

ARTÍCULO ORIGINAL

Sífilis, VIH y hepatitis B en el binomio madre-hijo. Caracterización de casos atendidos en centros de tercer nivel del interior de Córdoba

Lucía G. Guzmán¹, Virginia Tavecchio², Laureano Fraga^{2,3}, María Soledad Frola⁴ y Darío Quinodoz⁵.

RESUMEN

Introducción: Las infecciones perinatales pueden transmitirse al feto y al recién nacido. Sífilis, VIH y hepatitis B deben tamizarse durante la gestación.

Objetivo: Conocer la incidencia, prevalencia y manejo de sífilis, VIH y hepatitis B en el binomio madre/hijo. Comparar resultados con estadísticas oficiales.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y analítico, mediante revisión de historias clínicas del Sanatorio de la Cañada y Hospital Pasteur, Villa María, Córdoba. Período 01/12/2020 al 31/07/2021.

Resultados: Se estudiaron 870 embarazos, la incidencia de sífilis materna fue 52,87/1000 embarazos, 76,1% de las gestantes eran menores de 30 años y hubo 41% de diagnósticos tardíos. La incidencia de sífilis congénita fue de 18,3/1000 RN vivos.

La incidencia de VIH materno fue de 6,89/1000 embarazos, 66,7% tenían menos de 30 años y el 77,7% tuvo carga viral indetectable al parto. El 100% de los RN expuestos fueron estudiados, todos con carga viral indetectable al nacimiento. No hubo casos de hepatitis B.

Conclusión: 6,3% de las embarazadas presentaron al menos una serología reactiva y el mayor porcentaje diagnóstico se centró en menores de 30 años. La incidencia de sífilis congénita superó la provincial y nacional (18,3 vs. 1,18 vs. 1,14). El porcentaje de positividad de VIH materno superó al provincial. No hubo transmisión vertical de VIH al nacimiento. La prevalencia de hepatitis B fue menor a las oficiales.

Palabras clave: Transmisión vertical de enfermedad infecciosa; VIH; sífilis congénita; hepatitis B.

¹ Unidad de Infectología del Sanatorio de la Cañada de Villa María, Córdoba, Argentina.

² Servicio de Ginecología y Obstetricia del Sanatorio de la Cañada de Villa María, Córdoba, Argentina.

³ Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Dr. L. Pasteur, Villa María, Córdoba, Argentina

⁴ Unidad de Infectología del Hospital Regional Dr. L. Pasteur de Villa María, Córdoba, Argentina.

⁵ Unidad de Infectología del Sanatorio de la Cañada de Villa María, Córdoba, Argentina.

Autora responsable de correspondencia: Lucía G. Guzmán. Av. Larrabure 1466, Villa María, Córdoba, Argentina. CP 5900. luciaguadalupe1990@gmail.com.

Recibido: 28/12/22 **Aceptado:** 14/4/23

Los autores declaran no haber recibido financiación alguna para la realización de este trabajo. No hubo conflicto de intereses en la realización del estudio.

Introducción

Las infecciones perinatales son aquellas que ocurren en la embarazada e implican un riesgo de transmisión al feto y al recién nacido (RN), la transmisión vertical (TV) puede suceder durante el embarazo, el parto o aun en el puerperio (1).

Entre las infecciones perinatales que la embarazada adquiere por transmisión sexual (ITS), y siguiendo los lineamientos del Ministerio de Salud de la Nación, se deben pesquisar de forma obligatoria sífilis, VIH y hepatitis B.

Las ITS constituyen en la actualidad uno de los problemas más importantes en salud pública, con gran impacto en la morbilidad y mortalidad materno-infantil (1).

Para reducir los índices actuales de incidencia y prevalencia de las infecciones perinatales, la Organización Mundial de la Salud (2, 3) dispuso objetivos a lograr para el año 2030 a los cuales Argentina adhirió. Entre estos, destacan lograr que el 95% de las embarazadas con sífilis reciban tratamiento, que la incidencia de sífilis congénita (SC) disminuya a menos de 50 cada 100.000 RN vivos, aumentar la cantidad de países donde se interrumpa la transmisión materno infantil (TMI) de VIH y aumentar el porcentaje de RN vacunados contra hepatitis B.

En datos oficiales (4-8, 10, 11), en Argentina la tasa de SC es de 1,14 cada 1000 RN vivos, el porcentaje de positividad de las pruebas en gestantes es del 5,5%. Sobre VIH, la última TMI publicada es de 4,66 cada 100 RN. La positividad del HBsAg es del 0,10%.

En la provincia de Córdoba (4-8, 10, 11), la tasa de SC es del 1,18 cada 1000 RN y el porcentaje de positividad de las pruebas en gestantes es del 6%. Sobre VIH, la TMI es del 0,8% y el porcentaje de positividad del HBsAg en gestantes es del 0,19%.

La SM se asocia a aumento de casos de aborto, parto prematuro, feto muerto intraútero y transmisión de la enfermedad a los RN vivos con múltiples manifestaciones clínicas de aparición precoz o tardía (9, 10).

La OMS estima que el riesgo de SC en RN de madres con tratamiento incompleto o ausente es de 16 cada 100 RN vivos expuestos, mientras que con tratamiento adecuado y completo se estima en 4,8 cada 1000 RN vivos (12).

El VIH tiene como principal vía de transmisión en nuestro medio la sexual. La TV puede ocurrir intraútero, durante el parto o luego del mismo (lactancia). Se ha detectado VIH en tejidos fetales a las ocho semanas de gestación, un 30% de los RN tendrán PCR para VIH positiva al nacimiento, lo que habla de infección intrauterina (13).

El tratamiento antirretroviral (TARV) debe comenzar lo más precoz posible posterior al diagnóstico, ya que el objetivo primario es llegar al momento del parto con carga viral (CV) indetectable o lo más cercano a ese valor (14, 15).

El primer control post inicio del tratamiento debe realizarse entre las cuatro y las ocho semanas, y el último lo más cercano a la fecha de parto, idealmente a la semana 36 (14).

La vía de finalización del embarazo y la necesidad de profilaxis intraparto con zidovudina (AZT) intravenoso (IV) debe decidirse en conjunto con la paciente y teniendo en cuenta si la infección es o no aguda, la CV cercana al parto, la adherencia al tratamiento y el tiempo de tratamiento (14, 15).

El RN expuesto a VIH será clasificado en paciente de alto, mediano o bajo riesgo y en base a esto se decidirán drogas a utilizar, dosis y tiempo de uso (15).

La hepatitis B (9, 16) es una enfermedad viral que puede resolver en los primeros seis meses desde el contagio (forma aguda) o no (forma crónica); menos del 5% de los adultos evolucionarán a las formas crónicas, pero hasta el 90% de los neonatos diagnosticados lo harán; la transmisión se produce en el 95% de los casos en el momento del parto y el 5% restante, intraútero.

Realizar el tamizaje en cada trimestre a la embarazada y ofrecerlo en cada oportunidad a su/s pareja/s sexual/es es la base para el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de estas infecciones, contribuyendo así a reducir el riesgo de TV al RN y las complicaciones que de esta deriven.

Objetivo primario

Conocer la incidencia, prevalencia y el manejo de sífilis, VIH y hepatitis B en el binomio madre/hijo durante el periodo de estudio. Comparar los resultados con estadísticas provinciales y nacionales.

Objetivo secundario

1. Describir variables demográficas (edad, localidad de origen) de las embarazadas con serologías positivas a las ITS estudiadas.
2. Describir el seguimiento y tratamiento que reciben las embarazadas con serología reactiva a las ITS estudiadas.
3. Describir el tratamiento que recibe el RN expuesto a las ITS estudiadas.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y analítico mediante la revisión del libro de actas de nacimientos del servicio de tocoginecología de los nosocomios involucrados y las historias clínicas, desde el 1 de diciembre de 2020 al 31 de julio de 2021. Se incluyó a todas las embarazadas cuyos partos fueron atendidos en el período de estudio, y se analizó el subgrupo de pacientes con serología positiva y confirmada para las infecciones de transmisión sexual estudiadas. Se excluyeron embarazos en curso en el período estudiado, embarazos con seguimiento en dichos nosocomios pero que se finalizaron en otras instituciones, embarazos sin información serológica en la historia clínica y pacientes con serologías no concluyentes y falsos positivos.

En los casos de las infecciones de transmisión sexual detectadas, las variables registradas fueron demográficas (localidad de origen, edad) y clínicas (trimestre en el que se diagnosticó la infección, tratamiento completo o incompleto para sífilis, tratamiento para VIH durante el embarazo, valor de la carga viral de VIH a la semana 36 o lo más cercana al parto, vía de finalización del embarazo en pacientes VIH, profilaxis con zidovudina durante el parto, embarazadas con serología HBsAg positiva, carga viral para hepatitis B, indicación de tratamiento para hepatitis B).

En los casos de RN se incluyeron aquellos expuestos a las infecciones perinatales estudiadas; se registraron variables clínicas: presencia o ausencia de síntomas compatibles con sífilis congénita al nacer, mortinatos por SC, tratamiento antibiótico indicado en SC y tiempo de tratamiento, resultados serológicos de las pruebas

para VIH, inicio de la profilaxis con antirretrovirales en el RN, RN expuestos a hepatitis B, indicación de profilaxis en RN expuestos a hepatitis B.

Las definiciones de caso, así como los tratamientos y profilaxis tanto de la persona gestante como el RN expuesto se extrajeron de las guías oficiales del Ministerio de Salud de la Nación.

Los datos se tabularon en planilla de Excel para su análisis estadístico de frecuencias y porcentajes.

Características de los centros de investigación

El Sanatorio de la Cañada de Villa María es un nosocomio privado de referencia en el interior provincial, forma parte de una red de sanatorios que tienen su sede central en Córdoba Capital, su área de influencia abarca en la provincia de Córdoba los departamentos General San Martín, Unión, Marcos Juárez, Juárez Celman, Tercero Arriba, Río Segundo, zona sur de San Justo y zona norte de Río Cuarto y Roque Sáenz Peña.

El Hospital Regional Dr. Luis Pasteur de Villa María es un nosocomio público regional de referencia, su área de influencia abarca en la provincia de Córdoba los departamentos, General San Martín, Unión, Marcos Juárez, Juárez Celman, Tercero Arriba, Río Segundo y zona sur de San Justo.

Ambos nosocomios tienen servicio de tocoginecología y de neonatología, además de salas de internado general y unidad de terapia intensiva, lo que les permite ser centros de derivación de pacientes con embarazos de alto riesgo y recién nacidos que necesiten cuidados especiales.

Resultados

En el período estudiado, se atendieron en ambas instituciones el parto de 870 embarazadas, 713 en el Hospital Regional Pasteur y 157 en el Sanatorio de la Cañada.

La subdivisión de pacientes en grupos etarios dio como resultado 2 pacientes de 14 años o menos, 120 pacientes entre 15 a 19 años, 260 en el subgrupo 20 a 24 años, 218 pacientes entre 25 a 29 años, 170 en el subgrupo 30 a 34 años y 100 de 35 años o más.

Se encontraron 55/870 (6,3%) pacientes con serología reactiva para alguna de las ITS estudiadas, 46/870 (5,3%) con serología reactiva para sífilis y 9/870 (1%) para VIH; de estas últimas, 6/9 (66,7%) fueron nuevos diagnósticos y 3/9 (33,3%) tenían diagnóstico previo. Se encontró un caso de coinfección sífilis/VIH. No se encontraron casos de hepatitis B.

El diagnóstico de sífilis materna fue cinco veces más frecuente que el diagnóstico de VIH (5,3 vs. 1%).

Sífilis materna y congénita

Tras el estudio de las historias clínicas de las 46 pacientes con diagnóstico de SM, se encontró que 13/46 (28%) casos fueron diagnosticados durante el primer trimestre, 14/46 (31%) casos durante el segundo trimestre, 13/46 (28%) casos durante el tercer trimestre de embarazo y 6/46 (13%) casos al momento del parto.

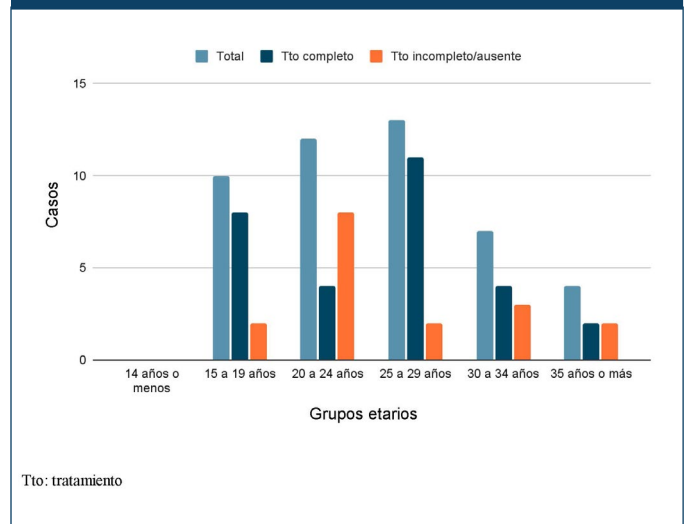
Además, 29/46 (63%) pacientes realizaron el tratamiento completo para la enfermedad y 17/46 (37%) de forma incompleta o ausente y, de estos últimos, 3/17 (17,6%) casos fueron de pacientes diagnosticadas en el primer trimestre, 1/17 (5,9%) casos durante el segundo trimestre, 7/17 (41,2%) casos durante el tercer trimestre y 6/17 (35,3%) casos al momento del parto.

Con respecto a la edad de los 46 casos de SM, se dividieron en 10/46 (21,7%) casos en el grupo 15 a 19 años, 12/46 (26,1%) casos en el grupo 20 a 24 años, 13/46 (28,3%) casos en el grupo etario de 25 a 29 años, 7/46 (15,2%) casos en el grupo 30 a 34 años, 4/46 (8,7%) casos en el grupo de 35 años o más. No se registraron casos en los embarazos de pacientes de 14 años o menos (Figura 1). Por lo tanto, el 76,1% de las embarazadas tenían 29 años o menos.

En cuanto a la edad de las 17 pacientes con tratamiento incompleto para sífilis, se dividieron en 8/17 (47,1%) casos en el grupo 20 a 24 años, 3/17 (17,6%) casos en el grupo 30 a 34 años y 2/17 (11,8%) casos para cada uno de los grupos 15 a 19 años, 25 a 29 años y 35 años o más (Figura 1). Por lo tanto, el 70,7% de las embarazadas que no completaron tratamiento tenía 29 años o menos.

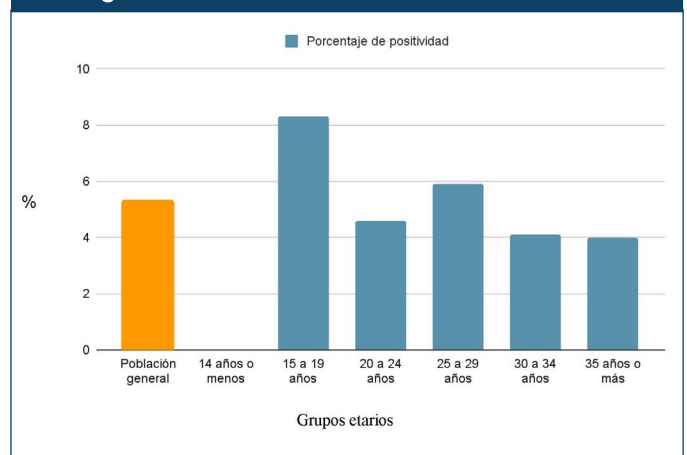
Sobre la procedencia de los 46 casos de SM, 32/46 (69,6%) pacientes eran oriundas de Villa María y 11/46 (23,9%) de otros pueblos o ciudades; en 3/46 (6,5%) pacientes no se encontraron datos.

Figura 1. Distribución de los casos de sífilis materna según grupos etario



El porcentaje de positividad para sífilis sobre el total de embarazadas atendidas en el periodo de estudio fue del 5,3% (46/870); se consideraron luego cada subgrupo etario por separado para evaluar porcentajes de positividad, como se muestra en la Figura 2.

Figura 2. Porcentaje de positividad en pruebas serológicas de sífilis en embarazadas



Se puede observar un mayor porcentaje de positividad en los grupos etarios de pacientes menores de 29 años.

La incidencia general de SM fue del 52,87 casos cada 1000 embarazos. La incidencia de SM cada 1000 embarazos en cada subgrupo etario fue: para el subgrupo 15 a 19 años 83,33; en el subgrupo 20 a 24 años fue de 46,15; en el subgrupo 25 a 29 años fue de 59,63; en el subgrupo 30 a 34 años fue de 41,17 y para el subgrupo 35 años o más fue de 40. En el subgrupo de 14 años o

menos no se registraron casos, por lo cual la incidencia para este fue de 0.

Se registraron 2 casos de feto muerto intraútero en probable relación con SC, ambas embarazadas tenían tratamiento incompleto o ausente. La incidencia de este cuadro fue de 2,25 cada 1000 embarazos (2/870).

Analizando a los RN vivos, se encontraron 16 casos que ingresaron a neonatología a cumplir tratamiento con penicilina G intravenosa, de los cuales 15/16 (93,8%) fueron hijos de madres con tratamiento incompleto o ausente para la enfermedad y 1/16 (6,2%) de una madre con tratamiento completo. Este último caso correspondió a un RN con VDRL positiva en suero y examen de fondo de ojos compatible con neurosífilis congénita.

Se registraron 2/16 (12,5%) casos de neurosífilis, 1/16 (6,3%) caso con lesiones cutaneomucosas y 13/16 (81,2%) casos de RN asintomáticos y, de estos, 7/13 RN con VDRL positiva en sangre y resto de los estudios sin hallazgos patológicos, y 6/13 RN con VDRL negativa en sangre y resto de los estudios sin hallazgos patológicos.

En cuanto a los dos casos de neurosífilis, un RN tuvo diagnóstico por VDRL positiva en LCR y el otro caso por lesiones compatibles en fondo de ojos. La incidencia de este cuadro en la población estudiada fue de 2,29 (2/870) cada 1000 RN vivos.

Discriminando según la definición de caso de SC, 15/16 RN quedaron incluidos en el criterio "todo recién nacido cuya madre tuvo sífilis no tratada o que fue inadecuadamente tratada, independientemente de la presencia de signos, síntomas o resultados de laboratorio" y 3/16 RN quedaron incluidos en el criterio "todo recién nacido con evidencia clínica de sífilis congénita". A partir de estos datos se calculó la incidencia de SC sobre el total de RN (16/870), dando como resultado 18,3 cada 1000 RN vivos y la incidencia de SC con evidencia clínica (3/870), dando un valor de 3,4 cada 1000 RN vivos.

Los 16 RN vivos ingresaron a neonatología y cumplieron 10 días de tratamiento con penicilina G intravenosa.

VIH materno

Se encontraron 9 casos de VIH, 6 pacientes fueron diagnósticos nuevos realizados durante la gestación y 3

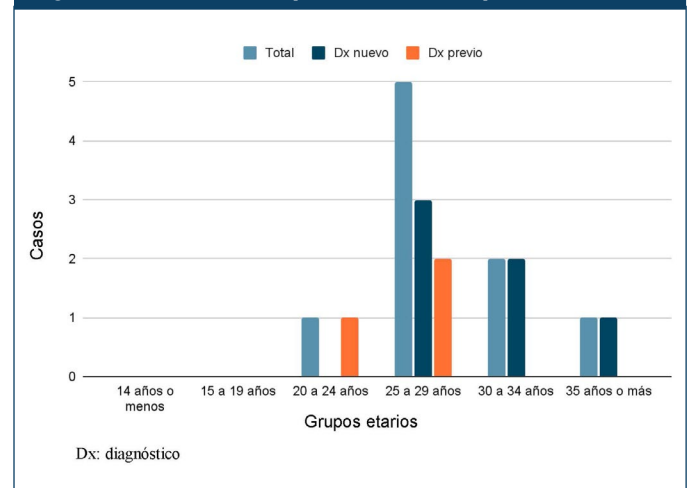
iniciaron su embarazo con diagnóstico previo. La incidencia de VIH para la población estudiada fue de 6,89 (6/870) casos cada 1000 embarazos, el porcentaje de positividad de las pruebas para VIH fue de 0,68% (6/870) y la prevalencia de VIH fue de 10,34 (9/870) casos cada 1000 embarazos.

Teniendo en cuenta los diagnósticos nuevos (n 6) y al separarlos por grupo etario pudimos calcular la incidencia en cada subgrupo, dando valores de 13,76 (3/218) cada 1000 embarazos en el subgrupo 25 a 29 años, 11,76 (2/170) cada 1000 embarazos en el subgrupo de 30 a 34 años y 10 (1/100) cada 1000 embarazos en el subgrupo 35 años o más.

Sobre la procedencia de las pacientes, de los 9 casos de VIH, 6/9 (66,7%) casos provenían de Villa María y 3/9 (33,3%) de otras ciudades o pueblos.

No hubo casos nuevos ni con diagnóstico previo en embarazadas menores a los 20 años, y la distribución etaria de las pacientes se puede observar en la Figura 3.

Figura 3. Distribución por edad de las pacientes VIH



En la primera columna se expresa el total de casos, en la segunda los diagnósticos nuevos, realizados durante la gestación, y en la tercera las embarazadas con diagnóstico previo a la gestación actual.

Referente al momento del diagnóstico, 4/6 (66,6%) pacientes fueron diagnosticadas durante el primer trimestre, 1/6 (16,7%) en el segundo y 1/6 (16,7%) en el tercero. El diagnóstico precoz (primer y segundo trimestre) comprende el 83,3% de los casos.

La carga viral a las 36 semanas estuvo disponible en 8 de los 9 casos. 7/9 pacientes tuvieron CV no detectable (<40 copias/mL), 1/9 paciente tuvo 95 copias/mL y 1/9 paciente no tuvo resultados disponibles al momento del parto. Esta paciente tuvo su diagnóstico durante el tercer trimestre, con CV inicial de 11.020 copias/mL y comenzó tratamiento a la semana 35. La vía de finalización fue cesárea por indicación obstétrica en ocho embarazos, una de las cuales fue de urgencia por feto muerto intraútero, esta paciente presentaba coinfección con sífilis y CV no detectable al momento de la cesárea; el caso restante finalizó por parto vaginal.

VIH y recién nacidos

En la totalidad de los casos de RN vivos (n 8) se realizó profilaxis intraparto con zidovudina IV, siendo innecesaria en 6 de los 8 casos, ya que las gestantes presentaron buena adherencia y llegaron con carga viral no detectable a la semana 36.

Todos los RN iniciaron profilaxis antirretroviral antes del alta hospitalaria.

Los resultados de PCR de VIH a las 48 hs de vida y a los 14-21 días de vida fueron negativos en todos los RN vivos expuestos.

Debido a que el protocolo de diagnóstico de transmisión materno infantil de VIH finaliza a los 18 meses de edad y este trabajo culminó antes, no se pudo determinar este dato en el periodo de estudio.

Hepatitis B en embarazadas

El total de las embarazadas (n 870) fueron estudiadas para hepatitis B. No se encontraron pacientes con serología reactiva en el período de estudio.

Discusión

Considerando los datos oficiales (4, 7, 8), el porcentaje de positividad de las pruebas de sífilis es menor en la población estudiada (2,3% vs. 6% en provincia y 5,5% Nación).

La incidencia de sífilis congénita supera ampliamente los valores oficiales (18,3 vs. 1,18 en provincia vs. 1,14 en Nación).

Si bien en el último boletín oficial nacional (4) se remarca que la definición de caso de SC se encuentra en etapa de revisión, para el período informado en este trabajo se tomó la definición oficial de caso que propone el Ministerio de Salud de la Nación a través de las guías y boletines disponibles en la bibliografía.

Aunque la incidencia de SC publicada en el presente trabajo sea excesivamente superior a los datos oficiales, es importante destacar que se han realizado en la actualidad otros trabajos con reportes de incidencia similares o superiores al nuestro. Por ejemplo, un estudio desarrollado en la ciudad de Posadas, provincia de Misiones, que estimó en 10 a 25 casos por cada 1000 nacidos vivos la incidencia para el año 2012 (17); un estudio efectuado en la ciudad de Malvinas Argentinas, provincia de Buenos Aires, con una incidencia de 15 casos cada 1000 RN vivos para el año 2015 (18), y un estudio realizado en la ciudad de Corrientes, provincia de Corrientes, con 898 embarazos estudiados y un porcentaje de SC de 10,13% (10,13 cada 100 RN vivos) en 2019 (19).

En el presente estudio, el porcentaje de cesáreas programadas en pacientes que conviven con el VIH fue mayor que los valores oficiales (4,8) (77,8% vs. 49,1% Nación). No hubo ningún diagnóstico durante el parto o puerperio, el porcentaje de positividad en las pruebas de VIH es mayor a los datos oficiales así como el diagnóstico precoz de VIH (primer y segundo trimestre) (83,3% vs. 39,7%), y los porcentajes de acceso al TARV durante la gestación (100% vs. 54,7 Nación vs. 70,3 provincia).

Sobre los RN expuestos a VIH, el 100% fueron estudiados, todos presentaron PCR virales negativas al nacimiento y todos tuvieron acceso a la profilaxis antirretroviral antes del alta hospitalaria, valores superiores a los informados de forma oficial.

El porcentaje de positividad del HBsAg en las embarazadas estudiadas fue menor que los valores publicados (20) por Nación y la provincia de Córdoba (0 vs. 0,10 vs. 0,19).

Este estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, la definición actual de sífilis congénita basada en la recomendación del Ministerio de Salud de la Nación

es amplia y por lo tanto es posible que no todos los recién nacidos sufrieran realmente de sífilis congénita. No obstante, dado que los lactantes infectados no siempre presentan síntomas, signos o pruebas serológicas positivas al nacimiento, esta definición más amplia permite identificar casos de alto riesgo en los que la intervención con derivación a neonatología para realizar tratamiento intravenoso puede ser oportuna para evitar manifestaciones de sífilis congénita tardía, complicaciones o secuelas a futuro. En segundo lugar, la población del estudio se tomó en base al libro de actas de nacimientos de los nosocomios involucrados, por lo que los casos de aborto no fueron estudiados y es posible que al no incluir gestantes cuyo embarazo haya finalizado en aborto estemos excluyendo una de las manifestaciones más importantes que tiene la transmisión vertical en el binomio madre/hijo. Tercero, al no haber sido derivada la placenta para estudio en los casos de feto muerto intraútero no se puede confirmar que el cuadro se haya debido a sífilis congénita. Cuarto, al no haber abarcado el período de estudio completo de los recién nacidos expuestos hasta los 18 meses de edad, no se puede establecer la transmisión materno infantil de VIH ni tampoco la presencia de manifestaciones de sífilis congénita tardía en el seguimiento de los recién nacidos vivos. Por último, hay que resaltar que el número de casos en cada patología estudiada es reducido al comparar con los datos oficiales.

Conclusión

En el presente estudio, el 6,3% de las embarazadas que se atendieron en nuestras instituciones presentaron al menos una serología positiva para las infecciones de transmisión sexual estudiadas, siendo el diagnóstico de sífilis cinco veces más frecuente que el VIH.

La sífilis materna representa un problema urgente a tratar en la población estudiada, ya que a pesar del diagnóstico precoz no se logran tratamientos completos al final del embarazo, a diferencia de lo que ocurre con los casos de VIH donde las pacientes presentaron mejor seguimiento y acceso a tratamiento.

La falta de tratamiento a la/s pareja/s sexual/es, la falta de seguimiento del sistema de salud de la embarazada para asegurar el tratamiento completo, la falta de educación y consejería médica a la paciente para que comprenda la importancia de un tratamiento completo

y el subreporte de casos al sistema de nacional de vigilancia son factores que podrían explicar la incidencia de expuestos perinatales a sífilis.

El presente estudio demuestra que hay una oportunidad clara para mejorar el abordaje integral del control preconcepcional, prenatal y perinatal en Villa María y su zona de influencia, a partir de campañas de prevención y seguimiento de ITS enfocados en grupos etarios menores de 29 años y ofreciendo las pruebas diagnósticas a la o las pareja/s sexual/es en cada consulta con el fin de lograr la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de estas patologías.

Referencias

1. Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Infecciones de transmisión vertical, "de madre a hijo". Abordaje integral. Guía 2011.
2. unctad.org [Internet]. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 70/1. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. A/RES/70/1. UN, 2015. [Consultado: 25 de junio de 2022]. Disponible en Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (unctad.org)
3. who.int [Internet]. Organización Mundial de la Salud (OMS). GHSS 2022-2030. Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030. OMS, 2022. [Consultado: 25 de junio de 2022]. Disponible en full-final-who-ghss-hiv-vh-sti_1-june2022_es.pdf
4. Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Boletín N° 38. Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina. Año XXIV. Diciembre de 2021.
5. Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Boletín N° 37. Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina. Año XXIII. Diciembre de 2020.
6. Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Boletín N° 3 Hepatitis virales en Argentina. Situación epidemiológica de las hepatitis virales en la Argentina en base a datos de vigilancia. Año II, Diciembre de 2021.
7. cba.gov.ar [Internet]. Gobierno de la Provincia de Córdoba (Argentina). Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Programa provincial de VIH/sida, ITS y Hepatitis Virales. Disponible en <https://www.cba.gov.ar>
8. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Área de Epidemiología. Informe Epidemiológico VIH/SIDA. Año 2021.
9. Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Dirección de SIDA y ETS. Algoritmos de diagnóstico y tratamiento. Prevención de la transmisión perinatal de sífilis, hepatitis B y VIH. Recomendaciones para el trabajo de los equipos de salud. 2016.
10. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (Argentina). Secretaría de Gobierno de Salud. Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC. Diagnóstico y tratamiento de sífilis. Recomendaciones para los equipos de salud. 2019.
11. Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Dirección de Epidemiología. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual (ITS). 2014.
12. who.int [Internet]. World Health Organization (WHO). Guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). 2016. Disponible en 9789241549806-eng.pdf ([who.int](https://www.who.int))
13. Mandell, Douglas y Bennett. Enfermedades infecciosas Principios y Práctica. Volumen I. Novena edición, 2021. Elsevier España, S. L. U.; pág 1608-1609.
14. Sociedad Argentina de Infectología. Comisión de VIH e ITS. VII Consenso Argentino de Terapia Antirretroviral. 2018.
15. Sociedad Argentina de Infectología. Comisión de VIH e ITS. Actualización 2021 del VII Consenso Argentino de Terapia Antirretroviral. 2021.
16. Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Hepatitis Virales. Coordinación Nacional de Hepatitis Virales. Guía para el diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de las hepatitis B y C. 2021.
17. Parker L. A., Deschutter E. A., Bornay-Llinares F. J., Hernandez-Aguado I., Silva G., Piragine R. C., Lumberas B. Clinical and socioeconomic determinants of congenital syphilis in Posadas, Argentina. *Int J Infect Dis.* 2012 Apr;16(4):e256-61. PubMed; PMID: 22321725.
18. Silva A. M., Bois F., Duro E. Sífilis congénita. Seguimiento de casos. Diagnóstico de situación en un hospital de la provincia de Buenos Aires. *Rev. Hosp. Niños (B. Aires)* 2016;58(262):127-135
19. Romero M, Galeano H, Rott M, Villalba E. E., Maldonado F. A. Caracterización de madres y recién nacidos con sífilis congénita, alojados en internación conjunta en una maternidad de la ciudad de Corrientes, en el período enero a diciembre de 2019. Universidad Nacional del Nordeste. Facultad de Medicina. Libro de Artículos Científicos en Salud. Edición 2021.
20. Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Boletín N° 2 Hepatitis virales en Argentina. Situación epidemiológica de las hepatitis virales en la Argentina en base a datos de vigilancia. Año II, Diciembre de 2020.

Syphilis, HIV and hepatitis B in the Mother-Child binomial

Introduction: Perinatal infections can be transmitted to the fetus and new-born. Syphilis, HIV and Hepatitis B must be monitored during pregnancy.

Objective: To know incidence, prevalence and management of syphilis, HIV and Hepatitis B in the mother/child binomial. To compare results with official statistics.

Materials and methods: Retrospective, descriptive and analytical study, through the review of medical records from Sanatorio La Cañada and Hospital Pasteur in Villa Maria, Cordoba. Period 12/01/2020 to 07/31/2021.

Results 870 pregnancies were studied, the incidence of maternal syphilis was 57.87/1000 pregnancies, 76.1% of pregnant women were under 30 years old, and there were 41% late diagnoses. The incidence of congenital syphilis was 18.3/1000 live newborns. The incidence of maternal HIV was 6.89/1000 pregnancies, 66.7% were women under 30 years old and 77.7% had undetectable viral load at birth. 100% of the exposed newborns were studied, all with undetectable viral load at birth. There were no cases of Hepatitis B.

Conclusion: 6.3% of pregnant women presented at least one reactive serology and the highest diagnostic percentage was focused on those under 30 years old. The incidence of congenital syphilis exceeded the provincial and national data (18.3 vs 1.18 vs 1.14). The percentage of maternal HIV positivity was superior to the provincial one. There was no vertical transmission of HIV at birth. The prevalence of Hepatitis B was less than the official ones.

Key words: Vertical Infection Transmission; HIV, Congenital Syphilis; Hepatitis B



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>