



ORIGINALES

Perfil epidemiológico de sífilis adquirida diagnosticada y notificada en hospital universitario materno infantil

Perfil epidemiológico de sífilis adquirida diagnosticada e notificada em hospital universitário materno infantil

Epidemiologic profile of acquired syphilis diagnosed and notified at a maternal-child university hospital

***Dantas, Livia Azevedo **Jerônimo, Silvana Helena Neves de Medeiros
***Teixeira, Gracimary Alves ***Lopes, Thais Rosental Gabriel ***Cassiano,
Alexandra Nascimento *Carvalho, Jovanka Bittencourt Leite de**

*Escuela de Enfermería de Natal. Universidad Federal de Rio Grande do Norte. E-mail: liviadantasenf@gmail.com **Máster en Enfermería. Enfermera de la Universidad Federal de Rio Grande del Norte y de la Secretaría de Estado de Salud de Rio Grande del Norte***Programa de Posgraduación en Enfermería. Universidad Federal de Rio Grande del Norte. Brasil.

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.229371>

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar el perfil epidemiológico de las usuarias portadoras de sífilis adquirida.

Método: Se realizó un estudio exploratorio y descriptivo, con abordaje cuantitativo, a través de datos secundarios recogidos en los formularios de investigación/notificación de la sífilis de las mujeres atendidas en Hospital Universitario materno infantil, en Santa Cruz-RN en 2012. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación con el número 772.884.

Resultados: 67% de las madres asistieron a la escuela primaria, 33% son solteras, 42% tenía menos de 06 consultas prenatales, 58% de estas realizaron tratamiento previo de la sífilis, pero sólo 25% de los esposos fueron examinados.

Conclusión: El estudio muestra el progreso en relación con el diagnóstico de la sífilis durante la atención prenatal, señalándose la falta de funcionamiento del tratamiento de las mujeres embarazadas antes del parto, así como de sus esposos. Por lo tanto, se necesitan estrategias innovadoras con el objetivo de un tratamiento precoz y adecuado de las mujeres embarazadas y de sus parejas.

Palabras clave: Sífilis; Salud de la mujer; Infecciones por treponema; Enfermería materno-infantil

RESUMO

Objetivo: Caracterizar o perfil epidemiológico das usuárias portadoras da sífilis adquirida.

Método: Realizou-se um estudo exploratório e descritivo de abordagem quantitativa, através de dados secundários coletados nas fichas de investigação/notificação de sífilis de mulheres assistidas em Hospital Universitário Materno Infantil, no município de Santa Cruz-RN, em 2012. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer nº 772.884.

Resultados: Indicaram que 67% das puérperas notificadas cursaram apenas o ensino fundamental, 33% são solteiras, 42% realizaram menos de 06 consultas de pré-natal, 58% delas realizaram tratamento prévio da sífilis, mas apenas 25% dos esposos aderiram e o realizaram.

Conclusão: O estudo aponta avanços quanto ao diagnóstico da sífilis durante o pré-natal, porém ressaltou-se a não realização do tratamento das gestantes antes do parto, como também do esposo. Logo, estratégias inovadoras são necessárias visando o tratamento precoce e adequado das gestantes e seu(s) parceiro(s).

Palavras-chave: Sífilis; Saúde da mulher; Infecções por treponema; Enfermagem materno-infantil

ABSTRACT

Objective: To characterize the epidemiologic profile of users with acquired syphilis

Method: There was an exploratory and descriptive study of quantitative approach, through secondary data collected in investigation forms / Women's syphilis notification assisted in Maternal-Child University Hospital, in Santa Cruz-RN in 2012. The study was approved by the Research Ethics Committee under report number 772.884.

Results: 67% of mothers reported only attended elementary school, 33% are single, 42% undergone less, 58% of them held previous treatment of syphilis, but only 25% of partners joined and held it.

Conclusion: The study shows progress regarding diagnosis of syphilis during prenatal care, but it was pointed out the non-accomplishment of treatment of pregnant women before delivery, as well as of their partners. Therefore, innovative strategies are needed aiming for an early and proper treatment of pregnant women and their partners.

Keywords: Syphilis; Women's health; Treponemal infections; Maternal-child nursing

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad infecciosa causada por la bacteria *Treponema pallidum*. Esta infección ocurre a través del contacto sexual, transfusión de sangre, trasplante de órgano, o por transmisión congénita. A título de declaración obligatoria se clasifica por el Ministerio de Salud (MS) en: sífilis adquirida, sífilis congénita (SC) y sífilis gestacional, siendo la SC la de mayor importancia para la salud pública debido a la alta frecuencia con que produce resultados graves para la gestación y para el niño, sin embargo para su prevención es necesaria la detección precoz de la sífilis adquirida y/o gestacional ⁽¹⁾.

Informes oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que, anualmente, ocurren cerca de 12 millones de nuevos casos en la población adulta en todo el mundo, la mayor parte en países en desarrollo. En Brasil, se estima que la prevalencia media de sífilis adquirida en parturientas varía entre 1,4% y 2,8%, con una tasa de transmisión vertical en torno a 25% ⁽²⁾.

En el Estado de Rio Grande del Norte hubo 399 casos de Sífilis Adquirida notificados de Enero de 2011 a Diciembre de 2012 (132 en 2011 y 267 en 2012), de estos 56% ocurrieron en mujeres y 44% en hombres, destacando también que en el periodo entre 2007 y 2012, fueron notificados 1.309 casos de sífilis congénita en ese estado, con tasa de incidencia en aumento⁽³⁾.

La SC fue incluida en la lista de enfermedades de declaración obligatoria en el año 1986, y este formulario de investigación sufrió variaciones a lo largo de los años, en busca de una mejor detección y acompañamiento del proceso de eliminación firmado en acuerdos internacionales por MS. Sin embargo, la Sífilis adquirida ganó ese *status* solo en 2005, a través de la Ordenanza MS/SVS n°. 33, teniendo el formulario de investigación liberación para la tipificación en el Sistema Nacional de Quejas de Notificación (SINAN) en 2007⁽⁴⁾.

Ante esto, la OMS recomienda que la erradicación de la Sífilis contribuirá a tres de los grandes objetivos del milenio: la reducción de la mortalidad infantil, mejora de la salud materna y la lucha contra HIV/AIDS entre otras enfermedades⁽⁵⁾.

Frente a esta propuesta, el MS preconiza que durante la asistencia prenatal toda gestante sea sometida a por lo menos dos exámenes de VDRL, uno con ocasión de la primera consulta y otro alrededor de la 28ª semana gestacional. Se debe también realizar nuevo test de VDRL en el momento del parto para garantizar al recién nacido la posibilidad de tratamiento precoz, caso de que la embarazada no haya sido tratada o se haya reinfectado tras el tratamiento.⁽⁶⁾

Considerando la existencia de tests diagnósticos sensibles, tratamiento eficaz y bajo costo, la sífilis es una enfermedad sexualmente transmisible que puede ser fácilmente controlada. Así, surgió la siguiente pregunta guía: ¿Cuál es el perfil epidemiológico de mujeres diagnosticadas y notificadas con sífilis adquirida en el puerperio?

Teniendo en cuenta que el control epidemiológico de la Sífilis constituye uno de los mayores desafíos actuales de la salud pública en el país y en el mundo, esta investigación objetiva caracterizar el perfil epidemiológico de mujeres portadoras de sífilis adquirida diagnosticadas y notificadas en el puerperio de un Hospital Universitario Materno Infantil, en el interior del Estado de Rio Grande del Norte.

MÉTODO

El soporte metodológico de este estudio utilizó el diseño exploratorio, descriptivo, con abordaje cuantitativo, de cuño documental y retrospectivo sobre la caracterización epidemiológica de la sífilis congénita y adquirida en el año 2012. El mismo fue realizado en un Hospital Universitario, localizado en la ciudad de Santa Cruz, Región Trairí del estado de Rio Grande del Norte (RN), Brasil. Este servicio presta asistencia de referencia de media complejidad a la salud materno infantil, con actuación en una área de cobertura que comprende los municipios de la Región del Trairí.

La población del estudio estuvo constituida por todos los casos de sífilis entre las pacientes que dieron a luz en este servicio en el año 2012, con formularios de notificación/investigación cumplimentados, existente en el Núcleo Hospitalario de Vigilancia Epidemiológica (NHVE) del referido hospital, así fueron notificados 12 casos en el año en estudio.

Los datos fueron obtenidos en los meses de septiembre a octubre de 2014, a partir de las copias cumplimentadas de Declaraciones de Nacidos Vivos (DNVs) y formularios de notificación/investigación de sífilis adquirida y congénita de las púerperas y de los recién nacidos archivados en el sector del NHVE del hospital. Se realizó la ubicación manual de las informaciones registradas en las bases de datos citadas. Posteriormente, los datos se organizaron en banco de datos electrónicos por medio de tipificación en planilla del aplicativo Microsoft Excel, para ser categorizados y clasificados conforme cada variable. Así, los resultados se analizaron según la estadística descriptiva y presentados en forma de tablas.

Las variables utilizadas fueron: grupo de edad, escolaridad, raza, municipio, zona, ocupación, situación conyugal, paridad, número de abortos, consultas de prenatal, inicio del prenatal, tipo de parto, inducción del trabajo de parto, profesional que realizó el parto, conocimiento del diagnóstico de sífilis, tratamiento previo de la embarazada, tratamiento del compañero, valoración del test no treponémico, y clasificación clínica.

El acceso a las fichas y archivos fue autorizado por los dirigentes de la coordinación del NHVE y dirección general, en todo el proceso se respetó la confiabilidad de las informaciones y el anonimato, preservando la identidad de los sujetos investigados y la responsabilidad ética institucional para con las informaciones facilitadas.

En conformidad con las exigencias establecidas por la Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud (CNS) que guía la práctica de investigación con seres humanos, el estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEP) del Hospital Universitario Onofre Lopes (HUOL), bajo parecer nº 772.884 y CAAE: 31591514.0.0000.5292.

RESULTADOS

Caracterización de las participantes del estudio respecto a los aspectos sociodemográficos

Las mujeres portadoras de sífilis adquirida diagnosticadas y notificadas en el puerperio de un Hospital Universitario Materno Infantil en el año 2012 constituyeron una población de 12 casos en su totalidad. El grupo de edad predominante varió entre 19-23 años con 6 (50%) casos. Em cuanto a la raza, 10 (83%) mujeres se denominaron pardas. Con relación a la escolaridad, 8 (67%) cursaron solo la enseñanza fundamental. De acuerdo con la zona del municipio donde residen, se vio que 4 (33%) vivían en zona rural. En lo que se refiere a la ocupación, 9 (75%) eran agricultoras y en relación a la situación conyugal, 4 (33%) eran solteras. (Tabla 1)

Tabla 1: Distribución de las usuarias de acuerdo con las variables sociodemográficas, Santa Cruz, RN, Brasil, 2012

Variables	Categorías	Nº de casos (%)
Grupo de edad	19-23	50% (6)
	24-29	33% (4)
	30-34	17% (2)
Escolaridad	Sin escolaridad	8% (1)
	Enseñanza Fundamental	67% (8)
	Enseñanza media incompleta	8% (1)
	Enseñanza media	8% (1)

	completa	
	Enseñanza superior completa	8% (1)
Raza	Blanca	17% (2)
	Parda	83% (10)
Zona	Rural	33% (4)
	Urbana	67% (8)
Ocupación	Agricultora	75% (9)
	Hogar	17% (2)
	Limpiadora	8% (1)
Situación Conyugal	Soltera	33% (4)
	Unión Estable	67% (8)

Fuente: datos de la investigación.

El perfil obstétrico de las participantes del estudio

En lo que se refiere a la paridad, 4 (33%) son secundigestas. De acuerdo con el número de abortos, 1 (8%) paciente presentó 02 episodios de aborto. Todas las pacientes tienen registro de consultas de prenatal realizadas, de estas, 5 (42%) presentaron el número de consultas por debajo del mínimo recomendado por el Ministerio de Salud (6 consultas). En lo que concierne al periodo en que cada una comenzó el prenatal, 9 (75%) iniciaron en el 1º trimestre (Tabla 2).

Tabela 2: Caracterización del perfil obstétrico de las mujeres afectadas por sífilis, Santa Cruz, RN, Brasil, 2012

Variables	Categorías	Nº de casos (%)
Paridad	Nulípara	42% (5)
	Primípara	33% (4)
	Múltiparas	24% (3)
Número de Abortos	No presentan histórico	83% (10)
	1 episodio	8% (1)
	2 episodios	8% (1)
Consultas de prenatal	< 6 consultas	42% (5)
	≥ 6 consultas	58% (7)
Inicio del prenatal	1º trimestre	75% (9)
	2º trimestre	17% (2)
	Ignorado	8% (1)

Fuente: datos de la investigación.

En relación a los antecedentes de sífilis, 8 (67%) mujeres afirmaron tener conocimiento del diagnóstico de la enfermedad. Realizaron el tratamiento previo 7 (58%) de las pacientes. En lo que se refiere al tratamiento del compañero, solo 3 (25%) de los casos realizaron el tratamiento. Todos los casos tuvieron el test no treponémico con resultado reactivo y en relación a la valoración de esa prueba, 5 (42%) casos presentaron resultado con infección 1:8. De acuerdo con la clasificación clínica de la enfermedad, 5(42%) casos se diagnosticaron como sífilis primaria. (Tabla 3)

Tabla 3: Caracterización del perfil de las mujeres afectadas por sífilis en el municipio de Santa Cruz, RN, Brasil, 2012

Variables	Categorías	Nº de casos (%)
Conocimiento del diagnóstico de sífilis	Conocimiento del diagnóstico	67% (8)
	No tenía conocimiento	17% (2)
	Ignorado	8% (1)
Tratamiento previo de la gestante	Realizaron el tratamiento	58% (7)
	Ignorado	42% (5)
Tratamiento del compañero	Realizaron el tratamiento	25% (3)
	No realizaron el tratamiento	8% (1)
	Ignorado	67% (8)
Valoración del test no treponémico	1:1	8% (1)
	1:2	8% (1)
	1:4	8% (1)
	1:8	42% (5)
	1:16	8% (1)
	1:32	17% (2)
	1:128	8% (1)
Clasificación Clínica	Sífilis primaria	42% (5)
	Sífilis latente	25% (3)
	Ignorado	33% (4)

Fuente: datos de la investigación.

DISCUSIÓN

Em este estudio, se observó que el perfil de las puérperas diagnosticadas y notificadas con sífilis adquirida prevaleció em el grupo de edad joven, con bajo nivel de escolaridad, profesión/ocupación predominante de agricultora. Además, se observó en el estudio porcentaje relevante de: mujeres solteras, que no realizaron el tratamiento antes del parto y compañeros no tratados. Estos datos son confirmados por estudio realizado en 2014, que indica como factores de riesgo asociados a la infección de la sífilis: el embarazo en la adolescencia, ausencia de compañero sexual fijo y/o la existencia de múltiples compañeros, baja escolaridad y nivel socioeconómico, multiparidad, aceso limitado a los servicios de salud y presencia de otras enfermedades sexualmente transmisibles (DSTs) en la mujer o en el compañero⁽⁶⁾.

El número de abortos presentado en la tabla 2 demuestra que la exposición a la sífilis acarrea implicaciones sobre la madre y su feto entre ellas el aborto espontáneo, pues 16% de las entrevistadas dijeron haber sufrido la interrupción de embarazos anteriores. Así, estudios refieren que las mujeres afectadas por la sífilis, incluso

después del tratamiento, presentan un riesgo mayor de desenlaces adversos, tales como nacimiento prematuro, óbito fetal y perinatal o neonatal^(7,8).

Así, los resultados presentados en la tabla 3 indican que 67% de estas tenían el diagnóstico de sífilis, 58% realizaron tratamiento previamente al parto y solo 25% de los compañeros fueron tratados. En contrapartida otro estudio desarrollado en Brasil, con los datos del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud, de 2008, presenta que solo 24% tuvieron diagnóstico de sífilis antes del parto e inclusive fue tratado el compañero.⁽⁹⁾ Con ello, se perciben avances en el diagnóstico durante el prenatal, sin embargo, se sugiere la reinfección de las embarazadas por los compañeros no tratados, así como también la reinfección de esos compañeros tratados con el contacto sexual con otras mujeres infectadas y no tratadas.^(10,11)

La resistencia enfrentada por los profesionales de la salud para realizar el tratamiento del compañero sexual de portadores de IST's, la mayoría de las veces está relacionada con la construcción históricamente excluyente de las políticas públicas orientadas a la salud del hombre lo que acarrea una baja demanda del mismo a los servicios de salud. Este hecho también puede estar relacionado con el papel que siempre fue designado al hombre como sustentador de la familia, por eso se desarrolló una visión de un ser fuerte e inquebrantable donde el papel del cuidar siempre quedó a cargo de la mujer. Y además, se percibe la dificultad del propio servicio en acoger a ese individuo en su singularidad.⁽¹²⁾

Para la detección de la enfermedad los exámenes no treponémicos son pruebas de floculación cuantitativa y cuya valoración indica la actividad de la enfermedad y son utilizados en el acompañamiento del tratamiento. El VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) es el examen más utilizado para confirmación diagnóstica, pues presenta buena sensibilidad y especificidad, pudiendo permanecer reactivo incluso tras la cura de la infección (cicatriz serológica), pero con disminución progresiva de las valoraciones^(6,13,14).

Con relación al tratamiento, para que la embarazada con sífilis sea considerada adecuadamente tratada, alejando la posibilidad de infección del feto, esta debe ser medicada con penicilina G benzatina, en las dosis apropiadas en la fase de la infección, haber finalizado el tratamiento por lo menos 30 días antes del parto, y tener al compañero concomitantemente tratado con el mismo esquema terapéutico de la embarazada. Incluso aunque la mujer sea tratada adecuadamente, el no tratamiento del compañero implica un alto riesgo de reinfección de la gestante, aumentando consecuentemente la probabilidad de transmisión vertical de la enfermedad⁽¹⁵⁾.

De esa forma, una mayor prevalencia de sífilis en mujeres de baja condición socioeconómica, con antecedentes obstétricos de riesgo y con dificultad de acceso a servicios de salud, indica la mayor vulnerabilidad social y reproductiva de esas mujeres, lo que hace más complejo el desafío de control de la sífilis en esa población⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Así, para destacar el control de esta enfermedad, es necesaria una asistencia prenatal de calidad, con amplia cobertura y estrategias innovadoras con miras a la captación precoz de las embarazadas; garantía del diagnóstico de la enfermedad durante la gestación y en el menor plazo posible, permitiendo a las mujeres el tratamiento antes de la 24ª a la 28ª semana gestacional, periodo este más efectivo para el feto; manejo clínico adecuado de la embarazada y de su(s) compañero(s),

incluyendo el asesoramiento sobre la enfermedad y formas de prevención. Así, podrá haber aumento de la adhesión al tratamiento y reducción de la vulnerabilidad de las mujeres y sus compañeros a las DST^(16,18,19).

No obstante, a pesar del número ascendente de prenatal realizado durante los años, se verificó la incidencia también creciente del número de casos de sífilis. Estos datos pueden revelar tanto la calidad de la asistencia prenatal, que permanece por debajo de la deseada, como el aumento de los casos notificados que, incluso siendo aún inferior a lo esperado, viene mostrando avances⁽²⁰⁾ conforme presentado en la tabla 1 en que 75% de las mujeres iniciaron el prenatal en el 1º trimestre del embarazo y 58% realizaron más de 6 consultas.

Se destaca la importancia de la notificación en el SINAN como uno de los medios de control de la sífilis adquirida y congénita, pues al coleccionar, transmitir y diseminar datos sobre las enfermedades de declaración obligatoria, el SINAN se torna un instrumento relevante en la ayuda a la planificación de la salud, definiendo prioridades de intervención, además de permitir que sea evaluado el impacto de esas enfermedades⁽²¹⁾.

CONCLUSIÓN

El estudio del perfil de las mujeres con sífilis adquirida se caracterizó por el bajo nivel de escolaridad, porcentaje relevante de embarazadas solteras, avances en cuanto al inicio precoz del prenatal, número de consultas y diagnóstico durante la gestación, sin embargo, se destacó la no realización del tratamiento de las embarazadas antes del parto, así como también que los compañeros no fueron tratados.

De este modo, el aumento de su incidencia en el embarazo y la consecüente elevación de casos de sífilis congénita y adquirida solo podrá ser minimizada y controlada cuando las medidas de prevención y control fueran satisfactoriamente aplicadas. Para ello es necesario que tanto los profesionales de la salud como los gestores se comprometan con la calidad de los servicios prestados en la asistencia prenatal para el seguimiento del VDRL, tratamiento precoz y adecuados de las embarazadas y su(s) compañero(s).

Por último, se considera como limitación del estudio la cantidad de datos ignorados en las fichas de notificación. Así, se destaca la importancia de la calidad de los registros referentes al acompañamiento de las embarazadas, con el propósito de la mejora del cuidado prenatal en la tríada madre-familia-bebé. Además, se sugieren nuevos estudios con datos primarios que complementen estas informaciones, con miras a la mejora de la atención a la salud de la mujer y al control de esta enfermedad.

REFERENCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de Controle da Sífilis Congênita. Brasília (MS): 2005, p.7-53.
2. Holanda MTCG, Barreto MA, Machado KMM, Pereira RC. Perfil Epidemiológico da Sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte – 2004 a 2007. Epidemiol. Serv. Saúde. 2011;20(2):203-12.
3. Boletim Epidemiológico - DST/Aids e Hepatites Virais. Secretaria de Estado da Saúde Pública – SESAP. Governo do Estado do Rio Grande do Norte. Secretaria de Estado da Saúde Pública – SESAP. Coordenadoria de Promoção a Saúde.

- Coordenadoria de Promoção a Saúde. Programa Estadual DST/AIDS e Hepatites Virais, 2012.
4. Saracemi V, Miranda AE. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(3):490-6.
 5. Silva MRF, Brito ESV, Freire LCG, Pedrosa MM, Sales VMB, Lages I. Percepção de mulheres em relação a ocorrência de sífilis congênita em seus conceitos. *Rev. APS*. 2010;13(3):301-9.
 6. Damasceno ABA, Monteiro DLM, Rodrigues LB, Barmpas DBS, Cerqueira LRP, Trajano AJB. Sífilis na gravidez. *Revista hupe*. 2014;13(3):89-95.
 7. Mesquita, KO; Lima, GK; Filgueira, AA; Flôr, SM; Freitas, CASL, et al. Análise dos Casos de Sífilis Congênita em Sobral, Ceará: Contribuições para Assistência Pré-Natal. *DST-J Bras Doenças Sex Transm*. 2012;24(1):20-7.
 8. Qin, JB; TJ, Yang, Hong, FC, Lan Lan, LN, Zhang, CL, Yang, F, Mamady, K, Dong, W. Risk Factors for Congenital Syphilis and Adverse Pregnancy Outcomes in Offspring of Women With Syphilis in Shenzhen, China: A Prospective Nested Case-Control Study. *Rev. Sexually Transmitted Diseases*. 2014;41(1):13-23.
 9. Araújo CL, Shimizu HE, Souza AIA, Hamann EM. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*. 2012; 46(3):479-86.
 10. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMPL. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad. Saúde pública*. 2013; 29(6):1109-20.
 11. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico – AIDS e DST. Brasília (MS): 2012.
 12. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Andrade RFV, Gonçalves MLC. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2012;34(9):397-402.
 13. Wokowski KA, Berman SM. Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. 2010. *MMWR Recomm Rep*. 2011. 60(1):18.
 14. Oliveira FS, da Costa CFC, Kerber NPC, Barros AM, Wachholz VA, Lemos DB. A utilização do preservativo feminino pelas profissionais do sexo. *Enfermería Global*. 2012, (26): 399.
 15. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: agravos sem controle. *Cad. Saúde Pública* 2010;26(9):1747-55.
 16. Domingues RMSM, Saraceni V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis Congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev. Saúde Pública [Internet]* 2013; 47(1):147-57.
 17. Nascimento MI, Cunha AA, Guimarães EV, Alvarez FS, Oliveira SRSM, Bôas EV. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. *Rev. bras. ginecol. obstet.* 2012;34(2):56-62.
 18. Muricy CL, Júnior VLP. Congenital and Maternal syphilis in the capital of Brazil. *Rev. da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2015;48(2):216-9.
 19. Parker LA, Deschutter, Bornay-Llinares, Hernandez-Aguado, I, Silva, G, Pirangine, CR,L, B. Clinical and socioeconomic determinants of congenital syphilis in Posadas, Argentina. *International Journal of Infectious Diseases*, 2012;16:256-61.
 20. Costa CC, Freitas LV, Sousa DMN, Oliveira LL, Chagas ACMA, Lopes MVO, et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. *Rev. Esc. Enferm USP*. 2013;47(1):152-9.

Recibido: 18 de junio de 2015;
Aceptado: 21 de septiembre de 2015

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia