



## **Comportamiento epidemiológico de las gestantes con sífilis en el período de 2021-2022 del área de salud Julián Grimau**

*Epidemiological behavior of pregnant women with syphilis in the Julián Grimau health area during the 2021-2022 period*

María Dolores Malfrán García <sup>1\*</sup>, <https://orcid.org/0000-0003-2124-5579>

Laineris Núñez Odilio <sup>1</sup>, <https://orcid.org/0000-0003-2124-5579>

Dayma León Bueno <sup>1</sup>, <https://orcid.org/0000-0003-2124-5579>

Mercedes Maturell Comas <sup>2</sup>, <https://orcid.org/0000-0001-8513-067x>

Ekaterine Zayas Tamayo <sup>1</sup>, <https://orcid.org/0000-0003-2797-2849>

Carlos David Boris Miclín <sup>1</sup>, <https://orcid.org/0009-0003-7658-7645>

<sup>1</sup> Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Facultad de Medicina No.2, Santiago de Cuba. Cuba.

<sup>2</sup> Policlínico Julián Grimau. Santiago de Cuba, Cuba.

**\*Autor para correspondencia:** [doloresmalfran@infomed.sld.cu](mailto:doloresmalfran@infomed.sld.cu)

**Recibido:** 20/09/2024

**Aceptado:** 17/02/2025

**Cómo citar este artículo:** Malfrán-García MD, Núñez-Odilio L, León-Bueno D, Maturell-Comas M, Zayas-Tamayo E, Boris-Miclín CD. Comportamiento epidemiológico de las gestantes con sífilis en el período de 2021-2022 del área de salud Julián Grimau. MedEst. [Internet]. 2025 [citado acceso fecha]; 5:e323. Disponible en:

<https://revmedest.sld.cu/index.php/medest/article/view/323>

## **RESUMEN**

Los artículos de la Revista MedEst se comparten bajo los términos de la [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

Email: [revmedest.mtz@infomed.sld.cu](mailto:revmedest.mtz@infomed.sld.cu) Sitio Web: [www.revmedest.sld.cu](http://www.revmedest.sld.cu)



**Introducción:** la sífilis es una infección curable causada por el *Treponema pallidum*, se transmite por vía sexual y también, durante el embarazo, de la madre al feto.

**Objetivo:** describir el perfil epidemiológico de las gestantes con sífilis en el período de 2021-2022 del área de salud Julián Grimau, del municipio Santiago de Cuba.

**Métodos:** se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal en área de salud Julián Grimau, del municipio Santiago de Cuba en el período de 2021-2022. La población estuvo constituida por 26 gestantes notificadas con sífilis en el período de estudio. Se utilizaron variables cuantitativas y cualitativas, teniendo en cuenta su definición operacional, la escala y forma de medición.

**Resultados:** las edades más representada fueron de 15–19 años, el 79,6 % de las gestantes tuvieron captación con menos de 14 semanas de gestación, el 69,2 % de las gestantes tuvieron resultados de VDRL reactiva de 16–32 dill; el 19,2 % demoró más de 7 días entre el resultado reactivo y el tratamiento aplicado, el 76,9 % arrojó resultados positivos de TPHA en gestantes, predominan el 61,5 % de las gestantes confirmadas con Sífilis Temprana Adquirida Latente (STAL).

**Conclusiones:** la no detección, ni estudio de las parejas, así como la demora y falta de oportunidad en indicar y poner el tratamiento a éstos y a las embarazadas con serologías reactivas, pueden dar al traste con la prevención de la sífilis y con la transmisión vertical de esta infección.

**Palabras clave:** Gestantes; Sífilis; Parejas; Tratamiento

## ABSTRACT

**Introduction:** syphilis is a curable infection caused by *Treponema pallidum*, it is transmitted sexually and also, during pregnancy, from the mother to the fetus.

**Objective:** to describe the epidemiological profile of pregnant women with syphilis in the period 2021-2022 of the Julián Grimau health area, of the Santiago de Cuba municipality.



**Methods:** an observational, descriptive and cross-sectional study was carried out in the Julián Grimau health area, in the Santiago de Cuba municipality in the period 2021-2022. The population consisted of 26 pregnant women reported with syphilis in the study period. Quantitative and qualitative variables were used, taking into account their operational definition, scale and form of measurement.

**Results:** the most represented ages were 15-19 years, 79,6 % of pregnant women had uptake with less than 14 weeks of gestation, 69,2 % of pregnant women had reactive VDRL results of 16-32 dill; 19,2 % took more than 7 days between the reactive result and the treatment applied, 76,9 % showed positive TPHA results in pregnant women, 61,5 % of pregnant women confirmed with Early Acquired Latent Syphilis (STAL) predominate.

**Conclusions:** the lack of detection or study of couples, as well as the delay and lack of opportunity in indicating and giving treatment to them and to pregnant women with reactive serologies, can ruin the prevention of syphilis and vertical transmission of this infection.

**Keywords:** Pregnant Women; Syphilis; Couples; Treatment

## INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un importante problema de salud pública en todo el mundo, que afecta a la calidad de vida y se acompaña de importantes niveles de morbilidad y mortalidad. Estas infecciones influyen directamente en la salud infantil y reproductiva porque traen consigo infertilidad, cánceres y complicaciones del embarazo. <sup>(1)</sup>

La sífilis es una infección de transmisión sexual (ITS), causada por la bacteria *Treponema pallidum*, subespecie *pallidum*. La transmisión se produce principalmente a través del sexo (oral, vaginal o anal). También puede transmitirse verticalmente, con una tasa de mortalidad fetal superior al 40 %. La mayoría de las personas con sífilis son asintomáticas, lo que contribuye a mantener la cadena de transmisión. Si no se trata, la enfermedad puede progresar a complicaciones sistémicas graves después de varios años de la infección inicial. <sup>(2)</sup>

La sífilis gestacional sin tratamiento puede producir complicaciones graves como aborto espontáneo, muerte fetal, muerte neonatal, parto prematuro, bajo peso al nacer e infección congénita con diversos grados de afectación. A pesar de la existencia de medidas efectivas de prevención y opciones de



tratamiento relativamente baratas, la sífilis sigue siendo un problema global de salud pública. <sup>(3)</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud, se estima que alrededor de 7 millones de personas contraen sífilis cada año, y la transmisión materno-infantil de la sífilis continúa siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad perinatal. En 2020, la transmisión materno-infantil de la sífilis provocó aproximadamente 200,000 muertes fetales y neonatales, así como 350,000 casos de sífilis congénita a nivel mundial. <sup>(4)</sup>

En América Latina y el Caribe, la sífilis congénita sigue siendo un problema significativo. Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021), se estima que entre 200,000 y 400,000 niños nacen con sífilis congénita cada año en la región. En Brasil, por ejemplo, en 2020 se notificaron 158,000 casos de sífilis adquirida, 62,000 casos de sífilis en mujeres embarazadas y 24,000 casos de sífilis congénita, según el Sistema de Información de Enfermedades de Notificación Obligatoria (SINAN). Además, entre 1998 y 2020, se registraron 2,800 defunciones por sífilis congénita en niños menores de un año. <sup>(5)</sup>

En Estados Unidos, la sífilis congénita ha experimentado un aumento alarmante en los últimos años. Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, 2021), entre 2016 y 2020, los casos de sífilis congénita aumentaron en un 235%, con una tasa de 59.4 casos por cada 100,000 nacidos vivos en 2020. Este incremento se ha atribuido a la falta de acceso a pruebas de detección y tratamiento oportuno durante el embarazo. <sup>(6)</sup>

En Cuba, la atención a la salud materno-infantil sigue siendo una prioridad nacional. Según el Ministerio de Salud Pública de Cuba, el país ha mantenido logros significativos en la reducción de la mortalidad infantil y la eliminación de la transmisión vertical del VIH y la sífilis congénita. En 2020, la tasa de mortalidad infantil en Cuba fue de 4.9 por cada 1,000 nacidos vivos, y se reportaron 0 casos de transmisión vertical de sífilis congénita, lo que confirma la sostenibilidad de los logros alcanzados desde la certificación de la eliminación en 2015. <sup>(7)</sup>

Cuba fue el primer país del mundo en recibir la validación de la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita por parte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2015. Este logro fue el resultado de un esfuerzo nacional coordinado, que incluyó la implementación del Programa Nacional de Atención

Materno-Infantil y la garantía de acceso equitativo a los servicios de salud. Durante el proceso de validación, se seleccionaron tres provincias, entre ellas Santiago de Cuba, donde las áreas de salud José Martí y 28 de Septiembre fueron auditadas y cumplieron con los criterios establecidos para la certificación. <sup>(7)</sup>

La provincia Santiago de Cuba fue una de las seleccionadas para representar al país en este proceso, con una prevalencia de sífilis en gestantes de 0.23 y 0.24 en el 2012, 0.17 y 0,18 en el 2013 y 0.18 y 0.19 % en el 2014 respectivamente, las tasas y los casos de sífilis congénita fueron de 0.0 en el 2012 (0 casos), 0.07 en el 2013 (1) y 0.07 x 1000 NV en el 2014 (1), en relación a la trasmisión del VIH, la prevalencia de VIH en gestantes detectadas positivas al VIH en el estudio prenatal /nacidos vivos en el período de 0,03; 0.05; 0.04 % en los años 2012, 2013, 2014 respectivamente y la Prevalencia de VIH en gestantes de todas las que estuvieron embarazadas en el período / nacidos vivos en el período de 0,16, 0,18 y 0,14 % en igual periodo , las tasas y los casos de TMI del VIH fueron de 0 casos% en los 3 años (2012-2014), algunos indicadores discretamente superiores a los del país, pero también muy inferiores a los exigidos para la certificación. (Datos de la presentación: Experiencias de la provincia Santiago en la validación de la Estrategia de eliminación de la TMI del VIH y la Sífilis congénita). <sup>(7)</sup>

Los indicadores de impacto y los de cobertura se han mantenido cumplidos durante los años siguientes hasta la fecha, al cierre del año 2020 la provincia diagnostico 521 casos de Sífilis, de ellas 44 fueron en gestantes, de un total de 12447 gestantes captadas, para una tasa de prevalencia en gestantes por captaciones de 0.35 por 100, no hubo caso de sífilis congénita. (Datos recogidos del informe Provincial del cierre del año 2020 del Programa de ITS del CPHEM de Santiago de Cuba). <sup>(7)</sup>

En el Área de Salud Julián Grimau, según datos del Informe de ITS del área de salud, en el año 2020, se notificaron 17 casos de sífilis en la población, de ellos 4 correspondieron a gestantes, de un total de 12 gestantes con serologías para sífilis que resultaron reactivas de 497 captadas en el año, para una tasa de prevalencia en gestantes por captaciones de 0.8 por 100, no hubo ningún caso de sífilis congénita, pero este riesgo de enfermar por sífilis en las gestantes fue superior a la tasa media provincial y superior a los resultados del área en el 2019.

Por lo antes expuesto se realiza una investigación con el objetivo de describir el perfil epidemiológico de las gestantes con sífilis en el período de 2021-2022 del área de salud Julián Grimau.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal en área de salud Julián Grimau, del municipio Santiago de Cuba en el período de 2021-2022.

La Población y muestra estuvo constituida por 26 gestantes que representaron la totalidad de las gestantes notificadas con sífilis en el período de estudio que se atendieron, residían y estaban registradas en las series cronológicas de los Departamentos de ITS y Estadísticas del Policlínico Julián Grimau. No se trabajó con muestra.

Las variables analizadas fueron: la edad distribuida en intervalos de 5 años (15-19 años, 15-19 años, 15-19 años, 15-19 años, 15-19 años, 15-19 años, 15-19 años).

En la presente investigación se tuvo en cuenta los principios bioéticos y pautas concebidos cuando en ella participaron seres humanos, a saber: Código de Nuremberg desde 1947, la Declaración de Helsinki, en Finlandia, promulgada desde 1964 aprobada en Tokio; Japón, en octubre de 1975, la 35va en Venecia Italia, en octubre de 1983; la 41va en Hong Kong, en septiembre de 1989, así como en la 52va Asamblea General de Edimburgo, Escocia, en octubre del 2000.

También se cumplió con lo normado en otros documentos al respecto tales como: las Pautas Internacionales para la Investigación Biomédica en seres humanos propuestas en 1982 en el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (COICM) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Se sostuvo un encuentro con los directivos del área de salud "Julián Grimau", donde se les informó acerca de la investigación y sus objetivos, se solicitó su aprobación y demostró la importancia de la misma.

## RESULTADOS

En la tabla 1 se observa los grupos de edades en años cumplidos de las gestantes con sífilis del área de salud Julián Grimau, los grupos de edades que preponderaron fueron los de 15 – 19 y de 25 – 29 con 30,8 %. La distribución de las edades en este estudio estuvo en correspondencia con las edades de mayor actividad sexual y del promedio de edad en que se logran los embarazos en nuestro país.



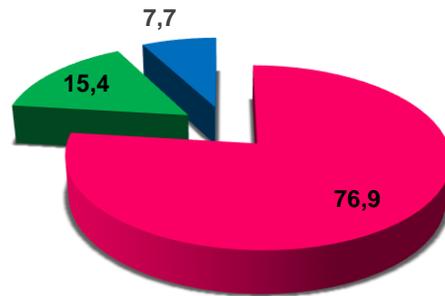
**Tabla 1:** Distribución según edad de las gestantes con sífilis del Policlínico Julián Grimau, del municipio Santiago de Cuba, 2021-2022.

Grupo de Edades	No	%
15- 19	8	30,8
20 - 24	7	26,9
25 - 29	8	30,8
30 - 34	2	7,7
35 - 39	1	3,8
40 - 44	0	0,0
45 y más	0	0,0
Total	26	100,0

**Fuente:** Registro de Gestantes Captadas Dpto. de ITS

En el gráfico 1 se puede observar que 76,9 % (20) de las gestantes fueron captadas en el 1er Trimestre, con edad gestacional menor o igual a 13,6 semanas de gestación.

**Gráfico 1:** Distribución según edad gestacional a la captación del embarazo



■ Menor o igual a 13,6 semanas ■ 14 - 26,6 semanas ■ Igual o mayor a 27 semanas.

**Fuente:** Registro de Gestantes Captadas Dpto. de ITS

En la tabla 2 se puede observar que el 69,2 % de las gestantes tuvieron resultados de VDRL reactiva de 16 – 32 diluciones (dill).

**Tabla 2:** Distribución según resultados del VDRL

Resultados del VDRL	Gestantes	
	No	%

Débil Reactiva	2	7,7
Menos de 8 dil	6	23,1
De 16 - 32 dil	18	69,2
Mayor de 32 dil	0	0,0
<b>Total</b>	26	100,0

**Fuente:** Registro de Gestantes Captadas Dpto. de ITS

La tabla 3 muestra el tiempo entre la fecha del resultado reactivo y la de aplicado el tratamiento, como se puede observar el 53,8% se trató entre 1-3 días o sea en las primeras 72 horas, el 19,2 % demoró 7 días o más, aun cuando está establecido en el PEN que el control de la embarazada con serología reactiva lo realiza el primer médico que conozca el resultado

**Tabla 3:** Distribución según el tiempo entre el resultado reactivo y el tratamiento aplicado

Tiempo	Gestantes	
	No	%
De 1- 3 días	14	53,8
De 4-6 días	7	26,9
7 días o más	5	19,2
Total	26	100,0

**Fuente:** Registro de Gestantes Captadas Dpto. de ITS

Se puede observar en la tabla 4 que el 76,9 % arrojó resultados positivos de TPHA (de sus siglas en ingles Treponema Pallidum, HaemAgglutination test) en gestantes y el 19,2 % no se realizó en el momento de la investigación.

**Tabla 4:** Distribución según resultados del TPHA

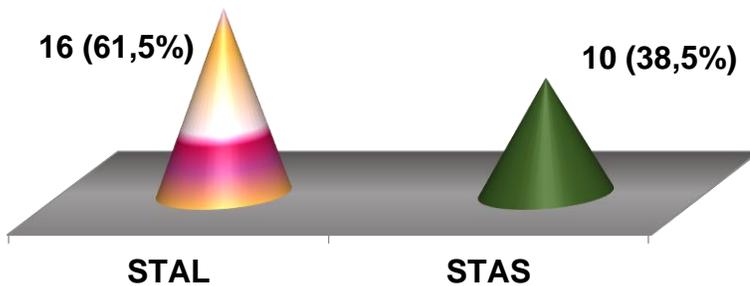
Resultados del TPHA	Gestantes	
	No	%

Positivo	20	76,9
Negativo	0	0,0
No Realizado	5	19,2
Pendiente de Resultado	1	3,8
Total	26	100,0

**Fuente:** Registro de Gestantes Captadas Dpto. de ITS

El gráfico 2 se observa que predominan las gestantes confirmadas con Sífilis Temprana Adquirida Latente (STAL) 61,5%. Dentro del 38,5% de las Sífilis Temprana Adquirida Sintomáticas (STAS), 60% (6) son por síntomas cutáneos.

**Gráfico 2:** Distribución según gestantes confirmadas por conclusión diagnóstica



**Fuente:** Registro de Gestantes Captadas Dpto. de ITS

## DISCUSIÓN

En el estudio de Gutiérrez Brenes et al. <sup>(8)</sup>, titulado "Sífilis congénita: una enfermedad engañosa", se encontró que la mayoría de los casos de sífilis gestacional se diagnosticaron en mujeres entre los 18 y 34 años, coincidiendo con el inicio de las relaciones sexuales y una mayor tasa de natalidad. Estos hallazgos son consistentes con los resultados del estudio presentado, donde los grupos de edad más afectados fueron los de 15-19 y 25-29 años, lo que sugiere que las mujeres en edad reproductiva activa son las más vulnerables a esta infección.

Por su parte, Silva Giordana et al. <sup>(9)</sup>, en su investigación "Sífilis en la gestante y congénita: perfil epidemiológico y prevalencia", reportaron que más de la mitad de las gestantes con sífilis se encontraban en el rango de 20 a 34 años y pertenecían predominantemente a la raza blanca. Además, destacaron que estas mujeres tenían más de tres años de estudios, lo que indica que, aunque la educación puede ser un factor protector, no es suficiente para prevenir la infección en todos los casos. Estos resultados contrastan parcialmente con el presente estudio, donde no se analizó el nivel educativo de las gestantes, pero se observó un predominio de mujeres jóvenes, lo que refuerza la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención en este grupo etario.

En el estudio de Benítez J et al. <sup>(10)</sup>, "Características sociodemográficas y clínicas de la sífilis gestacional en Cali, 2018", se encontró que, de 171 gestantes, solo 37 iniciaron el control prenatal entre el primer y segundo trimestres (12-13 semanas). Además, en 8 de estas mujeres, la prueba treponémica se realizó de manera tardía, entre las semanas 17 y 31, cuando lo ideal es que se efectúe al inicio del control prenatal. Asimismo, se reportó que el 51,5 % de las gestantes no recibió el tratamiento completo con penicilina, y solo el 57,6 % de las parejas sexuales fueron tratadas. Estos hallazgos resaltan la importancia de la detección temprana y el tratamiento oportuno, tanto de las gestantes como de sus parejas, para prevenir la transmisión vertical de la sífilis.

El control prenatal debe iniciarse dentro de las primeras 12 semanas de gestación, y la primera prueba de detección de sífilis debe realizarse lo antes posible durante el embarazo. Es crucial que, ante cualquier lesión genital o dérmica generalizada, se descarte la sífilis mediante una evaluación clínica especializada. En poblaciones con alta prevalencia de sífilis, se recomienda repetir la prueba de detección al inicio del tercer trimestre (semana 28) y en el momento del parto. <sup>(11)</sup>

En la práctica clínica, existen diversas pruebas diagnósticas que, junto con una evaluación clínica completa, permiten un diagnóstico preciso de la sífilis. Actualmente, se utilizan pruebas serológicas no treponémicas, como el VDRL y la RPR (reagina rápida en plasma), y pruebas treponémicas, como el FTA-ABS y el MHA-TP. Según Guzmán M et al. <sup>(12)</sup>, en su estudio "Las pruebas VDRL falsas reactivas en el manejo de la sífilis: Reacciones falsas positivas en el embarazo", se analizaron 4,344 muestras de suero sanguíneo de gestantes, de las cuales 64 resultaron VDRL reactivas pero FTA-ABS no reactivas, lo que representa un 1,5 % de falsos positivos. Además, se identificaron 25 casos de sífilis confirmada (0,6 %). Las reacciones falsas positivas estuvieron asociadas



principalmente con el primer embarazo y se presentaron a títulos bajos (0-2 diluciones).

La bencilpenicilina benzatina es el único tratamiento efectivo para la sífilis en gestantes, ya que atraviesa la barrera placentaria y trata tanto a la madre como al feto. La administración de penicilina debe realizarse en servicios de salud, y es fundamental mantener un intervalo de siete días entre las dosis para garantizar la efectividad del tratamiento. Aunque las reacciones anafilácticas a la penicilina son raras (0,002 % de los casos), es esencial monitorear a las pacientes y realizar búsquedas activas de aquellas que no completen el esquema terapéutico. <sup>(13)</sup>

En este estudio, el 100 % de las gestantes con serología reactiva recibió tratamiento adecuado: el 92,3 % con penicilina benzatínica como primera opción y el 7,7% con ceftriaxona debido a alergias a la penicilina, siguiendo las recomendaciones del Plan Estratégico de ITS. <sup>(14-15)</sup> La efectividad de la penicilina para curar la sífilis en gestantes y prevenir la sífilis congénita se estableció en la década de 1940, antes de la generalización de los ensayos controlados aleatorizados. Aunque la incidencia de sífilis es baja en países desarrollados, sigue siendo un problema significativo en países en desarrollo, especialmente en regiones con alta prevalencia de VIH/SIDA. <sup>(16)</sup>

El tratamiento con medicamentos distintos a la bencilpenicilina durante el embarazo se considera inadecuado para prevenir la transmisión materno-infantil. Además, el tratamiento materno solo se considera adecuado si se inicia dentro de los 30 días posteriores al parto y si se administra el ciclo completo según la etapa clínica de la sífilis. Las gestantes que no cumplen con estos criterios se clasifican como tratadas de manera inadecuada, y sus recién nacidos deben ser evaluados como casos de sífilis congénita y notificados epidemiológicamente. <sup>(16)</sup>

En el primer control prenatal, se recomienda solicitar pruebas no treponémicas en mujeres sin factores de riesgo y pruebas treponémicas en aquellas con factores de riesgo, como bajo nivel educativo, bajo nivel socioeconómico, residencia en áreas de alta morbilidad de sífilis o conductas de riesgo. Las pruebas no treponémicas, como el VDRL y la RPR, se utilizan para monitorear la efectividad del tratamiento y detectar la infección, mientras que las pruebas treponémicas confirman el diagnóstico. Sin embargo, las pruebas no treponémicas pueden presentar falsos positivos debido a trastornos autoinmunes, infecciones o el embarazo. <sup>(17)</sup>

Es importante considerar el fenómeno de prozona en las pruebas no treponémicas, que puede generar resultados falsos negativos en el RPR. Este fenómeno está asociado con la sífilis secundaria y el embarazo. <sup>(18)</sup> La sífilis puede presentarse de forma sintomática (primaria, secundaria o terciaria) o asintomática (latente). Sin embargo, cuando una paciente con sífilis queda embarazada o adquiere la infección durante el embarazo, se desarrolla la sífilis gestacional. La transmisión madre-fetal puede ocurrir en cualquier trimestre, siendo más frecuente en las etapas tempranas de la enfermedad (70-100 % en sífilis primaria y 40 % en sífilis latente temprana). Incluso en casos de sífilis terciaria, se han reportado casos de sífilis congénita. <sup>(19,20)</sup>

El riesgo de transmisión al feto varía según el tipo de sífilis: es del 60 % en la sífilis primaria o secundaria, del 40 % en la sífilis latente temprana y del 8 % en la sífilis latente tardía. Por lo tanto, la evaluación y el tratamiento de las parejas sexuales de las gestantes son cruciales para interrumpir la cadena de transmisión de la infección.

Los hallazgos de este estudio resaltan la importancia de la detección temprana y el tratamiento oportuno de la sífilis en gestantes, especialmente en mujeres jóvenes en edad reproductiva. La falta de estudio y tratamiento de las parejas, así como las demoras en la administración del tratamiento, pueden comprometer los esfuerzos para prevenir la transmisión vertical de la sífilis.

Es fundamental fortalecer las estrategias de control prenatal, garantizar el acceso a pruebas diagnósticas confiables y asegurar el cumplimiento del tratamiento con penicilina benzatínica, único medicamento efectivo para prevenir la sífilis congénita. La evaluación y tratamiento de las parejas sexuales también son cruciales para interrumpir la cadena de transmisión y mantener los logros en la eliminación de la sífilis congénita.

## CONCLUSIONES

El diagnóstico oportuno de la sífilis en gestantes mediante pruebas serológicas es fundamental para mantener la eliminación de la transmisión vertical de la sífilis congénita. En el área de salud Julián Grimau, las gestantes diagnosticadas con sífilis fueron predominantemente jóvenes, con un nivel educativo medio y acompañadas por sus parejas, y la mayoría fueron captadas de manera temprana durante el embarazo. Sin embargo, la falta de detección y estudio de las parejas, así como las demoras en la indicación y administración del tratamiento tanto a las gestantes como a sus parejas, pueden comprometer los esfuerzos de prevención y aumentar el riesgo de transmisión vertical de la infección.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ávila-Nieto C, Pedreño-López N, Mitjà O, Clotet B, Blanco J, Carrillo J. Syphilis vaccine: challenges, controversies and opportunities. Front Immunol. 2023 [citado 20/09/2024]; 14:1126170. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37090699/>
2. Pascoal LB, Carellos EVM, Tarabai BHM, et al. Maternal and perinatal risk factors associated with congenital syphilis. Trop Med Int Health. 2023 [citado 20/09/2024]; 28(6):442-453. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37156513/>
3. Mercuri SR, Moliterni E, Cerullo A, et al. Syphilis: a mini review of the history, epidemiology and focus on microbiota. New Microbiol. 2022 [citado 20/09/2024]; 45(1):28-34. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35403844/>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053779>
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2021). Epidemiological Update: Syphilis in the Americas. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56085>
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021). Sexually Transmitted Disease Surveillance 2020. Disponible en: [https://www.cdc.gov/sti-statistics/media/pdfs/2024/07/2021-STD-Surveillance-Report-PDF\\_ARCHIVED-2-16-24.pdf](https://www.cdc.gov/sti-statistics/media/pdfs/2024/07/2021-STD-Surveillance-Report-PDF_ARCHIVED-2-16-24.pdf)
7. Anuario Estadístico de Salud 2021. MINSAP. Disponible en: <https://files.sld.cu/dne/files/2022/10/Anuario-Estad%C3%ADstico-de-Salud-2021.-Ed-2022.pdf>
8. Gutiérrez Brenes LJ, Víquez Quesada M, Valverde Chinchilla K. Sífilis congénita: una enfermedad engañosa . Rev.méd.sinerg. [Internet]. 2022 [citado 20/09/2024];7(6):e846. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/846>
9. Silva Giordana M, Pesce GB, Martins DC, Prado CM, Fernandes Carlos AM. Sífilis en la gestante y congénita: perfil epidemiológico y prevalencia.



Enferm. glob. [Internet]. 2020 [citado 20/09/2024]; 19(57):107-150.  
Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412020000100004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000100004&lng=es)

10. Benítez J, Yépez MA, Hernández-Carrillo M, Martínez DM, Cubides-Munevar Á, Holguín-Ruiz JA, et al. Sociodemographic and clinical characteristics of gestational syphilis in Cali, 2018. Biomedica. 2021 [citado 20/09/2024]; 41(Sp. 2):140-152. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34669285/>

11. Neira Varillas MR, Donaires Toscano LF. Sífilis materna y complicaciones durante el embarazo. An. Fac. med. [Internet]. 2019 [citado 20/09/2024]; 80(1): 68-72. Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832019000100013&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832019000100013&lng=es)

12. Guzmán M, Vergara R, Salazar M, Vargas RS, Aguilera Álvaro, De Uribe D. Las pruebas VDRL falsas reactivas en el manejo de la sífilis Reacciones Falsas positivas en el embarazo. biomedica [Internet]. 1981 [citado 20/09/2024]; 1(3):117-23. Disponible en:

<https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/1791>

13. Walker GJA. Antibiotics for syphilis diagnosed during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 3. Art. No.: CD001143. DOI: 10.1002/14651858.CD001143

14. Tuddenham S, Ghanem KG. Management of Adult Syphilis: Key Questions to Inform the 2021 Centers for Disease Control and Prevention Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines. Clin Infect Dis. 2022 [citado 20/09/2024]; 74(Suppl\_2):S127-S133. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35416969/>

15. Trinh T, Leal AF, Mello MB, et al. Syphilis management in pregnancy: a review of guideline recommendations from countries around the world. Sex Reprod Health Matters. 2019 [citado 20/09/2024]; 27(1):69-82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31884900/>

16. Nurse-Findlay S, Taylor MM, Savage M, et al. Shortages of benzathine penicillin for prevention of mother-to-child transmission of syphilis: An evaluation from multi-country surveys and stakeholder interviews. PLoS

Med. 2017 [citado 20/09/2024];

14(12):e1002473. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29281619/>

17. Méndez Valdés A. Sífilis Secundaria Durante el Embarazo: Importancia del Control Prenatal. Rev Méd Cient [Internet]. 2014 [citado 20/09/2024]; 26(2). Disponible en:

<https://www.revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/view/381>

18. Sidana R, Mangala HC, Murugesh SB, Ravindra K. Prozone phenomenon in secondary syphilis. Indian J Sex Transm Dis. 2011;32(1):47-9. DOI: 10.4103/0253-7184.81256.

19. Camacho-Montaña AM, Niño-Alba R, Páez-Castellanos E. Congenital syphilis with hydrops fetalis: report of four cases in a general referral hospital in Bogota, Colombia between 2016- 2020. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2021 [citado 20/09/2024]; 72(2):149-161. doi: 10.18597/rcog.3591. PMID: 34506702; PMCID: PMC8425360.

20. Azevedo Dantas L, Jerônimo Neves de Medeiros SH, Teixeira Alves G, Lopes Gabriel TR, Cassiano Nascimento A, Carvalho Leite de JB. Perfil epidemiológico de sífilis adquirida diagnosticada y notificada en hospital universitario materno infantil. Enferm. glob. [Internet]. 2017 [citado 20/09/2024]; 16(46):217-245. Disponible en:

<http://scielo.isciii.es/z10.6018/eglobal.16.2.229371>

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA

**MDMG:** Conceptualización, investigación, metodología, administración del proyecto, validación, redacción del borrador original, revisión, edición.

**LNO:** Conceptualización, investigación, metodología, validación, redacción del borrador original, revisión.

**DLB:** Conceptualización, investigación, metodología, validación, redacción del borrador original, revisión.

**MMC:** Conceptualización, investigación, metodología, validación, redacción del borrador original, revisión.

**EZT:** Conceptualización, investigación, metodología, validación, redacción del borrador original, revisión.



**CDBM:** Conceptualización, investigación, metodología, validación, redacción del borrador original, revisión.

### **CONFLICTO DE INTERESES**

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

### **FUENTES DE FINANCIACIÓN**

Los autores declaran que no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

