaron 2 casos, que tenían de uno a 2 hijos muertos. En lo relativo a antecedentes de aborto, VDRL ó sífilis no se reportó ninguno.

VIII) CONCLUSIONES

1. Debido a que el exámen en éste Municipio, no constituye un examen de rutina en las mujeres embarazadas, ninguna de ellas contaba con dicha prueba, por lo tanto no fue posible determinar los antecedentes de reactividad del VDRL en el grupo de estudio.
2. Según los datos del estudio, se determinó que la mayoría de las mujeres embarazadas, poseen uno ó más de los factores de riesgo que las predisponen a desarrollar sífilis, tanto maternas como fetal, lo cual evidencia que es necesario y urgente implementar políticas económicas y de salud para eliminar los factores de riesgo en este grupo de población.
3. Debido a que no fue posible la determinación de la edad gestacional en la cual se contrajo la infección materna, se hace necesario tomar medidas terapéuticas para la madre y sugerencias para una mayor atención y evaluación al recién nacido al momento del parto.

IX) RECOMENDACIONES

1. Incluir como laboratorio de rutina el test de VDRL a toda mujer embarazada que llegue por primera vez a control prenatal al Centro de Salud de Gualán.
2. Realizar pruebas treponémicas a toda paciente con VDRL reactivo para confirmar el diagnóstico.
3. A toda paciente con diagnóstico de sífilis, alérgica a la penicilina, es recomendable realizarle desensibilización, para un tratamiento más eficaz y seguro.
4. Realizar pruebas de VDRL a todos los recién nacidos de madres con VDRL reactivo, para diagnosticar de forma temprana sífilis congénita.
5. Realizar estudios similares para poder llevar un Control más estricto sobre dicha patología.
6. Realizar estudios similares, incluyendo al esposo de la mujer embarazada, para determinar, en forma confidencial, el número de parejas sexuales.
7. Formar conciencia en toda mujer en edad fértil acerca de la necesidad y beneficio del control prenatal, desde el inicio del embarazo.
8. Iniciar programas de orientación a las parejas jóvenes sobre manifestaciones clínicas, contagio y prevención de las diferentes enfermedades de transmisión sexual.

X) RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y transversal sobre la prevalencia de VDRL en mujeres embarazadas, en el Municipio de Gualán, Departamento de Zacapa, para lo cual se determinó, a través de muestra sanguínea la reactividad

de la prueba serológica VDRL. El estudio se realizó en todas las paciente embarazadas que asistieron al Centro de Salud para Control Prenatal, durante el período comprendido del 24 de marzo al 9 de mayo de 1,998.

Los datos obtenidos en el estudio, reflejaron que la seroprevalencia de VDRL en mujeres embarazadas, corresponde a 7.37 % cifra que es significativamente alta.

El grupo etáreo con mayor prevalencia de VDRL fue el de 15 a 20 años, lo cual refleja la prevalencia de serologías reactivas en el grupo de población joven, adolescente y embarazos tempranos; en cuanto a la edad gestacional se encuentra que la mayor prevalencia se localiza en las 21 a 30 semanas de gestación. La mayoría de pacientes sujetas a estudio poseen uno ó más de los factores de riesgo, que las predispone al desarrollo de sífilis tanto materna como fetal, lo cual evidencia que es necesario y urgente implementar políticas económicas de salud para eliminar los factores de riesgo en este grupo de población; dentro de las estrategias se sugiere que el exámen de VDRL sea implementado como rutina en las mujeres embarazadas.

XI) REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aladjem, S. Obstetric Practice. Editorial Mosby Company. Washington, D.C. 1980.
2. Benson, Ralph. Diagnóstico y Tratamiento gineco-obstétrico. Editorial Masson. novena edición México D.F: 1983.
3. Carrera J. M. Embarazo, Parto y Post-parto. Editorial Didaco, S.A. Barcelona. 1994.
4. Cecil. Tratado de Medicina Interna. Editorial Interamericana, S.A. décima octava edición. Vol. 2. Mexico D.F. 1991
5. El manual MERK de diagnóstico y terapéutica Editorial Doyma S.A. Octava edición. Barcelona 1989.
6. Ewald, Gregory. Manual de Terapéutica Médica (Washington) Editorial Masson. Novena edición. México D.F. 1996.
7. Harrison. Principio de Medicina Interna. Editorial Interamericana S.A. Décima tercera edición. Vol. 1. España. 1994.
8. Jawetz, Ernest. Microbiología Médica. Editorial El Manual Moderno S.A. Décimo cuarta edición. México D.F. 1992.
9. Jones, G.S. et. al. Tratado de Ginecología de Novak. Editorial interamericana S.A. Décima primera edición. México D.F: 1991.
10. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Boletín Epidemiológico Nacional No. 13. 1994.
11. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Boletín epidemiológico Nacional No. 14. 1996. Agosto
12. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Boletín Epidemiológico Nacional. No. 15 Junio 1997.
13. Murray, P. Microbiología Médica. Editorial Interamerican S.A. Décima cuarta edición Vol. 2. Madrid. 1992.
14. Nelson. Tratado de Pediatría. Editorial Interamericana S.A. Décima cuarta edición. Vol. 2 Madrid. 1992.
15. Network en español. " ETS y embarazos influyen en la salud de la mujer" Family Health International. Vol. 2. 1998.
16. Organización Mundial de la Salud. "Pautas Generales para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la ulceración genital". Diciembre No. 6 Washington D.C. 1989.

17. Organización Panamericana de la Salud. Manual Sobre el Enfoque de riesgo en la Atención Materno-Infantil, OPS, Washington, D.C. 1986.
18. Sandberg. E. Synosis of Obstetrics. Editorial. Mosby Company. Décima edición 1978.
19. Sodeman. Fisiopatología clínica. Editorial Panamericana. S.A. Sexta edición 1983.
20. Subhashk, Hira. Las enfermedades de Transmisión sexual : Una amenaza para madres y niños. Foro Mundial de la Salud. Vol. 7 1987.
21. Williams. Obstetricia. Editorial Masson, S.A. Cuarta Edición. Madrid 1996.

XII) ANEXOS

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

A continuación encontrará una serie de preguntas de selección múltiple y de completación, las cuales deberá de encerrar en un círculo o llenar el espacio en blanco, la respuesta que considera, respectivamente.

DATOS GENERALES

Nombre: _____

Edad:

- a) 15-20 b) 21-25 c) 26-30
d) 31-35 e) 36-40 f) 41-45

Ocupación:

- a) ama de casa b) Trabajadora doméstica
c) Comerciante d) Prostituta
e) Otras

Estado Civil:

- a) Casada b) Soltera c) Unida
d) Divorciada e) Viuda

Vida Sexual Activa Durante el Embarazo : a) Si b) No

Edad Gestacional _____

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

Hv. _____ Hm. _____ Ab. _____ VDRL _____ Sífilis _____

RESULTADO DE PRUEBA DE VDRL

- a) Reactivo b) Reactivo Débil c) No reactivo

CONDUCTA A SEGUIR

- a) Plan Educativo b) Plan Terapéutico

-32-

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central