

# 1. Prevalencia de sífilis en personas gestantes que asistieron a un centro de salud de referencia en la ciudad de Paraná, Entre Ríos\*

Prevalence of Syphilis in Pregnant Individuals Attending a Referral Health Center in the City of Paraná, Entre Ríos

José Alexandre Correia Gouveia

Universidad Adventista del Plata  
Libertador San Martín, Argentina  
jose.correia@uap.edu.ar

Ivana Jürgens

Universidad Adventista del Plata  
Libertador San Martín, Argentina  
jurgensivana@gmail.com

Recibido: 1 de agosto de 2024

Aceptado: 27 de mayo de 2025

Doi: <https://doi.org/10.56487/hzg99z31>

## Resumen

**Introducción.** La sífilis es una enfermedad infecciosa sistémica causada por la bacteria *Treponema pallidum*. Su principal vía de transmisión es el contacto sexual, aunque también puede transmitirse por vía perinatal o a través de transfusiones de hemoderivados. La sífilis perinatal acarrea consecuencias graves para el feto, como deformaciones congénitas, retraso en el desarrollo y otros problemas de salud. Por ese motivo, el diagnóstico y el tratamiento temprano de la sífilis en personas gestantes y sus parejas sexuales es fundamental. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de seropositividad para sífilis en personas gestantes atendidas durante el año 2023 en el centro de referencia “Dr. Ramón Carrillo”, ubicado en la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos, Argentina.

**Metodología.** El estudio es de tipo observacional descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 141 gestantes, con edades entre 14 y 43 años y una media de 25,83 años ( $\pm 5,62$ ), durante el año 2023. La revisión de las historias clínicas se realizó a través del propio sistema del centro y los carnés de control perinatal adjuntos a las mismas. Para el análisis estadístico, se utilizó el *software* SPSS, versión GNU PSPP 1.6.2-2. Se aplicaron tablas de frecuencias y porcentajes para el análisis descriptivo, y la prueba de chi-cuadrado para comparar las variables cualitativas. Se adoptó un nivel de significación de  $p < 0,05$ .

**Resultados.** De las 141 gestantes, el 13,5 % ( $n = 19$ ) presentó sífilis gestacional, con prueba VDRL reactiva y posterior confirmación mediante TP-PA positiva. El 94,7 % de los casos fue diagnosticado durante la primera mitad del

---

\* Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

embarazo. La mayoría de las gestantes con sífilis tenían entre 18 y 24 años (52,6 %), estaban en una unión estable (57,9 %) y tenían la escolaridad secundaria completa (84,2 %). El 94,7 % de las gestantes recibió tratamiento adecuado, y el 74% de sus contactos sexuales fue evaluado mediante pruebas serológicas. No se encontró una relación estadísticamente significativa entre los factores demográficos (escolaridad y estado civil) y el diagnóstico de sífilis gestacional.

**Conclusión.** La prevalencia de sífilis gestacional en el centro de salud fue de 13,5 %.

## Palabras claves

Sífilis — Embarazo — Prevalencia

## Abstract

**Introduction.** Syphilis is a systemic infectious disease caused by the bacterium *Treponema pallidum*. Its primary mode of transmission is sexual contact, although it can also be transmitted perinatally or through blood product transfusions. Perinatal syphilis can lead to serious consequences for the fetus, such as congenital malformations, developmental delays, and other health problems. For this reason, early diagnosis and treatment of syphilis in pregnant individuals and their sexual partners is essential. The aim of this study was to determine the prevalence of seropositivity for syphilis in pregnant women attended during 2023 at the reference center “Dr. Ramón Carrillo,” located in the city of Paraná, Entre Ríos Province, Argentina.

**Methodology.** This is a descriptive observational, retrospective, and cross-sectional study. The sample consisted of 141 pregnant individuals, aged between 14 and 43 years, with a mean age of 25.83 years ( $\pm 5.62$ ), during the year 2023. Medical records were reviewed through the center’s own electronic system, along with the perinatal care booklets attached to the records. For statistical analysis, the SPSS software, GNU PSPP version 1.6.2-2, was used. Frequency and percentage tables were applied for descriptive analysis, and the chi-square test was used to compare qualitative variables. A significance level of  $p < 0.05$  was adopted.

**Results.** Of the 141 pregnant individuals, 13.5% ( $n=19$ ) were diagnosed with gestational syphilis, confirmed by a reactive VDRL test followed by a positive TP-PA confirmatory test. A total of 94.7% of the cases were diagnosed during the first half of pregnancy. Most of the individuals with syphilis were between 18 and 24 years old (52.6%), in a stable relationship (57.9%), and had completed secondary education (84.2%). Adequate treatment was provided in 94.7% of cases, and 74% of sexual partners were screened using serological testing. No statistically significant association was found between demographic factors (education level and marital status) and the diagnosis of gestational syphilis.

**Conclusion.** The prevalence of gestational syphilis at the health center was 13.5%.

## Keywords

Syphilis — Pregnancy — Prevalence

## Introducción

La sífilis es una enfermedad infecciosa sistémica de transmisión sexual causada por la bacteria *Treponema pallidum* (en adelante, TP). A pesar de ser prevenible y curable, constituye un problema de salud pública a nivel mundial,

afectando la calidad de vida y provocando alta morbilidad y mortalidad (1).

La TP es una bacteria de forma helicoidal. No puede sobrevivir durante períodos prolongados de tiempo fuera del cuerpo humano. Su mecanismo

de infección comienza con la penetración en mucosas intactas o piel lesionada, alcanzando el sistema linfático y diseminándose al organismo por vía sanguínea. Tras un período asintomático, la infección comienza a manifestarse mediante lesiones mucocutáneas con sintomatología general (2).

La principal vía de transmisión de la sífilis es sexual, ya sea a través de prácticas vaginales, anales u orales sin protección, o por contacto directo con lesiones activas durante la actividad sexual. También puede transmitirse de forma perinatal, tanto por transmisión vertical durante el embarazo o a través el canal del parto. En casos muy poco frecuentes, la transmisión puede ocurrir mediante transfusiones de sangre o hemoderivados no seguros (3).

Cuando la enfermedad se adquiere dentro del primer año de evolución, se considera que la sífilis se encuentra en etapa temprana, la cual incluye los estadios latente temprano, primario y secundario. Trascorrido ese período, la enfermedad se clasifica como etapa tardía, que abarca el estadio latente tardío, el latente de duración desconocida y el estadio terciario (1).

El estadio latente temprano se presenta de forma asintomática y solo puede identificarse mediante pruebas serológicas. El estadio primario suele durar entre dos y ocho semanas. Se caracteriza por la aparición de una úlcera o exulceración en el lugar de inoculación (pene, vulva, vagina, cuello uterino, ano, boca), por lo general, indolora, de base endurecida y fondo limpio, conocida como “chancro duro”, la cual desaparece de manera espontánea. El estadio secundario se manifiesta con lesiones cutáneo-mucosas eritematosas, papulosas y pigmentarias, que principalmente afectan las manos, las plantas de los pies y el tronco. Por su parte, el estadio terciario se manifiesta en el 30 % de los casos no tratados, luego de un largo período de latencia, y afecta diferentes órganos o parénquimas con inflamación y destrucción de tejidos (4).

Dado que la sífilis puede transmitirse de manera vertical al feto durante la gestación (sífilis gestacional), tanto en estadios sintomáticos como asintomáticos de la enfermedad, se han implementado estrategias de detección sistemática en las personas gestantes. Estas incluyen el tamizaje de

la infección durante las consultas prenatales en el primer nivel de atención, el testeo y tratamiento de la(s) pareja(s) sexual(es) y la promoción de prácticas sexuales seguras (5).

La manera de prevenir la sífilis gestacional consiste en identificar y tratar tanto a la persona gestante con sífilis como a su pareja sexual, lo cual disminuye el riesgo de reinfección durante la gestación. El riesgo de que el feto sufra efectos perjudiciales es mínimo cuando la persona gestante recibe un tratamiento adecuado en las primeras fases del embarazo, preferentemente antes del segundo trimestre (6,7).

En los casos en que las personas gestantes no se hayan realizado estudios de detección durante el embarazo o no hayan recibido un tratamiento adecuado, la enfermedad puede provocar aborto espontáneo, muerte fetal o perinatal, parto prematuro, bajo peso al nacer e infección congénita con diversos grados de afectación. Los síntomas que se manifiestan luego de los primeros dos años de vida —generalmente cerca de la pubertad— corresponden a la sífilis congénita tardía. Aunque más del 50 % de los recién nacidos afectados son asintomáticos al momento del nacimiento, en la mayoría de los casos los síntomas aparecen durante el período perinatal. Aquellos que presentan síntomas al nacer pueden manifestar retraso en el crecimiento intrauterino, dificultad respiratoria, miocarditis, anemia hemolítica, leucocitosis, trombocitopenia y proteinuria (8).

De acuerdo con el Ministerio de Salud de la Nación y la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS), la detección de la sífilis es una estrategia de bajo costo. Se recomienda realizar una prueba de detección no treponémica (en adelante, PNT) durante el primer trimestre de embarazo y repetirla en el tercer trimestre. En el caso de que resulte positiva, debe confirmarse mediante una prueba treponémica (en adelante, PT) (1,9).

El diagnóstico de laboratorio se basa inicialmente en una PNT, un método económico, sencillo y sensible, aunque no específico para esta infección. Un ejemplo es la prueba *Venereal Disease Research Laboratory* (en adelante, VDRL), útil tanto para la detección de sífilis activa como para

el seguimiento serológico. Sus resultados cualitativos se describen como reactivo y no reactivo. Si el resultado es reactivo, se debe realizar una cuantificación y confirmar el diagnóstico con una TP.

Entre estas, se encuentra la prueba de aglutinación de partículas de *Treponema pallidum* (en adelante, TP-PA). Se vuelve positiva entre los 6 y 14 días posteriores a la aparición del chancro, siendo útil para detectar la sífilis temprana. Sin embargo, una vez reactiva, permanece así de por vida, por lo que no resulta útil para realizar el seguimiento de la enfermedad (1).

Según la guía *Abordaje de la sífilis en personas adolescentes y adultas*, publicada en 2024 por el Ministerio de Salud de la Nación, el tratamiento debe iniciarse de forma inmediata con penicilina G benzatínica tanto en la gestante como en su(s) pareja(s) sexual(es), sin esperar el resultado confirmatorio. Dicho tratamiento varía según el estadio clínico de la enfermedad. En casos de sífilis de duración desconocida o en estadio latente tardío, se indican tres dosis de 2 400 000 unidades internacionales (en adelante, UI) vía intramuscular administradas con intervalos de una semana entre cada una. En pacientes con alergia confirmada a betalactámicos, se debe realizar una desensibilización antes de realizar el tratamiento (3).

La OMS estimó que, en el año 2020, aproximadamente 7,1 millones de personas adultas contrajeron sífilis en todo el mundo. Por otra parte, según datos estadísticos de 2016, se registró que 7 de cada 1000 embarazadas a nivel global presentaron

sífilis durante la gestación, lo que provocó 143 000 muertes fetales, 61 000 muertes neonatales, 41 000 nacimientos prematuros o con bajo peso y 109 000 casos de sífilis congénita en recién nacidos (10).

En Argentina, según datos del Sistema Nacional de Vigilancia y de la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica, publicados en septiembre de 2022, la tasa de sífilis en el año 2021 fue de 26,5 casos por cada 100 000 habitantes de ambos sexos, 22,5 entre varones cis y 30,3 entre mujeres cis. La tasa de sífilis congénita fue de 1,3 casos por cada 1000 nacidos vivos (11).

El centro de referencia “Dr. Ramón Carrillo” se encuentra ubicado en el barrio San Agustín, en la ciudad de Paraná. Forma parte de una red que recibe pacientes derivados de otros centros de salud, a quienes brinda atención médica en diversas especialidades, como clínica médica, cardiología, pediatría, salud mental y ginecología-obstetricia.

El presente estudio tiene como objetivo principal determinar la prevalencia de seropositividad para sífilis en personas gestantes atendidas durante el año 2023 en el centro de referencia “Dr. Ramón Carrillo”. Además, se propone describir los datos demográficos de las pacientes atendidas, conocer si existe relación entre el diagnóstico de sífilis y factores como la escolarización y el estado civil, identificar la edad gestacional y el estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico, así como evaluar la cantidad de contactos sexuales positivos y el número de personas gestantes y parejas sexuales que recibieron tratamiento adecuado.

## Metodología

Se realizó un estudio observacional descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. La población estudiada estuvo conformada por personas gestantes que se atendieron durante el año 2023 en el centro de referencia “Dr. Ramón Carrillo” de la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos, Argentina.

Para realizar este trabajo, se contó con la autorización de la directora del centro, así como con la aprobación por parte del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Adventista del Plata, según la Resolución CEI n.º 9/24.

Los datos fueron recolectados a partir de los registros de historias clínicas y de los carnés de control perinatal adjuntos, previa autorización de la dirección del centro. La revisión se realizó mediante el sistema informático del establecimiento y de manera manual, evaluando cada historia clínica en busca de las variables incluidas en el estudio.

Se incluyeron todas las personas gestantes que fueron atendidas para el control prenatal en el centro de salud y que se realizaron las pruebas serológicas para sífilis tanto en la primera como en la

segunda mitad del embarazo. En los casos con resultado reactivo en la prueba treponémica VDRL, solo se consideraron aquellos que contaban además con una prueba treponémica TP-PA igualmente reactiva.

Se consideraron como criterios de exclusión las historias clínicas incompletas o sin información sobre estudios serológicos, así como los casos con pruebas VDRL reactivas acompañadas de TP-PA negativas.

Los datos recopilados fueron registrados en una planilla Excel, manteniendo la confidencialidad y el anonimato de los participantes, conforme a los principios de la Declaración de Helsinki y lo dispuesto por la Ley 25326 de protección de datos personales.

Las variables consideradas incluyeron: edad, nivel máximo de educación formal alcanzado, estado civil, edad gestacional al momento del diagnóstico (determinada por ecografía), estadio clínico de la enfermedad al momento del diagnóstico, presencia de contactos positivos (parejas con serología positiva para sífilis) y tipo de tratamiento realizado (completo, incompleto o no realizado).

Para el análisis estadístico se utilizó el *software* Statistical Product and Service Solutions (SPSS), versión GNU PSPP 1.6.2-2. Se aplicaron tablas de frecuencias y porcentajes para el análisis descriptivo, la prueba de chi-cuadrado de Pearson para comparar variables cualitativas y la prueba *t* de Student para muestras independientes en el caso de variables cuantitativas. Se adoptó un nivel de significación estadística de  $p < 0,05$ .

## Resultados

Un total de 141 personas gestantes realizaron controles prenatales durante el período estudiado, con edades comprendidas entre los 14 y los 43 años, y una edad media de 25,83 años ( $\pm 5,62$ ).

Tabla 1. Datos demográficos de la población estudiada

	Variabes	Frecuencia	%
Edad	Menor de 18 años	10	7,1 %
	19 a 25 años	61	43,3 %
	26 a 30 años	41	29,1 %
	31 a 35 años	22	15,6 %
	Mayor a 35 años	7	5,0 %
	<b>Total</b>	141	100 %
Escolarización	Primaria	17	12,1 %
	Secundaria	117	83,0 %
	Universitaria	7	5,0 %
	<b>Total</b>	141	100 %
Estado civil	Soltera	34	24,1 %
	Unión estable	96	68,1 %
	Casada	11	7,8 %
	<b>Total</b>	141	100 %

La tabla 1 presenta las variables demográficas de la población estudiada. Como puede observarse, el 43,3 % ( $n = 61$ ) tenía entre 19 y 25 años; el 83 % ( $n = 117$ ) había alcanzado la secundaria como nivel

máximo de educación formal; y el 68,1 % ( $n = 96$ ) se encontraba en una unión estable.

Por otro lado, el 13,5 % ( $n = 19$ ) de las 141 personas gestantes presentó sífilis gestacional, evidenciada

por una prueba VDRL reactiva y confirmada posteriormente mediante TP-PA también reactiva.

A continuación, se presenta la asociación entre los factores demográficos y la presencia o ausencia de sífilis en las personas gestantes. Con respecto a la edad de quienes fueron diagnosticadas con sífilis,

una (5,3 %) era menor de 18 años; diez (52,6 %) tenían entre 19 y 25 años; seis (31,6 %), entre 26 y 30 años; y dos (10,5 %), entre 31 y 35 años. En cuanto al estado civil, ocho (42,1 %) eran solteras, once (57,9 %) tenían una unión estable y ninguna (0 %) estaba casada (véase la tabla 2).

Tabla 2. Relación entre factores demográficos y presencia de sífilis en personas gestantes

	Sin sífilis		Con sífilis		Valor de <i>p</i>	
	n = 122	%	n = 19	%		
Edad	Menor de 18	9	7,4 %	1	5,3 %	0,260
	19 a 25	51	41,8 %	10	52,6 %	
	26 a 30	35	28,7 %	6	31,6 %	
	31 a 35	20	16,4 %	2	10,5 %	
	Mayor a 35	7	5,7 %	0	0 %	
Escolaridad	Primaria	15	12,3 %	2	10,5 %	0,975
	Secundaria	101	82,8 %	16	84,2 %	
	Universitaria	6	4,9 %	1	5,3 %	
Estado civil	Soltera	26	21,3 %	8	42,1 %	0,082
	Unión estable	85	69,7 %	11	57,9 %	
	Casada	11	9 %	0	0 %	

No se encontró relación estadísticamente significativa entre la escolaridad y el diagnóstico para sífilis ( $p = 0,975$ ), así como tampoco entre el estado civil y el diagnóstico para sífilis ( $p = 0,082$ ).

Se logró identificar el estadio clínico de la enfermedad al momento del diagnóstico en cuatro gestantes (21 %), todas clasificadas en estadio latente. Los quince casos restantes (78,9 %) fueron catalogados como “sin especificar”.

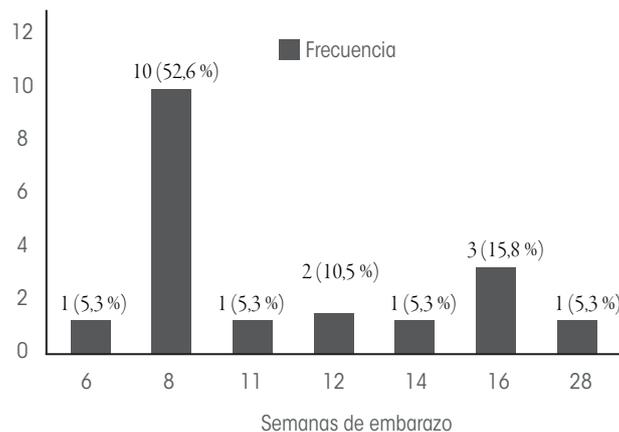


Figura 1. Edad gestacional al momento del diagnóstico

La figura 1 muestra la edad gestacional, en semanas, de las personas gestantes con diagnóstico de sífilis. Estuvo comprendida en un rango de 6 a 28 semanas, con una media de 11,11 semanas (DE = 5,22). Se destaca que el 94,7 % (n = 18) fue diagnosticado durante la primera mitad de embarazo, mientras que solo el 5,3 % (n = 1) fue detectado en la segunda mitad.

Se evaluaron catorce contactos sexuales (74 %), de los cuales cinco (35,7 %) presentaron VDRL

no reactivo y nueve (64,3 %) VDRL reactivo. A estos últimos se les indicó el tratamiento adecuado.

Con respecto al tratamiento, dieciocho de las personas gestantes con sífilis (94,7 %) recibieron tratamiento completo durante el embarazo, consistente en tres dosis de 2 400 000 UI de penicilina G benzatínica por vía intramuscular. Se identificó un único caso con tratamiento incompleto (5,3 %).

## Discusión

Los resultados de la investigación indicaron que la prevalencia de sífilis en personas gestantes atendidas en el centro de salud fue del 13,5 %, un valor significativamente superior a la media nacional (5,6 %), según datos del Boletín Epidemiológico Nacional n.º 40 del Ministerio de Salud de la Nación, publicado en 2023. Esta discrepancia podría atribuirse a una mayor incidencia de sífilis en la provincia. Cuando se compara con la tasa provincial de sífilis en mujeres en Entre Ríos (15,7 %), se observa una cifra similar a la encontrada en este estudio. Esta concordancia refuerza la hipótesis de que la prevalencia de sífilis en la población gestante podría estar relacionada con el contexto epidemiológico particular de la provincia (12).

En cuanto a los datos demográficos, se encontró que el 56,7 % de las gestantes con sífilis tenían entre 19 y 25 años. Respecto al nivel educativo, el 84,2 % había alcanzado la educación secundaria como máximo nivel de instrucción. En relación con el estado civil, el 42,1 % se identificó como soltera, mientras que el 57,9 % manifestó estar en una unión estable. Estos hallazgos muestran similitudes con los resultados de Echeverry et al. (13), quienes analizaron 38 casos de personas gestantes con sífilis en un hospital de Buenos Aires y hallaron que el 47 % tenía entre 18 y 24 años. Asimismo, Sobrero et al. (14), en un estudio con 249 personas gestantes con sífilis, reportaron que el 56,5 % había alcanzado la escolaridad secundaria como nivel máximo y el 50,6 % se encontraba en una unión estable. Estos valores podrían estar asociados a una mayor actividad sexual en ese rango etario, a

relaciones con múltiples parejas y a deficiencias en la educación sexual, en la promoción del uso de anticonceptivos de barrera y en las estrategias de prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Con respecto a la edad gestacional al momento del diagnóstico, el 94,7 % fue diagnosticado durante la primera mitad del embarazo (antes de la semana 20). Este hallazgo difiere con los resultados obtenidos por Sobrero et al. (14), quienes encontraron que el 57,4 % de los 249 casos evaluados fue diagnosticado antes de las 20 semanas y el 41,4 % fue diagnosticado luego de las 20 semanas. Esto podría atribuirse a una variedad de factores, entre ellos, la diversidad de la población estudiada, el acceso a la atención médica prenatal, las estrategias de detección de sífilis gestacional y la calidad de los datos recopilados.

En el presente estudio, se observó que en el 21 % de los casos el diagnóstico fue de sífilis latente; en el 78,9 % de los casos no se encontró registro del estadio de la enfermedad. Esto sugiere una posible deficiencia en la documentación del estadio clínico de los casos, que podría dificultar el manejo clínico de las gestantes diagnosticadas con sífilis.

Se logró analizar el 74 % de los contactos sexuales, de los cuales el 64,3 % presentó resultados reactivos para VDRL. Este hallazgo es comparable al reportado por Licha et al. (15), quienes, en un estudio realizado en un hospital de Córdoba con 303 personas gestantes con sífilis, informaron que el 75 % de las parejas fueron controladas y el 40 % resultó positiva para sífilis. De manera similar,

Miraglia et al. (16) estudiaron 975 gestantes con sífilis en un hospital de Buenos Aires y hallaron que el 65 % de sus parejas resultaron reactivas. Los resultados del presente estudio podrían estar asociados a la falta de comunicación entre la gestante y su pareja por motivos personales, o al hecho de tratarse de parejas ocasionales sin acceso a datos filiatorios que permitan su identificación.

Según los resultados de este estudio, el 94,7 % de las personas gestantes con sífilis completaron el tratamiento adecuado, consistente en tres dosis de penicilina benzatínica. Este porcentaje es superior al informado por Guzmán et al. (17), quienes analizaron 46 casos de gestantes con serología reactiva para sífilis en Córdoba y reportaron que solo el 63 % había realizado el tratamiento completo para la enfermedad. Esta diferencia podría atribuirse a un mayor nivel de información en la población analizada en el presente estudio, especialmente en lo referido a los riesgos que la sífilis representa para el embarazo y la importancia de cumplir el tratamiento, lo que habría favorecido una mejor adherencia.

Los resultados de este estudio indican que no existe una relación estadísticamente significativa entre la escolaridad y el diagnóstico para sífilis, ni

entre el estado civil y dicho diagnóstico. Estos hallazgos difieren de lo reportado por Erazo Medina (18), quien estudió a 189 mujeres embarazadas y encontró que los factores de riesgo significativamente asociados con la sífilis gestacional fueron el estado civil de soltera ( $p < 0,01$ ) y el bajo nivel educativo ( $p < 0,01$ ). Esta discrepancia podría explicarse por el tamaño reducido de la muestra. Es posible que, al ampliar el período de recolección de datos y, en consecuencia, el tamaño de la población, se obtengan resultados estadísticamente significativos.

Finalmente, este estudio presentó algunas limitaciones. El tamaño reducido de la población estudiada impidió analizar de manera concluyente la relación entre los factores demográficos y el diagnóstico de sífilis. Asimismo, no se realizó un seguimiento clínico de las gestantes para identificar posibles complicaciones fetales asociadas a la enfermedad.

Como parte del trabajo, se llevarán a cabo encuentros de concientización en el centro de salud sobre la sífilis, su prevención y tratamiento, dirigidos tanto a las personas gestantes como a las parejas que las acompañan a los controles obstétricos.

## Conclusión

En conclusión, este estudio evidenció una carga significativa de sífilis gestacional entre las personas gestantes que recibieron atención en el centro de referencia “Dr. Ramón Carrillo”. El grupo etario con mayor prevalencia de casos fue el de 19 a 25 años (52,6 %), lo que subraya la importancia de enfocar las intervenciones preventivas y de detección en esta población demográfica específica.

La mayoría de los diagnósticos se realizó antes de la semana 20 de embarazo (94,7 %), lo que sugiere un adecuado control prenatal en el centro de salud y una atención oportuna a las gestantes. No obstante, la falta de información sobre el estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico en el 78,9 % de los casos pone de manifiesto un déficit en la evaluación clínica durante las consultas prenatales, lo que podría afectar la capacidad de

gestionar adecuadamente la enfermedad y prevenir complicaciones.

Se observó una alta adherencia al tratamiento por parte de las gestantes (94,7 %), aspecto crucial para el manejo de la sífilis gestacional y la prevención de complicaciones para la madre y el feto.

Aunque el 74 % de las parejas sexuales realizaron estudios serológicos, lo cual indica cierto nivel de seguimiento y tratamiento, existen deficiencias significativas en la terapéutica dirigida a dichas parejas. Esto destaca la necesidad de fortalecer las estrategias de abordaje que las incluyan.

Por último, no se encontró relación estadísticamente significativa entre los factores demográficos analizados —escolaridad y estado civil— y el diagnóstico de sífilis gestacional.

## Referencias bibliográficas

1. Secretaría de Gobierno de Salud. Diagnóstico y tratamiento de sífilis: recomendaciones para los equipos de salud [Internet]. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. 2019 [citado el 30 de octubre de 2023]. Disponible en: [https://drive.google.com/file/d/10a\\_7dfxUvZGZf1WS\\_De0Ek18IWU-88fS/view](https://drive.google.com/file/d/10a_7dfxUvZGZf1WS_De0Ek18IWU-88fS/view)
2. Farreras P, Rozman C. Medicina interna. 18.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2016.
3. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Abordaje de la sífilis en personas adolescentes y adultas: recomendaciones clínicas para equipos de salud [Internet]. Ministerio de Salud de la República Argentina. 2024 [citado el 4 de abril de 2024]. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/abordaje\\_de\\_la\\_sifilis\\_en\\_personas\\_adultas\\_2662024\\_0.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/abordaje_de_la_sifilis_en_personas_adultas_2662024_0.pdf)
4. Rodríguez H, Medina J. Epidemiología de la sífilis en América Latina: desafíos y oportunidades. *Rev Pan Salud Pública*. 2019;45(6):e49.
5. Albornoz M, Lazarte S. Syphilis prevalence in postpartum women without serological control in the last month of pregnancy and study of relationship with risk factors. *Rev Argent Salud Pública*. 2018;9(35):25-32.
6. Organización Mundial de Salud. Guía de la OMS sobre detección y tratamiento de la sífilis en embarazadas [Internet]. 2019 [citado el 4 de abril de 2024]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51791/9789275321744\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51791/9789275321744_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
7. Kantor IN. Sífilis en Argentina. *Medicina (Buenos Aires)* [Internet]. 2023 [citado el 4 de abril de 2024];83:966-971. Disponible en: <https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol83-23/n6/966.pdf>
8. Luna P, Ramírez S, Correa D. Sífilis congénita: diagnóstico y prevención en el contexto perinatal. *Rev Salud Maternoinfantil*. 2020;18(3):214-221.
9. World Health Organization. Mother-to-child transmission of syphilis [Internet]. [citado el 30 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/stis/prevention/mother-to-child-transmission-of-syphilis>
10. Organización Mundial de la Salud. Sífilis [Internet]. [citado el 30 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/syphilis>
11. Ministerio de Salud de la Nación. Boletín n.º 39: Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina [Internet]. Diciembre de 2022 [citado el 4 de abril de 2024]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-ndeg-39-respuesta-al-vih-y-las-its-en-la-argentina>
12. Ministerio de Salud de la Nación. Boletín n.º 40: Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina [Internet]. Diciembre de 2023 [citado el 4 de abril de 2024]. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/boletin\\_n\\_40\\_respuesta\\_al\\_vih\\_y\\_las\\_its\\_en\\_argentina\\_1642024.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/boletin_n_40_respuesta_al_vih_y_las_its_en_argentina_1642024.pdf)
13. Echeverry VL. Análisis de casos de sífilis gestacional asociada a complicaciones materno-fetales durante 2021 en el Hospital Eva Perón [tesis de grado]. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad Abierta Interamericana, 2022. Disponible en: <https://dspaceapi.uai.edu.ar/server/api/core/bitstreams/10ad8deb-1c2f-4391-afc0-2829b74e531b/content>
14. Sobrero H, Mattos M, Gonzalez Y, Moraes M. Prevalencia de sífilis gestacional y congénita en una maternidad pública de Montevideo, Uruguay. *Rev Chilena Infectol* [Internet]. 2023 [citado el 4 de abril de 2024];40(4):342-346. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rci/v40n4/0716-1018-rci-40-04-0342.pdf>

15. Licha M, Novello DMG, de Lourdes DP. Prevalencia de sífilis en embarazadas de una maternidad de tercer nivel-alta complejidad [Internet]. 2015 [citado el 4 de abril de 2024]. Disponible en: <https://cobico.com.ar/wp-content/archivos/2015/08/Dra-licha.pdf>
16. Miraglia E, Dauria F, Gomez MA, Olivares Blanco S, Gerez EM, Bolomo G, et al. Prevalencia de sífilis en un hospital de la provincia de Buenos Aires en 8 años. Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba [Internet]. 2020 [citado el 4 de abril de 2024];77(3):136-142. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/27744>
17. Guzmán L, Tavecchio V, Fraga L, Frola MS, Quinodoz D. Sífilis, VIH y hepatitis B en el binomio madre-hijo: caracterización de casos atendidos en centros de tercer nivel del interior de Córdoba. Actual. Sida Infectol [Internet]. Agosto-noviembre de 2023 [citado el 4 de abril de 2024];31(112):27-35. Disponible en: <https://revista.infectologia.info/index.php/revista/article/view/156/200>
18. Erazo-Medina LL, García-Cajaleón JD, Sotelo-Muñoz SA, Rivera-Beltrán SE, Reyes-Ortiz SC, Campos-Correa KE. Sífilis gestacional: análisis de factores de riesgo en un centro materno infantil de Lima, Perú (2015-2020). Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2022 [citado el 4 de abril de 2024];90(11):901-909. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v90n11/0300-9041-gom-90-11-901.pdf>

### Lista de abreviaturas

TP: *Treponema pallidum*

OMS: Organización Mundial de la Salud

PNT: prueba no treponémica

PT: prueba treponémica

VDRL: *Venereal Disease Research Laboratory*

TP-PA: aglutinación de partículas de *Treponema pallidum*

UI: unidades internacionales