

LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN EMBARAZADAS. UN PROBLEMA DE SALUD A NIVEL MUNDIAL

Denis Berdasquera Corcho,¹ Ana Teresa Fariñas Reinoso² y Isora Ramos Valle³

RESUMEN: Las enfermedades de transmisión sexual constituyen un problema serio de salud a nivel mundial. Hoy en día, el control de estas infecciones en el embarazo ha cobrado un auge creciente. Por tales motivos se ha hecho necesario fortalecer las actividades de vigilancia y control de ellas. En este trabajo se realiza una actualización del tema, analizando la situación mundial de algunas de estas enfermedades y su repercusión sobre las embarazadas y los recién nacidos.

DeCS: ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES/transmisión; EMBARAZO; RECIEN NACIDO; ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES/prevenición & control.

SITUACIÓN MUNDIAL

Las infecciones del tracto reproductivo son enfermedades frecuentes que pueden tener consecuencias serias para la salud de las mujeres, los hombres y los niños. Se ha denominado a nivel mundial a la falta de atención que se presta a estas enfermedades "la cultura del silencio", a pesar de sus obvios efectos negativos y de que son prevenibles, diagnosticables y tratables. La mayoría son enfermedades de transmisión sexual (ETS). Esta "cultura del silencio" creada alrededor de las ETS entre las mujeres,

es uno de los factores más importantes a superar para su mejor prevención y tratamiento.^{1,2}

El control de estas enfermedades es fundamental para mejorar a nivel mundial la salud reproductiva de toda población. El impacto serio que tienen las ETS en las mujeres y los niños, y la conexión que existe entre ellas y la prevención del VIH representan una preocupación profunda en el mundo entero para los profesionales de la salud.³

Se consideran estas enfermedades como una verdadera epidemia de nuestra época. Se producen en el mundo 250 000 000 de

¹ Especialista en I Grado en Higiene y Epidemiología. Jefe del Departamento de Enfermedades Transmisibles. Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología, Guanajay.

² Especialista de II Grado en Epidemiología, Máster en Salud Pública. Profesora Asistente. Facultad de Salud Pública.

³ Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología. Instructora de la Facultad de Salud Pública.

casos nuevos cada año, en las Américas se estima una cifra de alrededor de 50 000 000 anualmente. Las más frecuentes en la actualidad son las siguientes: vaginosis bacteriana, herpes genital, clamidiasis, blenorragia, trichomoniasis, candidiasis, infecciones por papilomas virus humanos, hepatitis B, sífilis y el SIDA.⁴

La organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la incidencia mundial de casos nuevos de ETS curables en 1995- gonorrea, sífilis, clamidias, monilias y trichomonas- fue de 333 millones. La prevalencia mundial de infecciones activas o latentes de ETS virales crónicas comunes como el herpes virus simple genital, virus de la hepatitis B y en forma ascendente el VIH, se podría estimar en billones de casos en virtud de que en varias poblaciones la mayoría de los adultos se infectan con uno o más de estos patógenos.³

Además de las ETS curables, se estima que para mediados de 1998 se habían infectado acumulativamente a nivel mundial 18,5 millones de adultos y más de 1,5 millones de niños con el VIH. Se proyecta que el total mundial acumulativo por VIH va a alcanzar los 30 - 40 millones para el año 2000.³ Solamente en 1996 esta enfermedad cobró 1,5 millones de vidas humanas y hoy es considerada como 1 de las 10 enfermedades más mortíferas del mundo.⁵

REPERCUSIÓN SOBRE LAS EMBARAZADAS Y LOS RECIÉN NACIDOS

La repercusión más seria debida a las ETS excluyendo al VIH/SIDA tiende a ocurrir en mujeres y recién nacidos. Las complicaciones en las mujeres incluyen el cáncer de cérvix y la enfermedad pélvica inflamatoria con infertilidad, dolor crónico, embarazo ectópico y mortalidad materna asociada subsecuente. En los países en vías de desarrollo, las complicaciones maternas que se relacionan directamente con las ETS no tratadas representan la primera causa de morbimortalidad maternoinfantil.³

Hoy en día el control de las enfermedades de transmisión sexual en el embarazo ha cobrado un auge creciente. Las ETS intrauterinas y de transmisión perinatal pueden tener consecuencias mortales o efectos graves para el feto y la madre.⁶

Se han reportado tasas de prevalencia de sífilis del 3 al 19 % en mujeres embarazadas en los países en vías de desarrollo, y las tasas más altas se han encontrado al sureste de África y al Sur del Sahara.^{7,8} Se han descrito tasas de sífilis congénita tan altas como 3 200 por cada 100 000 nacidos vivos en Addis Abeba, Etiopía,^{9,10} y 850 por cada 100 000 en Lusaka, Zambia.¹¹ El 8,6 % de los infantes menores de 3 meses de edad que ingresaron en los hospitales y el 7,5 % de los neonatos que ingresaron en las unidades de cuidados intensivos tenían sífilis congénita en Zambia.¹⁰ El 2,3 % de los recién nacidos tenían evidencias clínicas y/o de laboratorio de sífilis congénita en Porto Alegre, Brasil.¹¹

Los efectos devastadores de la sífilis materna en el feto son bien conocidos. La sífilis materna no tratada puede producir abortos espontáneos, muerte fetal, prematuridad y sífilis congénita. La transmisión vertical de la sífilis es común y es una de las causas principales de pérdida fetal y muerte perinatal e infantil. El efecto más serio de la sífilis en el embarazo es el aborto espontáneo.³

Datos antiguos de Etiopía sugieren que el 5 % de todos los embarazos se pierden como consecuencia de la sífilis, mientras que en Zambia, el 19 % de los abortos se atribuyen a la sífilis.¹² Un estudio de control de casos demostró en Kenia un riesgo aumentado de 4,3 % para abortos espontáneos en mujeres serorreactivas para sífilis.¹³

El 42 % de las muertes fetales en Zambia se atribuyen a la sífilis y el 30 % de todas las muertes perinatales se asocian a sífilis congénita.¹² Datos de Nairobi muestran un

riesgo relativo de un 4 % para muerte fetal en las madres serorreactivas para sífilis.³

La sífilis congénita ocurre aproximadamente en 1/3 de recién nacidos de mujeres embarazadas con sífilis no tratadas. El diagnóstico en el nacimiento es difícil y el problema se subestima en la mayoría de los hospitales en virtud de que el niño infectado puede estar al principio asintomático.^{14,15}

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la eliminación de la sífilis congénita como problema de la salud pública se certificará cuando la tasa de incidencia de esta entidad (incluida los neonatos), sea igual o inferior a 0,5 casos por 1 000 nacidos vivos. La justificación de definir la eliminación de esta manera se basa en 2 resultados previstos de eliminación:

- Más del 95 % de las embarazadas deberían someterse a exámenes de detección y tratamiento durante el embarazo.
- La prevalencia de sífilis en embarazadas debería reducirse a menos de 1,0.

Por otra parte, las tasas de prevalencia de las infecciones gonocócicas en mujeres embarazadas muestran amplias variaciones geográficas. Estados Unidos tiene la tasa más alta dentro de los países industrializados, oscilando del 0,6 al 2,7 %. En la mayoría de los países europeos la tasa de prevalencia de la gonorrea en mujeres embarazadas es casi siempre menos del 1 %.³

La tasa de prevalencia en mujeres que acuden a las clínicas prenatales en la mayoría de los países africanos, varían del 1 al 15 %.¹⁶⁻¹⁸ La lentitud con que se publican los resultados de otros continentes sugiere que algunos países tienen tasas de prevalencia similares a las tasas de las poblaciones africanas.¹⁹

Las investigaciones anteriores sugieren una correlación entre la gonorrea ma-

terna y el parto prematuro.^{20,21} Estos hallazgos se confirmaron en un estudio de control de casos realizado en Kenia sobre la correlación entre ETS específicas y el parto prematuro.²² Las mujeres con gonorrea presentaron un aumento triple en el riesgo de dar a luz a un recién nacido prematuro. En un estudio más reciente y más grande en las mismas condiciones, se comprobó, que las infecciones gonocócicas maternas estaban con un aumento del riesgo (3,2 de riesgo relativo) de recién nacidos de muy bajo peso, pero sin prematurez.²³

Sin lugar a dudas la oftalmía gonocócica neonatal es la complicación más importante de la gonorrea en el embarazo. En Nairobi, por ejemplo, 28 de 67 bebés cuyas madres tenían blenorragia desarrollaron oftalmía gonocócica. En Camerún el 30 % de los bebés expuestos desarrollaron la infección. Estas tasas de transmisión, resultan tasas alarmantes de prevalencia de esta enfermedad, de 3,6 a 4 por cada 100 nacidos vivos respectivamente. En contraste, las tasas de prevalencia de oftalmía gonocócica neonatal en el mundo occidental tiene un promedio de 0,06 %.³

Las infecciones genitales en ambos sexos con frecuencia son producidas además por la clamidia. Hoy en día se acepta que estas infecciones son más frecuentes que las causadas por el gonococo, e incluso, iguala en ocasiones a las del herpes virus. Muchos autores la consideran como una de las enfermedades infecciosas de la década. Se estima que más del 50 % de las uretritis no gonocócicas son causadas por la clamidia trachomatis.⁴

El papel de la infección clamídica materna en la prematuridad es más debatible. Sólo las mujeres con infección clamídica y un nivel elevado de Inmunoglobulina M (IgM)

se encontraron con un riesgo elevado de prematuridad.²⁴

Existe evidencia de que tanto la infección gonocócica como clamídica elevan el riesgo de las infecciones posparto. El 20 % de las madres que dieron a luz en un estudio que se realizó en Nairobi, desarrollaron infección clínica posparto dentro de los 7 a 28 días del parto, y aproximadamente el 50 % de estas infecciones se podían atribuir a la *Neisseria gonorrhoeae* y a la *Chlamydia trachomatis* o a ambas.²⁵

La transmisión vertical del VIH/SIDA constituye otro problema importante que preocupa a la salud pública mundial. En 1992 habían nacido en África alrededor de 250 000 niños infectados por el VIH. En Estados Unidos las tasas de transmisión perinatal del SIDA fueron estimadas en 1991, en un 25 - 30 %.²⁶ Hoy en día una gran proporción de los adultos afectados son mujeres, en las que se ha convertido en una de las principales causas de mortalidad. Ello es particularmente cierto en aquellas mujeres entre 20 y 40 años de edad que habitan en grandes ciudades de la región de las Américas y el África subsahariana. En algunos países de esta zona, las tasas de prevalencia de mujeres embarazadas con VIH/SIDA oscilan entre el 8 y el 12 %, sin embargo en Europa Occidental estas tasas se encuentran entre un 0,6 y un 1 %.²⁷

Otra de las ETS que ha cobrado auge en los últimos años es la hepatitis B. Se estima que cada año nacen 20 000 niños de madres positivas al antígeno de la hepatitis B (HBsAg) en los Estados Unidos. Estos niños tienen un alto riesgo de contraer por vía parenteral el virus de la hepatitis B, la infección crónica por este virus y otras complicaciones de enfermedades crónicas del hígado asociadas tales como cirrosis y cáncer hepatocelular.

Se recomienda la vacunación de todas las mujeres embarazadas y la realización de exámenes de rutina en las etapas más avanzadas de cada embarazo para detectar antígenos en virus de la hepatitis B y determinar cuándo sus recién nacidos requerirán inmunoprofilaxis para la prevención de la infección perinatal. Según el centro de Ingeniería Genética y Biotecnología en 1998 se estimó que el virus de la hepatitis B afectaba a más de 300 millones de personas en todo el mundo.

Por otra parte, el herpes genital se considera como una de las ETS más frecuentes de la presente década.²⁸ Es la causa más común de infección vesiculoulcerativa en los adolescentes. Es crónica y recurrente, capaz de debilitar el organismo, y se sugiere una correlación entre esta afección y el cáncer de cuello uterino y de la vulva en la mujer.⁴ Por otra parte, el contagio fetal con herpes simple puede ocurrir en cualquier momento del embarazo, produciendo microcefalia, microftalmía, muerte fetal y aborto espontáneo. Sin embargo, el mayor peligro de contagio aparece durante el parto cuando ocurre una rotura de membranas, provocando en el recién nacido encefalitis herpética, conjuntivitis y afecciones en piel y cavidad oral. Hay estudios que plantean que la frecuencia de estas alteraciones son bajas, alrededor de 1 por 30 000 ó 1 por 35 000 partos en los Estados Unidos y en Manchester, Gran Bretaña. Otros autores refieren que en otros países esta incidencia ha sido de 1 por 1 000 partos.^{29,30}

La candidiasis vaginal o moniliasis, es una de las infecciones del tracto urinario que más afecta a las mujeres. Cada año, millones de mujeres padecen esta enfermedad a lo largo y ancho de nuestro planeta. Se estima, que 3 de cada 4 mujeres padecerán al menos de un episodio de candidiasis vaginal durante el

transcurso de sus vidas. Afortunadamente, esta enfermedad es de fácil y rápido diagnóstico, y su adecuado tratamiento cura la enfermedad de forma rápida y segura.⁴ La repercusión de esta enfermedad sobre el embarazo ha sido un tema ampliamente debatido. Hoy en día hay estudios que demuestran que la infección por *Candida albicans* puede provocar abortos espontáneos y partos prematuros.³¹

Consideraciones finales

Las ETS representan una proporción sustancial de la carga total de enfermedad en las poblaciones de áreas urbanas de alta prevalencia. La detección sistemática y el tratamiento de las mujeres embarazadas con una ETS se reconoce como una intervención barata y factible.³

SUMMARY: Sexually transmitted diseases are a serious health problem in today's world. The control of these infections during pregnancy has considerably increased a present and that's why it is necessary to strengthen the surveillance activities and their control. This topic is updated here by analyzing the world situation of some of these diseases and their repercussion on pregnant women and newborn infants.

Subject headings: **SEXUALLY TRANSMITTED DISEASE/transmission; PREGNANCY; INFANT, NEWBORN; SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES/prevention & control.**

Referencias bibliográficas

1. Dixan MR, Wasserheit J. La cultura del silencio. Infecciones del tracto reproductivo entre las mujeres del tercer mundo. Nueva York: International Women's Health Coalition, 1991:131-3.
2. Salud sexual y reproductiva. Washington, DC:OPS, OMS, 1995. Comunicación para la salud (8):17-8.
3. Dallabeta MD, Gina A. El control de las enfermedades de transmisión sexual: un manual para el diseño y la administración de programas. Washington, DC:OPS, 1997:3-24,174-81.
4. Peláez Mendoza J. Sexualidad, imaginación y realidad. La Habana: Editorial Científico Técnica, 1997:91-110.
5. Las diez enfermedades más mortíferas del mundo, treinta datos tomados del informe sobre la salud en el mundo. Correo UNESCO 51(12);1998:12-5.
6. Dallabeta MD, Gina A. El control de las enfermedades de transmisión sexual: un manual para el diseño y la administración de programas. Washington, DC:OPS, 1997:126.
7. Hira SK. Maternal and congenital syphilis: some epidemiological aspects. Afr Sex Trans Dis 1987;3:3-6.
8. Desormeaux J, Behets F, Hamilton H. Sexually transmitted diseases (STD) among pregnant women living in Haitian shantytowns; a first baseline study. En: Abstract book from the IXth international conference on AIDS. Berlin: Editorial Verlag, 1993:1-30.
9. Perine PL. Congenital syphilis in Ethiopia. Med J Zambia 1993;17:12-4.
10. Hira SK. Syphilis intervention in pregnancy: Zambian demonstration project. Genitourin Med 1990;66:159-64.
11. Naud P, Bergmann L, Genehr M. Prevalence of congenital syphilis in a Brazilian center in 1992: En: Abstract book from the IXTH international conference on AIDS. Berlin: Editorial Verlag, 1993:32-4.
12. Ratnam AV, Din SN, Hira SK. Syphilis in pregnant women in Zambia. Br J Vener Dis 1982;58:355-8.
13. Temmerman M, Lopita M, Sinie S, Plummer Fa, Nagelkerke N, Piot P. Sexually transmitted infections as risk factors for spontaneous abortion. In J Stud AIDS 1992;3:418-22.

14. McDermott J, Steketeer R, Larsen S, Wirima J. Syphilis associated perinatal and infant mortality in rural Malawi. *Bull World Health Organ* 1993;71:773-80.
15. Schultz KF. Congenital syphilis. En: Holmes K, Mardh PA, Sparling PF. Sexually transmitted diseases. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 1990:821-42.
16. Vuylsteke B, Bastos R, Barrero J. High prevalence of sexually transmitted diseases in a rural area in Mozambique. *Genitourin Med* 1993;69:427-30.
17. Laga M. Epidemiology of ophthalmia neonatorum in Kenya. *Lancet* 1986;2:1145-48.
18. Welgemoed NC. Prevalence of Neisseria gonorrhoeae infection in patient attending an antenatal clinic. *S Afr Med J* 1986;69:32-4.
19. Goh T Screening for gonorrhoea in a prenatal clinic in Southeast Asia. *Sex Transm Dis* 1981;8:67-9.
20. Amstey MS, Sleadman KT. Symptomatic gonorrhoea and pregnancy. *J Am Vener Dis Assoc* 1976;3:14.
21. Edwards LE, Barroda MI, Hamann AA, Hahonson EY. Gonorrhoea in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1989;132:637-41.
22. Elliot B, Brunham RC, Laga M. Maternal gonorrhoea as a preventable risk factor for premature birth. *J Infect Dis* 1990;161:531-3.
23. Temmerman M, Plummer FA, Farah A. Gonorrhoea in pregnancy. *J Obstet Gynecol* 1992;12:162-6.
24. Sweet RL, Londus DV, Walker C. Chlamydia trachomatis infection and pregnancy outcome. *Am Obstet Gynecol* 1987;156:824-33.
25. Plummer Fa, Laga M, Brunham RC. Post-partum upper genital tract infection in Naibori, Kenya: epidemiology, etiology and risk factors. *J Infect Dis* 1987;156:92-8.
26. López G, Yunes J. Salud reproductiva en las Américas, Washington, DC: OPS, OMS, 1992:564-79.
27. Jenniskens F, Obwaka E. Syphilis control in pregnancy: decentralization of screening facilities to primary care level, a demonstration project in Nairobi, Kenya. *Int J Obstet Gynecol* 1995;48:121-8.
28. Benenson AS. Manual para el control de las enfermedades transmisibles en el hombre. Washington, DC:OPS, 1997;564:262-4.
29. Roberson DH. ETS, diagnóstico, tratamiento, prevención y repercusión social. La Habana: Editorial Científico Técnica, 1984:297-314.
30. Rigol R. Medicina General Integral. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1990;t4:118-24.
31. Gilles RG. Enfermedades infecciosas en Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1985:66-80,276-90.

Recibido: 13 de marzo del 2000. Aprobado: 29 de marzo del 2000.

Dr. Denis Berdasquera Corcho. Calle 88 s/n e/ 57 y 61, municipio Guanajay, La Habana, Cuba.