

Evaluación de prenatal con relación a la detección de sífilis y VIH en gestantes atendidas en un área rural del estado de Pará, Brasil

Evaluation of prenatal care for syphilis and HIV detection in pregnant women attended in a rural area of Pará State, Brazil

Eliete da Cunha Araújo¹, Paula Carolina Brabo Monte¹, Aranda Nazaré Costa de Almeida Haber¹

¹ Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil

RESUMEN

OBJETIVOS: Evaluar la asistencia prenatal prestada, en relación a la sífilis y a la infección por VIH, a las gestantes atendidas en una Estrategia Salud de la Familia de Ananindeua, estado de Pará, Brasil, en 2015, verificando el perfil de las mismas y la prevalencia de esas enfermedades. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se trata de un estudio retrospectivo, observacional y transversal, realizado por medio de análisis de las historias clínicas de 41 gestantes que terminaron el prenatal el año de 2015. **RESULTADOS:** Las gestantes tenían, en su mayoría, entre 20 y 29 años de edad (56,10%), estaban casadas (78,05%), sin renta propia (92,68%), enseñanza primaria completa (43,90%), historia de partos anteriores (65,85%) y realizaron seis o más consultas de prenatal (73,17%). La mayor parte de ellas hizo, como mínimo, un examen de rastreo para sífilis (97,56%) y VIH (95,12%) durante el prenatal. De las que realizaron los exámenes, apenas 31,71% repitieron en el primer y tercer trimestre gestacional los exámenes para sífilis y 29,27% repitió los exámenes para VIH, conforme orienta el Ministerio de Salud. Ningún caso de sífilis fue identificado y se halló una prevalencia de infección por VIH de 2,44%. **CONCLUSIÓN:** Factores como baja escolaridad, falta de trabajo remunerado y ser multíparas se mostraron relevantes. La baja adhesión a los exámenes de sífilis y de VIH durante la gestación es preocupante, ya que además de identificar fallas en el prenatal, puede sugerir un aumento en la prevalencia de infección por el VIH en la región. Es imprescindible mejorar la calidad del prenatal en lo que dice respecto a la realización de esos exámenes, con el objetivo de prevenir la transmisión vertical de esas enfermedades.

Palabras clave: Cuidado Prenatal; Sífilis; VIH.

ABSTRACT

OBJECTIVES: To evaluate the prenatal care provided for syphilis and HIV infection to pregnant women attending a Family Health Strategy (*Estratégia Saúde da Família*) in Ananindeua, Pará State, Brazil, in 2015, verifying their profile and the prevalence of these diseases. **MATERIALS AND METHODS:** A retrospective, observational, and cross-sectional study was conducted with medical records of 41 pregnant women who completed prenatal care in 2015. **RESULTS:** The majority of the pregnant women were between 20–29 years age (56.10%), married (78.05%), with no income (92.68%), and had complete primary education (43.90%), with history of previous births (65.85%) and six or more prenatal consultations (73.17%). Most of them performed at least one screening test for syphilis (97.56%) and HIV (95.12%) during prenatal care. Of those who performed the tests, only 31.71% repeated the exams for syphilis in the first and third trimester, and 29.27% repeated the tests for HIV, as recommended by the Brazilian Ministry of Health. No cases of syphilis were identified and the prevalence of HIV infection was 2.44%. **CONCLUSION:** Factors such as low schooling, lack of paid work and multiparity were relevant. Low adherence to second syphilis and HIV tests during pregnancy is worrisome because identifies prenatal failures and may suggest an increase in the prevalence of HIV infection in the region. It is imperative to improve the quality of prenatal care for syphilis and HIV infection tests, in order to prevent the vertical transmission of these diseases.

Keywords: Prenatal Care; Syphilis; HIV.

Correspondencia / Correspondence:

Eliete da Cunha Araújo

Av. Generalíssimo Deodoro, 01. Bairro: Umarizal – CEP: 66050-160 – Belém, Pará, Brasil – Tel.: +55 (91) 3201-6808

E-mail: elieteca@ufpa.br

INTRODUCCIÓN

La detección de gestantes con VIH no Brasil viene en aumento en los últimos 10 años; de acuerdo con el Boletín Epidemiológico del Ministerio de Salud (MS) de 2017, hubo un incremento de 28,6% en la tasa de detección de VIH, la que saltó de 2,1 casos/1.000 nacidos vivos en 2006 para 2,7 casos/1.000 nacidos vivos en 2015. Las Regiones Norte y Nordeste tuvieron los mayores aumentos; ambas mostraron una tasa de 1,2 en 2006, alcanzando 2,9 y 2,0 casos/1.000 nacidos vivos en 2015, respectivamente¹.

De 2007 a 2016, se informó de 136.945 casos de personas infectadas con VIH en Brasil¹. Desde 2009, existen datos del MS mostrando que la incidencia de este virus, en las Regiones Norte y Nordeste, tiende al crecimiento, mientras que en las otras regiones brasileñas tiende a la estabilización². Un estudio, realizado en una maternidad pública de referencia de la Región Norte, encontró una elevada prevalencia (1,87%) e incidencia (0,40%) de VIH entre las gestantes en el período de 2004 a 2010³. La epidemia de infección por el VIH ha alcanzado las capas más pobres de la sociedad, siendo común encontrar, entre las gestantes portadoras del virus, precarias condiciones de vivienda, baja escolaridad y actividades profesionales restringidas⁴.

La no detección del VIH en el prenatal es una oportunidad perdida de intervención en la embarazada portadora del virus, reduciendo las posibilidades de disminución de la incidencia de transmisión vertical. Gran parte de las gestantes no tienen acceso a exámenes anti-VIH durante el prenatal, sea por su condición social o por fallas en el Sistema Único de Salud⁵. Rodrigues et al.⁶ encontraron una alta prevalencia (6,60%) de transmisión vertical del VIH en un servicio de referencia materno-infantil en Maceió, estado de Alagoas, y advirtieron para la pérdida de oportunidad de profilaxis en los niños infectados, confirmando la urgencia para el aumento de la oferta de exámenes anti-VIH para gestantes y supervisión de las acciones durante y después del parto.

En Brasil, en 2007, se estimaba que el 3,5% de las gestantes eran portadoras de sífilis, habiendo un riesgo de transmisión vertical del *Treponema* en torno del 50 al 80% y tasas de mortalidad perinatal de hasta 40%⁷. En 2010, del total de casos notificados de sífilis en gestantes en el país, el 14% provenían de la Región Norte⁸. En una maternidad de referencia, en esa Región, se registraron 754 casos de sífilis congénita en el período de 2004 a 2013, de los cuales 19 bebés evolucionaron a óbito⁹.

La sífilis congénita es una enfermedad grave, que puede provocar muertes y secuelas importantes en los infantes; pero se inserta en el cuadro de enfermedad perinatal evitable. A pesar de poseer medios de rastreo de fácil acceso y ejecución, tratamiento accesible y económicamente viable, aún no hay un control adecuado de esa enfermedad. Entre los factores de riesgo que contribuyen a la prevalencia de sífilis congénita, se destacan el bajo nivel socioeconómico,

la baja escolaridad, la promiscuidad sexual y, sobre todo, la falta de adecuada asistencia prenatal. La no detección de esta enfermedad en el prenatal representa un problema de salud pública que merece mayor atención en nuestro medio¹⁰.

Según el MS¹¹, debe ser realizada, en todas las gestantes, durante la primera consulta prenatal, la prueba rápida de diagnóstico anti-VIH y/o la serología anti-VIH, repitiéndose en el tercer trimestre gestacional. En el caso de ser positivo, se debe realizar el asesoramiento post test y encaminar a la gestante para acompañamiento del prenatal al servicio de atención especializada en ITS/SIDA de referencia. En relación a la sífilis, el MS recomienda la realización de exámenes (prueba rápida para la clasificación de la sífilis y/o Veneral Disease Research Laboratory – VDRL) en la primera consulta prenatal (o en el primer trimestre), en el tercer trimestre y en el parto. Ante los casos positivos de sífilis en gestantes, el MS recomienda el tratamiento de la gestante y de su pareja con penicilina benzatínica, además de la realización de un examen mensual para control de cura.

Gran parte de las mujeres portadoras del VIH es identificada en el momento del embarazo o del parto. Se observa que entre el 38 y el 48% de esas mujeres llegan a las maternidades sin haber realizado serologías importantes, como para sífilis y para VIH, y necesitan la realización de pruebas rápidas para que las acciones preventivas de transmisión vertical sean ejecutadas⁴.

La realización de serologías y pruebas rápidas para sífilis y VIH durante el prenatal, se muestra un factor decisivo para el diagnóstico y el tratamiento precoz de la gestante y para la adopción de medidas de intervención que impacten en la reducción de la transmisión vertical de las enfermedades. En el presente estudio se evaluó la asistencia prenatal prestada, en relación a la sífilis y a la infección por VIH, a las embarazadas atendidas en la Estrategia Salud de la Familia (ESF) Curuçambá Rural, en Ananindeua, estado de Pará, en 2015, verificando el perfil de las mismas y la prevalencia de esas enfermedades.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio se realizó después de la aprobación del proyecto por el Comité de Ética en Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Pará (CAAE 57218016.9.0000.0018 y dictamen de aprobación n° 059663/2016 el 5 de julio de 2016).

Se trata de un estudio retrospectivo, observacional y transversal, realizado por medio de análisis de las historias clínicas de los sujetos de la investigación. Participaron de la investigación todas las gestantes acompañadas en la ESF Curuçambá Rural que concluyeron el prenatal de enero a diciembre de 2015.

Los datos fueron recolectados de las historias clínicas de las gestantes atendidas por el programa prenatal de la ESF Curuçambá Rural en el año 2015. Se verificó la realización de los exámenes (pruebas rápidas y

serológicas) para VIH y sífilis en cada participante, así como el período gestacional en que estos exámenes fueron realizados. Los exámenes se analizaron según el trimestre gestacional en el que se encontraba la gestante, considerando primer trimestre del embarazo hasta la 12^a semana, el segundo trimestre de la 13^a semana hasta la semana 28^a y el tercer trimestre de la semana 29^a hasta la semana 42^a gestacional¹².

Los exámenes para sífilis analizados fueron la prueba rápida treponémica (Alere Determine™ Syphilis TP, Alere S.A., Galway, Irlanda) y la prueba no treponémica VDRL (Laborclin, Pinhais, Brasil). Los exámenes para el rastreo de infección por VIH analizados fueron la prueba rápida para VIH (VIH TEST BIOEASY, Alere S.A., Galway, Irlanda) y ELISA (VIH-1 MicroELISA, Organon Teknika Corporation, Boxtel, Holanda).

La información recogida fue anotada en un protocolo de investigación, incluyendo datos sociodemográficos (edad, estado civil y escolaridad) y obstétricos (número de gestaciones, partos, abortos, realización de exámenes prenatales y resultados de esos exámenes).

Las franjas de edad fueron estratificadas, de acuerdo con la clasificación adoptada por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística y publicada en el informe de Indicadores Sociodemográficos y de Salud de Brasil, en 2009, basándose en la edad fértil femenina, en: 15 a 19, 20 a 24, 25 a 29, 30 a 34 y 35 a 49 años¹³.

Como criterios de inclusión, fueron consideradas las pacientes gestantes atendidas en la ESF Curuçambá Rural, independientemente del número de gestaciones anteriores, que concluyeron el prenatal en el año 2015; y fueron excluidas las pacientes no embarazadas o gestantes, que no concluyeron el prenatal en el año

2015, y las embarazadas que sufrieron aborto en el período estudiado.

El estudio estadístico fue descriptivo con porcentajes, utilizándose el programa BioEstat v5.3.

RESULTADOS

Se seleccionaron y analizaron las historias de 41 gestantes, de las cuales 56,10% (23/41) tenía entre 20 y 29 años, 78,05% (32/41) estaba casada, 43,90% (18/41) informó tener solamente enseñanza primaria completa y 92,68% (38/41) no tenía renta propia (Tabla 1).

Incluyendo las consultas médicas y de enfermería, 73,17% (30/41) de las gestantes tuvo más de seis consultas durante el prenatal. La mayoría presentaba una historia clínica de hasta dos gestaciones (39,02; 16/41) y de uno a dos partos anteriores (51,22; 21/41), siendo que 17,07% (7/41) tenía historia de aborto (Tabla 2). Las 14 nulíparas estuvieron compuestas por 12 primigestas y dos multigestas, con historia de un aborto anterior.

La mayoría de las gestantes se sometió a algún examen de rastreo para sífilis (97,56%; 40/41) y VIH (95,12%; 39/41) durante o prenatal. La mayor parte de los exámenes se realizó en el primer trimestre gestacional, siendo que 26,83% (11/41) de los exámenes para sífilis y 29,27% (12/41) de los exámenes para VIH también se repitieron en el tercer trimestre gestacional. Se observó que 2,44% (1/41) y 4,88% (2/41) del muestreo estudiado no realizó exámenes de rastreo para sífilis y VIH, respectivamente, durante el prenatal (Tabla 3).

Entre las 41 gestantes estudiadas, hubo un caso de examen positivo para VIH y ninguno para sífilis.

Tabla 1 – Características sociodemográficas de gestantes atendidas en la ESF Curuçambá Rural, Ananindeua, estado de Pará, Brasil, en 2015

Variables	N = 41	%	IC95%
Franja de edad (años)			
18–19	8	19,51	7,2–32,1
20–24	11	26,83	14,2–42,9
25–29	12	29,27	18,1–48,1
30–34	4	9,76	2,7–23,1
35–49	6	14,63	5,6–29,2
Média ± DP	26	± 6,16	24–28
Estado civil			
Soltera	9	21,95	8,80–34,90
Casada	32	78,05	65,10–91,20
Escolaridad			
Primaria incompleta	10	24,39	30,7–62,6
Primaria completa	18	43,90	10,6–37,6
Secundaria completa	11	26,83	14,2–42,9
Superior incompleto	2	4,88	0,6–16,5
Ocupação			
Sin renta	38	92,68	80,1–98,5
Con renta	3	7,32	1,5–19,9

DP: Desvío estándar.

Tabla 2 – Datos obstétricos de gestantes atendidas en la ESF Curuçambá Rural, Ananindeua, estado de Pará, Brasil, en 2015

Historia obstétrica	N = 41	%	IC95%
Número de consultas prenatales			
< 3	1	2,44	0,1–12,9
3–5	10	24,39	11,2–37,5
> 6	30	73,17	57,1–85,8
Número de gestaciones			
1	12	29,27	16,1–45,5
2	16	39,02	24,2–55,5
≥ 3	13	31,71	18,1–48,1
Media ± DP	2	± 1	1,68–2,31
Número de partos			
Nulíparas	14	34,15	20,1–50,6
1–2	21	51,22	35,1–67,1
≥ 3	6	14,63	5,6–29,2
Media ± DP	1	± 1	0,68–1,31
Número de abortos			
Ninguno	34	82,93	67,9–92,8
1–2	7	17,07	7,2–32,1
Media ± DP	0,2	± 0,6	0,01–0,38

DP: Desvío estándar.

Tabla 3 – Realización de exámenes para sífilis y VIH, por trimestre gestacional, en mujeres atendidas en la ESF Curuçambá Rural, Ananindeua, estado de Pará, Brasil, en 2015

Rastreo	N = 41	%
Sífilis		
Exclusivamente en el 1º trimestre	11	26,83
Exclusivamente en el 2º trimestre	5	12,19
Exclusivamente en el 3º trimestre	8	19,51
1º y 3º trimestres	11	26,83
1º y 2º trimestres	1	2,44
2º y 3º trimestres	2	4,88
1º, 2º y 3º trimestres	2	4,88
No realizó el examen	1	2,44
VIH		
Exclusivamente en el 1º trimestre	10	24,39
Exclusivamente en el 2º trimestre	5	12,19
Exclusivamente en el 3º trimestre	8	19,51
1º y 3º trimestres	12	29,27
2º y 3º trimestres	4	9,76
No realizó el examen	2	4,88

DISCUSIÓN

En cuanto al grupo de edad predominante, los resultados de este estudio fueron similares al encontrado por Domingues et al.¹⁴ en una cohorte hospitalaria, realizada de 2011 a 2012, en Brasil, en el cual las gestantes presentaron un promedio de edad de 25,7 años. Según el MS, en 2017, las gestantes que tenían

entre 20 y 24 años de edad eran las más infectadas con el VIH en Brasil, siendo que, de 1980 a 2016, la mayor concentración de casos de sida en el país estaba en el rango de 25 a 39 para ambos sexos¹.

En los estudios de Tabisz et al.¹⁰, fue posible observar que el 3,30% de las gestantes tenía educación superior completa, lo que no fue así en el presente estudio. Sin embargo, los hallazgos de este estudio corroboran los de Araújo et al.¹⁵, teniendo en vista que hubo predominio de gestantes con enseñanza primaria y ausencia de analfabetismo entre las mismas. La presencia de jóvenes en edad fértil y con bajos niveles educativos también fueron características encontradas en el estudio de Rodrigues et al.⁶. Este hallazgo es relevante por evidenciar un perfil de vulnerabilidad en la población estudiada, pues, de acuerdo con Acosta et al.¹⁶, existe una fuerte asociación entre la baja escolaridad y la mono infección por VIH y coinfección por sífilis y VIH.

Cuando se analizó la ocupación, el 92,68% de las gestantes no tenía renta propia y apenas el 7,32% realizaba alguna actividad remunerada. Estos hallazgos están de acuerdo con la realidad encontrada por Menezes et al.³ en una maternidad de referencia de Belém, en la que la mayoría (68,2%) de las gestantes ejercían actividades solamente en el hogar. La baja frecuencia de actividades remuneradas entre las gestantes impacta negativamente en la renta familiar; en este sentido, el MS¹⁷ refiere que la baja escolaridad y las condiciones socioeconómicas desfavorables son factores de riesgo prevalentes entre gestantes portadoras de sífilis y de VIH.

Se observó que el 78,05% de las gestantes estaban casadas, dato que discrepa de lo encontrado en Menezes et al.³, en que el 89,0% era soltera. Sin embargo, esta discordancia puede haber ocurrido porque, en esta investigación, se consideró como casadas también a las mujeres que convivían con sus parejas en unión de hecho. Otros estudios han evidenciado el aumento de casos de enfermedades sexualmente transmisibles en uniones dichas estables. Pereira et al.¹⁸, en 2014, encontraron una fuerte asociación entre estar casada, o en unión estable, con seropositividad.

El MS preconiza un mínimo de seis consultas durante el prenatal. Este cantidad se observó en el 73,17% de las gestantes, porcentaje ligeramente superior al encontrado por Leitão et al.¹⁹, que registraron el 68,3% de las gestantes con hasta cinco consultas. El porcentaje de gestantes, en las Regiones Norte y Nordeste de Brasil, que recibieron seis o más atenciones durante el prenatal, no llegó a 40%, como propuesto por el Programa de Salud de la Mujer del MS. Según Souza Júnior et al.²⁰. De acuerdo con Domingues et al.¹⁴, Brasil presenta alta cobertura de prenatal con al menos una consulta, alcanzando niveles superiores al 90%, independientemente de la región geográfica o características de las madres. Sin embargo, la ausencia de prenatal y la realización de prenatal con menos de seis consultas fueron factores asociados con el diagnóstico tardío de VIH y la coinfección sífilis y VIH en los estudios de Acosta et al.¹⁶.

En relación a la historia obstétrica, 29,27% de las pacientes era primigesta, 65,85% tenía una historia de partos anteriores y 17,07% tenía historia de abortos. Esos hallazgos fueron similares a los del estudio de Leitão et al.¹⁹, que encontraron, entre las embarazadas estudiadas, un 36,3% de primigestas y un 63,7% con historia de una o más gestaciones, con un 22,7% de las gestantes con antecedentes de aborto. Es relevante observar el alto índice de aborto (17,07%) entre las estudiadas, pues existe una importante relación entre enfermedades sexualmente transmisibles y aborto, especialmente en relación a la sífilis. En ese sentido, Rodrigues y Guimarães²¹ alertaron sobre el hecho de que 40% de las mujeres con sífilis no tratadas en el embarazo puede evolucionar a pérdida fetal, aborto espontáneo, prematuros y daños a la salud del bebé. Sin embargo, este estudio no diferenció abortos espontáneos de abortos inducidos, lo que torna inviable la relación de ese dato con las enfermedades estudiadas.

Este estudio identificó la realización de exámenes de rastreo para sífilis en 97,56% (40/41) de las gestantes, dato superior al encontrado por Domingues et al.¹⁴, que encontraron coberturas menores (79,5%) en las residentes de la Región Norte en comparación con las otras Regiones brasileñas. La mayoría de las gestantes realizó estos exámenes, por primera vez, en el primer trimestre gestacional (60,98%) y sólo el 31,71% los repitió en el tercer trimestre. Por lo tanto, el 68,29% no realizó los exámenes como orientado por

el MS, lo que posibilitaría el diagnóstico y la debida intervención para la prevención de la transmisión vertical. Esos hallazgos corroboran los estudios de Leitão et al.¹⁹, en el cual el 7,3% de las gestantes realizó el examen para la detección de sífilis, por primera vez, en el primer trimestre gestacional, el 27,3% de ellas repitió los exámenes, como propuesto por el MS, y el 72,7% de ellas no realizó los exámenes en el período recomendado. Según Domingues et al.¹⁴, en la Región Norte, la realización de la primera serología para sífilis presenta una proporción elevada, mientras que la realización del segundo examen ocurre en menos del 30% de las embarazadas.

En relación al rastreo del VIH, el 95,12% de las gestantes realizó, al menos un examen durante el prenatal y el 29,27% repitió los exámenes, según orientado por el MS. Estos hallazgos están de acuerdo con la realidad brasileña encontrada en un amplio estudio sobre el test prenatal para el VIH, en el cual Domingues et al.²² evidenciaron que, en todas las regiones brasileñas, existe alta adhesión a la realización de la primera prueba serológica para ese virus (> 80%) y baja adherencia a la realización de la segunda prueba (< 30%). En este sentido, este estudio evidenció problemas en la implementación de la recomendación del MS del segundo test para sífilis y VIH en el prenatal de la ESF estudiada.

En el estudio de Souza Júnior et al.²⁰, la cobertura efectiva de serología para el VIH en la gestación fue estimada en 52%, siendo que sólo un 27% de las mujeres estudiadas atendieron a las recomendaciones del MS (mínimo de seis consultas, comienzo del cuidado en el primer trimestre, solicitud de examen de VIH y tomar conocimiento del resultado antes del parto), siendo que esta proporción varió del 10% (Región Norte) al 42% (Región Sur).

Las estimaciones del MS, en 2010, sugerían que el 0,4% de las gestantes brasileñas eran portadoras del VIH, porcentaje que podría oscilar ligeramente de acuerdo con la región en foco²³. En el presente estudio, se encontró un 2,44% de positividad para la presencia de VIH. Este dato fue similar a los hallazgos de Botelho et al.²⁴, que encontraron un 2,28% de positividad en el examen anti-VIH en embarazadas atendidas por el Programa Estadual de Protección a la Gestante del estado de Mato Grosso do Sul. La alta prevalencia de infección por VIH encontrada llama la atención, ya que, además de que la muestra es pequeña, cerca del 60% de las gestantes estudiadas no realizó la segunda prueba, lo que podría aumentar considerablemente ese porcentaje.

El acceso precoz al diagnóstico y el tratamiento adecuado de la sífilis en las gestantes son momentos fundamentales para la prevención de la sífilis congénita²⁵. Se estima que, en Brasil, la prevalencia de sífilis gestacional oscila entre el 1,40% y el 2,80%, con una tasa de transmisión materno-infantil cercana al 25%²⁶. En el año de 2010, se notificaron 10.084 casos de sífilis en gestantes, siendo el 14% de la Región Norte²⁴. Domingues et al.¹⁴ encontraron una prevalencia

de sífilis en la gestación del 1,02%, discrepando de este estudio, en el que no se encontraron casos de sífilis entre las gestantes estudiadas. Considerando que la sífilis es cuatro veces más prevalente que el VIH, se evidencia la prevalencia cero encontrada. Sin embargo, se debe considerar que cerca del 60% de las gestantes no realizó el segundo examen diagnóstico, lo que puede explicar la no detección de la infección en la muestra estudiada. Tal hallazgo es preocupante, por representar un factor que contribuye a la ocultación de casos que podrían ser tratados y, así, disminuir la incidencia de sífilis congénita. El hecho de que la sífilis en la gestante sea silenciosa, con pocos o ningún síntoma, confiere la falsa impresión de salud, dando énfasis a la relevancia de las pruebas diagnósticas que posibilitan el diagnóstico y el tratamiento de la gestante y del producto de la concepción.

CONCLUSIÓN

El perfil predominante entre las estudiadas fue de gestantes jóvenes, con bajos niveles de escolaridad, en uniones estables, sin trabajo remunerado y multíparas. A pesar de que ningún caso de sífilis fue identificado, se halló una alta prevalencia de infección por VIH (2,44%). El segundo examen para rastreo de las dos enfermedades no fue hecho por la mayoría de

las gestantes, evidenciando una baja adhesión a la recomendación del MS en el cuidado prenatal.

Los datos relatados son preocupantes, porque además de identificar fallas en el prenatal, pueden sugerir un aumento en la prevalencia de la infección por VIH en la región. Es imprescindible mejorar la calidad del prenatal en lo que dice respecto a la realización de esos exámenes, con la finalidad de prevenir la transmisión vertical de las dos enfermedades.

APOYO FINANCIERO

Esta investigación se realizó con recursos propios de los autores.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no haber conflictos de interés en relación a la investigación.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Todos los autores contribuyeron a la elaboración del estudio, el análisis y la interpretación de los datos y con la redacción del manuscrito, aprobando la versión final publicada. Se declaran responsables por el contenido integral del artículo, garantizando su precisión e integridad.



REFERENCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Bol Epidemiol HIV/Aids. 2017;48(1): 1-52.
- 2 Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Programa Nacional de DST e AIDS. Bol Epidemiol Aids/DST. 2009;6(1):1-62.
- 3 Menezes LSH, Palacios VRCM, Peixoto CAS, Alcântara MSV, Bichara CNC. Perfil epidemiológico de grávidas HIV positivas atendidas em maternidade pública de referência. Rev Para Med. 2013 jul-set;27(2):57-64.
- 4 Romanelli RMC, Kakehasi FM, Tavares MCT, Melo VH, Goulart LHF, Aguiar RALP, et al. Perfil das gestantes infectadas pelo HIV atendidas em pré-natal de alto risco de referência de Belo Horizonte. Rev Bras Saude Mater Infant. 2006 jul-set;6(3):329-34.
- 5 Miranda AE, Rosetti Filho E, Trindade CR, Gouvêa GM, Costa DM, Oliveira TG, et al. Prevalência de sífilis e HIV utilizando testes rápidos em parturientes atendidas nas maternidades públicas de Vitória, Estado do Espírito Santo. Rev Soc Bras Med Trop. 2009 jul-ago;42(4):386-91.
- 6 Rodrigues STC, Vaz MJR, Barros SMO. Transmissão vertical do HIV em população atendida no serviço de referência. Acta Paul Enferm. 2013;26(2): 158-64.
- 7 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- 8 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Bol Epidemiol AIDS/DST. 2012;1(1): 1-60.
- 9 Rojas MM, Dias RM, Araújo EC. Dez anos de sífilis congênita em maternidade de referência na Amazônia brasileira. Rev Para Med. 2015 jan-mar;29(1):7-10.
- 10 Tabisz L, Bobato CT, Carvalho MFU, Takimura M, Reda S, Pundek MRZ. Sífilis, uma doença reemergente. Rev Med Res. 2012 jul-set;14(3):165-72.
- 11 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. (Série A. Normas e manuais técnicos); (Cadernos de atenção básica; n° 32).
- 12 Martins-Costa S, Ramos JG, Chaves EM. Assistência ao pré-natal normal e de alto risco. In: Freitas F, Martins-Costa S. Rotinas em obstetrícia. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p. 1-12.

- 13 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. p. 13. (Estudos e pesquisas: informação demográfica e socioeconômica, n. 25).
- 14 Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB, Leal MC. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: estudo Nascer no Brasil. Rev Saude Publica. 2014 out;48(5):766-74.
- 15 Araújo EC, Drosdoski FS, Nunes Júnior NB, Ferreira PGM. Avaliação da abordagem médica em gestantes HIV positivas. Rev Para Med. 2015 abr-jun;29(2):39-43.
- 16 Acosta LMW, Gonçalves TR, Barcellos NT. Coinfecção HIV/sífilis na gestação e transmissão vertical do HIV: um estudo a partir de dados da vigilância epidemiológica. Rev Panam Salud Publica. 2016 dez;40(6):435-42.
- 17 Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS. Características dos indicadores: fichas de qualificação da RIPSa 2010: níveis de escolaridade na população de 15 anos ou mais - B.2.1 - 2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- 18 Pereira BS, Costa MCO, Amaral MTR, Costa HS, Silva CAL, Sampaio VS. Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. Cienc Saude Coletiva. 2014 mar;19(3):747-58.
- 19 Leitão E JL, Canedo MCM, Furiatti MF, Oliveira LRS, Diener LS, Lobo MP, et al. Sífilis gestacional como indicador da qualidade do pré-natal no Centro de Saúde n.º 2 Samambaia-DF. Com Ciencias Saude. 2009;20(4):307-14.
- 20 Souza Júnior PRB, Szwarcwald CL, Barbosa Júnior A, Carvalho MF, Castilho EA. Infecção pelo HIV durante a gestação: Estudo-Sentinela Parturiente, Brasil, 2002. Rev Saude Publica. 2004 dez;38(6):764-72.
- 21 Rodrigues CS, Guimarães MDC, Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2004;16(3):168-75.
- 22 Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Souza Jr PRB, Leal MC. Prenatal testing and prevalence of HIV infection during pregnancy: data from the "Birth in Brazil" study, a national hospital-based study. BMC Infect Dis. 2015;15:100.
- 23 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Série Manuais; n. 46).
- 24 Botelho CAO, Tomaz CAB, Cunha RV, Botelho MAO, Botelho LO, Assis DM, et al. Prevalência dos agravos triados no programa de proteção à gestante do estado de Mato Grosso do Sul de 2004 a 2007. Rev Patol Trop. 2008 out-dez;37(4):341-53.
- 25 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Bol Epidemiol Aids/DST. 2012;8(1):23-4.
- 26 Galban E, Benzaken AS. Situación de la sífilis en 20 países de Latinoamérica y el Caribe: año 2006. J Bras Doenças Sex Transm. 2007;19(3-4):166-72.

Recibido en / Received: 20/10/2016
Aceptado en / Accepted: 30/11/2017

Se refiere al doi: 10.5123/S2176-62232018000100005, publicado originalmente en portugués.

Traducido por: Lota Moncada

Cómo citar este artículo / How to cite this article:

Araújo EC, Monte PCB, Haber ANCA. Evaluación de prenatal con relación a la detección de sífilis y VIH en gestantes atendidas en un área rural del estado de Pará, Brasil. Rev Pan-Amaz Saude. 2018 enero-marzo;9(1):1-7. Doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232018000100005>