



Neonatos con sífilis congénita del Instituto de Previsión Social 2022-2023

Newborns with congenital syphilis
of the Instituto de Previsión Social 2022-2023

Dra. Ninfa Vera¹

<https://orcid.org/0009-0000-8480-7060>

nin.cvm@gmail.com

Adriano Emídio da Silva¹

<https://orcid.org/0009-0002-8056-7711>

Arnaldo Andres Bravo Alvarez¹

<https://orcid.org/0009-0001-7181-6651>

Bianca Gesser Lauschner¹

<https://orcid.org/0009-0003-6555-2762>

Cecilia Judith Aldao Coronel¹

<http://orcid.org/0009-0009-9292-1539>

Gabrieli Führ de Miranda¹

<https://orcid.org/0009-0002-7997-2584>

Henrique Calegari Nunes¹

<https://orcid.org/0009-0002-2184-5590>

Isadora Camargo de Oliveira¹

<https://orcid.org/0009-0001-9796-0491>

Maikon Federizzi¹

<https://orcid.org/0009-0005-3777-0927>

Mariela Beatriz Garay Zárate¹

<https://orcid.org/0009-0006-9756-7418>

Vanesa Fogaça Cunha¹

<http://orcid.org/0009-0009-6402-0223>

¹Universidad Privada del Este, Ciudad del Este, Paraguay

Resumen

La sífilis congénita es la segunda causa de muerte fetal prevenible en todo el mundo, siete de cada mil embarazadas tienen infección sifilítica, resultando en muertes fetales, neonatales, y de lactantes. Objetivo: Describir los neonatos con diagnóstico de sífilis congénita internados en neonatología del Instituto de Previsión Social de Ciudad del Este. Metodología: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, corte transversal de los datos contenidos en las historias clínicas de los neonatos internados en la sala de neonatología del Instituto de Previsión Social de Ciudad del Este entre las fechas 1 de enero del 2022 al 31 de diciembre del 2023. Las variables fueron sexo, edad gestacional, relación peso/edad, peso, talla, Apgar a los 5 minutos, sintomatología, dosaje de *Fluorescent Treponemal Antibody Absorption* (FTA-ABS). Resultados: 51,4% (n=18) fueron del sexo femenino, 48,6% (n=17) masculino, 82,9% (n=9) nacieron de

Recibido el: 8-07-2024

Aceptado en: 11-11-2024

Este es un artículo de acceso abierto bajo la CC. Licencia BY-NC-ND.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



término y el 17,1% (n=6) prematuros. 80% (n=28) entre 2501 y 4000 gr. El 68,6% (n=24) fueron AEG, el 25,7% (n=9) fueron GEG y el 5,7% (n=2) fueron PEG. El 11,57% (n=4) tenía entre 35 y 45 cm de talla, el 85,7% (n=30) entre 46 y 55 cm y el 2,8% (n=1) más de 55 cm. El 97,2% (n=34) tuvo Apgar de 7 o más. El 54% (n=19) no presentó sintomatología y 46% (n=16) presentó síntomas. El 22,8% (n=8) solo presentó ictericia, el 5,6% (n=2) ictericia combinada con otras sintomatologías, 14,3% (n=5) cianosis con dificultad respiratoria y 2,8% (n=1) descamación de la piel. El 17,1% (n=6) se realizó FTA-ABS.

Palabras clave: sífilis, sífilis congénita, serología, Apgar, transmisión vertical de enfermedades infecciosas.

Abstract

Congenital syphilis is the second cause of preventable fetal death worldwide; seven out of every thousand pregnant women have syphilitic infection, resulting in fetal, neonatal, and infant deaths. Objective: To describe the neonates with a diagnosis of congenital syphilis hospitalized in neonatology at the Social Welfare Institute of Ciudad del Este. Methodology: Descriptive, observational, retrospective, cross-sectional study of the data contained in the medical records of neonates admitted to the neonatal ward of the Social Welfare Institute of Ciudad del Este between the dates January 1, 2022 to December 31, 2022. 2023. The variables were sex, gestational age, weight/age ratio, weight, height, Apgar at 5 minutes, symptoms, Fluorescent Treponemal Antibody Absorption (FTA-ABS) dosage. Results: 51.4% (n=18) were female, 48.6% (n=17) were male, 82.9% (n=9) were born full term and 17.1% (n=6) premature. 80% (n=28) between 2501 and 4000 gr. 68.6% (n=24) were AEG, 25.7% (n=9) were GEG and 5.7% (n=2) were PEG. 11.57% (n=4) were between 35 and 45 cm in height, 85.7% (n=30) between 46 and 55 cm and 2.8% (n=1) over 55 cm. 97.2% (n=34) had Apgar scores of 7 or more. 54% (n=19) did not present symptoms and 46% (n=16) presented symptoms. 22.8% (n=8) only presented jaundice, 5.6% (n=2) jaundice combined with other symptoms, 14.3% (n=5) cyanosis with respiratory difficulty and 2.8% (n=1) peeling of the skin. 17.1% (n=6) underwent FTA-ABS.

Keywords: syphilis, congenital syphilis, serology, Apgar, vertical transmission of infectious diseases.

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad infecciosa exclusiva del ser humano, producida por una bacteria del género *Treponema* perteneciente a la familia Spirochaetace, estas espiroquetas son bacterias gramnegativas finas con forma de hélice. El *Treponema pallidum* puede ser transmitida por contacto sexual, por transfusiones y también de forma congénita. Esta última es transmitida de la madre al niño llegando al feto a través de la placenta o, por contacto directo con el chancro sifilítico en el momento de parto ([Alvarez, 2020](#); [Novell et al., 2021](#)).

La transmisión al feto se puede producir en cualquier momento de la gestación, alcanzando hasta el 60% a 90% de riesgo durante la sífilis primaria o secundaria de la madre, reduciéndose al 40% en la sífilis latente precoz, y al 10% en la sífilis latente tardía, pero el riesgo de infección vertical se incrementa en el primer trimestre en las 16-20 semanas de gestación, y también aumenta la existencia de una coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o, ([Alvarez, 2020](#); [Novell et al., 2021](#)).

La sífilis congénita (SC) confirmada del recién nacido (RN) o del lactante es definida por el centro para el control y la prevención de enfermedades (CDC) como aquella en la que se demuestra la presencia de *T. pallidum* en la placenta, en el cordón umbilical, en los fluidos corporales o en el material de autopsia por microscopía de campo oscuro, y también por medio de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) o inmunohistoquímica. Sin embargo es considerado caso presuntivo de SC al hijo/a de madre con sífilis no tratada o, tratada inadecuadamente al momento del parto, independientemente de los síntomas o, también a aquel RN con serología positiva asociada a una de las siguientes



condiciones: evidencias de sífilis congénita al examen clínico, radiografía de huesos largos alterada, Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) reactiva en líquido cefalorraquídeo (LCR) o aumento de células y proteínas en el LCR no atribuible a otra causa ([Henen et al., 2019](#)).

Otras literaturas clasifican a la SC en 3 tipos: SC demostrada o muy probable cuando el RN tiene clínica compatible con la enfermedad y, el dosaje de RPR (Rapid plasma reagin) es mayor o igual a 4 veces el de la madre; SC posible cuando el RN no tiene manifestaciones clínicas y con RPR positivo pero menor a 4 veces el de la madre, las madres no se trataron durante la gestación, o recibieron tratamiento durante las 4 semanas previas al parto o presentaron recaída o reinfección. SC poco probable cuando el RN no tiene manifestaciones clínicas, tiene RPR positivo, pero es menor a 4 veces el de la madre, las madres recibieron tratamiento adecuado durante la gestación y antes de las 4 últimas semanas, no tienen recaídas ni reinfecciones y por último si el RN tiene RPR negativo y exploración física normal. ([Novell et al., 2021](#); [Pinheiro, 2022](#)).

En el año 2016 según la OMS, siete de cada 1000 mujeres embarazadas fueron diagnosticadas con infección sifilítica, lo que resultó en alrededor de 143 000 muertes fetales, 61 000 muertes neonatales, 41 000 bebés prematuros o de bajo peso al nacer y 109 000 lactantes con SC, siendo esta última la segunda causa de muerte fetal prevenible en todo el mundo ([Korenromp et al., 2019](#)).

En los Estados Unidos entre los años 2012-2016 se reportó un aumento en la tasa nacional de SC de un 0,08 a 0,15 por cada 1000 nacidos vivos correspondiente a un incremento del 86,9%. En América Latina y el Caribe la SC se duplicó desde 2010 al 2015 en forma sostenida, con diferencias en cuanto a la prevalencia entre los pacientes del sector público y privado de salud; en el primero las cifras se mantienen por encima del objetivo mientras que la incidencia en el sector privado se encuentra dentro de los parámetros propuestos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ([Korenromp et al., 2019](#)).

En Colombia entre los años 1998 y el 2011 la incidencia de la SC aumentó, pasando de 0,9 a 3,1 por cada 1000 nacidos vivos. Brasil presentó un crecimiento de la sífilis gestacional entre 2010 y 2018, y como consecuencia también se incrementó la SC de 2,4 a 9,0 por cada 1.000 nacidos vivos, lo mismo sucedió en Argentina entre los años 2013-2018 donde las tasas van en ascenso alcanzando de 10 a 15 por cada 1.000 nacidos vivos. En Paraguay se constató que la frecuencia de SC es de 0,5%, y que la población más afectada es la indígena ([Cifuentes et al., 2020](#); [Ministerio de Salud Pública Y Bienestar Social, 2018](#); Romero et al., 2024; [Sobrero et al., 2023a](#)).

Clínicamente la SC puede presentarse en forma temprana antes de los 2 años manifestándose como óbito, prematuridad, *hidrops* no inmune, restricción de crecimiento intrauterino, hepatomegalia con o sin ictericia, esplenomegalia, *rash* cutáneo, adenopatía, rinitis, condiloma lata, hueso frontal amplio, pseudoparálisis de Parrott, coriorretinitis, crisis convulsivas, o tardía después de los 2 años de edad con sintomatología de dientes de Hutchinson, molares en mora, queratitis intersticial, sordera neurosensorial, rágades, retraso mental, hidrocefalia, crisis convulsivas, tabes dorsal, parálisis nervios craneales, deformidad en silla de montar de hueso nasal, cataratas paladar alto entre otros ([Antonio et al., 2022](#); [da Silva et al., 2020](#); [Heredia et al., 2020](#); [Sobrero et al., 2023a](#); [Tesini, 2024](#)).



El diagnóstico de esta afección se realiza al detectar el *Treponema pallidum* directamente por inmunohistoquímica en la placenta o el cordón umbilical, sin embargo, la prueba más utilizada es un método indirecto no treponémico llamado VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*). En el líquido amniótico puede realizarse el estudio de Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR) a partir de la novena semana del embarazo; sin embargo, estos métodos no son tan específicos y pueden arrojar falsos negativos en 1-2%. Las pruebas treponémicas convencionales (*Fluorescent Treponemal Antibody Absorption* (FTA-ABS) y *T. Pallidum Particle Agglutination Assay* (TPPA)) son altamente específicas, miden la IgG y la IgM, sin embargo, estas serán positivas de por vida, por lo que no son adecuadas para realizar el seguimiento en el tratamiento de la patología. Otros estudios son complementarios para el diagnóstico, como el hemograma, el hepatograma, bilirrubinemia, uroanálisis, frotis y cultivo de líquido cefalorraquídeo, las neuroimágenes, examen oftalmológico, potenciales evocados, radiografía de tórax y de huesos largos entre otros ([Gutiérrez et al., 2022](#)).

El tratamiento es con antibióticos, el más utilizado sigue siendo la Penicilina, que en algunos casos puede desencadenar efectos adversos como reacciones alérgicas. Se describe la reacción de Jarish-Herxheimer dentro de las 48 horas del inicio de la medicación con los antibióticos, debido a la destrucción rápida de espiroquetas, que desencadena en la embarazada contracciones prematuras, estrés fetal y parto prematuro, ([Neira & Donaires, 2019](#)).

El objetivo de esta investigación es describir las características de los neonatos internados en la sala de neonatología con el diagnóstico de sífilis congénita del Instituto de Previsión Social de Ciudad del Este en el año 2022-2023.

MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio cuantitativo, descriptivo y retrospectivo de corte transversal, donde se incluyeron todos los registros médicos de los pacientes internados en la sala de neonatología del Hospital Regional del Instituto de Previsión Social de Ciudad del Este con los diagnósticos de sífilis congénita, entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2023. Durante este proceso, se eliminaron tres expedientes por no contar con la información completa.

Las variables estudiadas fueron: sexo, edad gestacional, relación entre peso/edad gestacional, peso, talla, Apgar a los 5 minutos, presencia de sintomatología clínica, tipo de sintomatología, dosaje de FTA-ABS. Los datos fueron analizados según la estadística descriptiva y se expresaron en frecuencias absolutas y relativas, utilizando el programa Excel para su análisis.

Se solicitó el permiso de la institución para la utilización de los datos, y se respetó la confidencialidad y la identificación de los pacientes.

RESULTADOS

El Instituto de Previsión Social de Ciudad del Este, reconocido como un centro de referencia del departamento del Alto Paraná, registró el nacimiento de un total de 2.321 niños en el periodo de estudio, según los datos proporcionados por la Dirección General de Informaciones Estratégicas de Salud; de acuerdo con los registros del servicio de neonatología, 617 RN fueron ingresados a la sala de



internados neonatales, de los cuales 35 pacientes fueron diagnosticados con sífilis.

Del análisis de las 35 historias clínicas examinadas que tuvieron el diagnóstico de Sífilis congénita se encontró que correspondían al sexo femenino el 51,4% (n=18) y al sexo masculino el 48,6% (n=17). Tabla 1.

También se puede observar en la tabla que en relación a la edad gestacional la mayoría de los RN fueran de término representando 82,9% (n=29), sin embargo 17,1% (n=6) fueran prematuros. En cuanto la relación peso para edad gestacional se encontró que 68,5% (n=24) tenían peso adecuado para la edad gestacional. Respecto a las variables talla y Apgar el 85,5% (n=30) de los RN tenían talla que oscilaba entre 46 y 55 cm, mientras que el Apgar encontrado en 97,1% (n=34) fue mayor o igual a 7.

Tabla 1
Sexo de recién nacidos.

Sexo de los recién nacidos	n	%		
Femenino	18	51,4%		
Masculino	17	48,6%		
Clasificación según su edad gestacional	n	%	F	M
RN Prematuro	6	17,1%	3	3
RN de término	29	82,9%	15	14
RN Postérmino	0	0%	0	0
Clasificación según el peso	n	%	F	M
1000 – 1499	1	2,8%	0	1
1500 – 2499	5	14,4%	5	0
2501 – 4000	28	80%	13	15
>4000	1	2,8%	0	1
Clasificación según su peso y edad gestacional	n	%	F	M
AEG	24	68,5%	15	9
GEG	9	25,7%	1	8
PEG	2	5,7%	2	0
Clasificación según su talla	n	%	F	M
35-45 cm	4	11,5%	3	1
46-55 cm	30	85,7%	15	14
Mayor a 55 cm	1	2,8%	0	2
Apgar a los 5 minutos	n	%	F	M
Menor a 7	1	2,9%	0	1
Mayor o igual a 7	34	97,1%	18	16

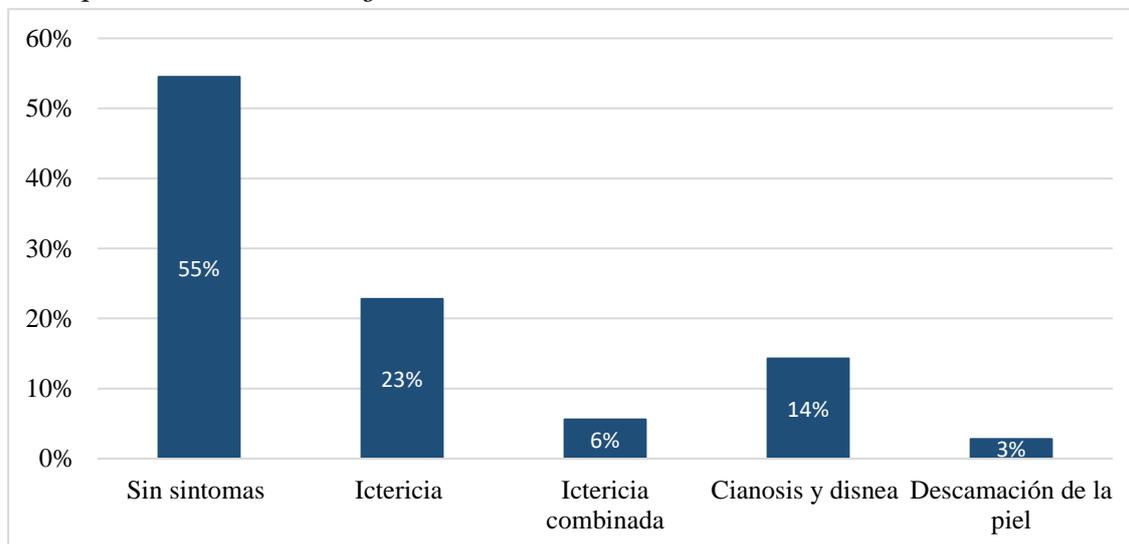
Nota. Elaboración propia de los autores. Presentaron síntomas clínicos el 46% (n=16), y el 54% (n=19) no presentó sintomatología clínica.



Los síntomas clínicos observados fueron: el 22,8% (n=8) presentó la ictericia como único síntoma, el 5,6% (n=2) presentó ictericia combinada con otras sintomatologías, el 14,3% (n=5) presentó cianosis asociada a dificultad respiratoria y el 2,8% (n=1) presentó descamación de la piel. Gráfico 1.

Gráfico 1

Descripción de la sintomatología.

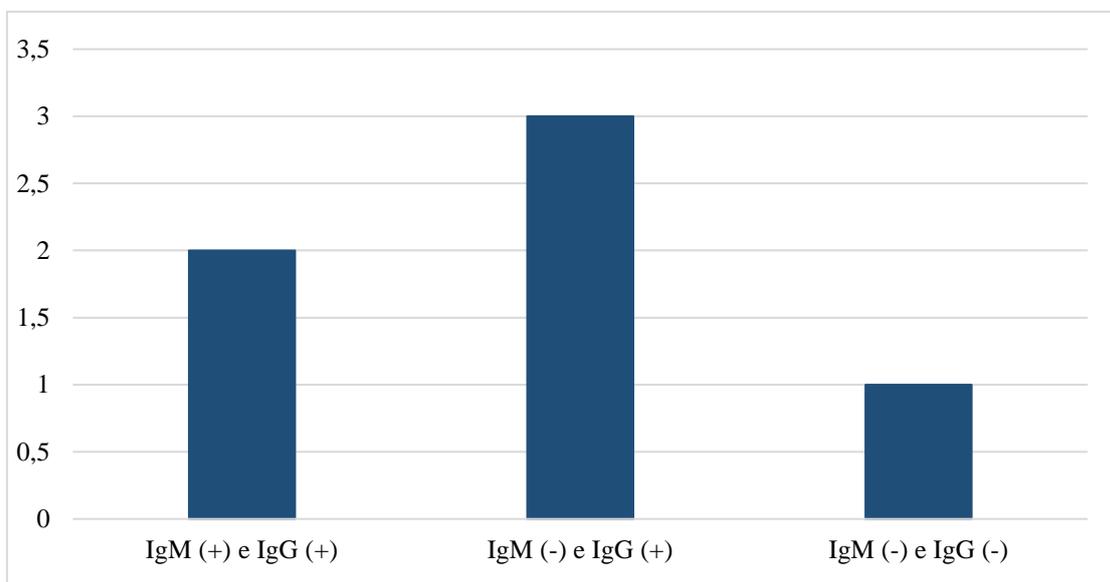


Nota. Elaboración propia de los autores.

El 17,1% (n=6) se realizó la prueba treponémica específica de FTA-ABS, y de estos 6 pacientes, 2 tuvieron FTA-ABS IgM (+), IgG (+), 3 con IgM (-) e IgG (+), y 1 con IgM (-) e IgG (-). Gráfico 2.

Gráfico 2

Test Treponémica - FTA-ABS



Nota. Elaboración propia de los autores.



DISCUSIÓN

En cuanto al sexo de los RN en este estudio, se observó una distribución casi equitativa con una ligera preponderancia del sexo femenino alcanzando una frecuencia del 51%, frente al 48.6% correspondiente al sexo masculino. Estos resultados son similares a los encontrados en la investigación realizada en Perú en el año 2023, y también con el realizado en España por Hernando, donde los porcentajes encontrados fueron también prevalencia del sexo femenino con una frecuencia de 54.2% y 53.1% respectivamente. En cambio, el estudio de Henríquez, con una muestra de 102 historias clínicas, mostró una preponderancia masculina con un 52% ([Carolyn, 2023](#); [Henríquez et al., 2019](#); [Hernando et al., 2021](#)).

En relación con la EG, esta investigación determinó que el 82.9% de los RN fueron de término, mientras que el 17.1% fueron prematuros, sin casos de nacimientos de postérmino. De manera similar en Uruguay, Sobrero en su estudio del año 2023, encontró que el 89.9% de los niños eran de término y solo el 10.0% prematuros, así mismo la publicación realizado por Sobrero y Mattos reportó resultados con un 79.5% de RN a término y un 20.5% de pre término, lo cual también es consistente con los hallazgos de Sequeira en Uruguay ([Sequeira et al., 2020](#); [Sobrero et al., 2023a](#), [Sobrero et al., 2023b](#)).

Con respecto al peso de los RN, la mayoría se encontraba entre 2.501 y 4.000 gramos, similar a lo encontrado en el trabajo realizado en Venezuela en el año 2020. Además, el promedio de peso fue de 3.184,57 gramos. Aunque no existe una similitud exacta con otros estudios, no se observaron grandes diferencias en comparación con investigaciones realizadas en Uruguay, Colombia y Brasil, donde los promedios de peso fueron de 3.760 gramos, 2.834 gramos y 2.637 gramos, respectivamente ([Benítez & Jiménez, 2021](#); [Sobrero et al., 2023b](#); [Henríquez et al., 2019](#); [Maschio et al., 2019](#)).

Del análisis de la relación entre el peso y la edad gestacional este estudio mostró que la mayoría de los RN eran AEG (68,5%), seguidos por los GEG (25,7%), y por último los menos frecuentes los PEG (5,7%). Este hallazgo guarda relación con los trabajos realizados en Venezuela y en el hospital Pereira Rossell de Uruguay en el año 2023 donde también predominaron los RN AEG ([Sobrero et al., 2023b](#); [Henríquez et al., 2019](#); [Sequeira et al., 2020](#)).

El 87.7% de los RN hospitalizados tenían una talla que oscilaba entre 46 cm y 55 cm, con una media de 50 cm, un valor máximo de 56 cm y un mínimo de 40 cm, estos resultados son comparables a los obtenidos en Venezuela, donde el 79.4% de los RN registraron una estatura con los mismos parámetros que los encontrados en esta investigación. En Colombia, la talla promedio fue de 48 cm, con un valor mínimo de 37 cm y un máximo de 54 cm, lo que también muestra una notable similitud ([Benítez & Jiménez, 2021](#); [Henríquez et al., 2019](#)).

El Apgar encontrado en la mayoría de los casos fue mayor o igual a 7 con una frecuencia de 97,2%. Estos resultados coinciden con los valores encontrados por Días Moreno en el año 2020, con el trabajo de Neira en Perú en el año 2019 y con el del Brasil en el año 2022 donde en este último el Apgar de los RN se encontraba con una frecuencia de 95,2% dentro de los valores normales a los 5 minutos ([Cifuentes et al., 2020](#); [Faria & Lino, 2022](#); [Neira & Donaires, 2019](#)).



Se observó un ligero predominio de pacientes que no presentaron sintomatología clínica, estos que representaron una frecuencia del 54%, mientras que el 44% sí presentaron síntomas. Estos resultados son parecidos a los hallados en estudios realizados en Brasil en 2021, en Perú en 2023, y en España en 2021. No obstante, difieren de los obtenidos en Uruguay en 2023 donde el 63% de los pacientes presentaron sintomatología clínica al nacimiento ([Almeida et al., 2021](#); [Carolyn, 2023](#); [Sobrero et al., 2023b](#); [Hernando et al., 2021](#)).

En relación con los síntomas clínicos observados, se encontró que, de un total de 16 RN, la ictericia fue el síntoma más común, representando la frecuencia de 22,8%. Este hallazgo es consistente con otros estudios en la literatura, donde la ictericia también fue el principal síntoma identificado en RN diagnosticados con SC, como en el estudio realizado en Brasil en 2021, y en Venezuela en 2019. Sin embargo, en Uruguay en 2023 y en España en 2021 la hepatoesplenomegalia fue el síntoma más frecuente, probablemente esto se deba a que la bacteria *Treponema Pallidum* afecta a todos los órganos, provocando un proceso inflamatorio y causando lesiones en varios órganos como huesos, vísceras, mucosas y piel, además de afectar el sistema nervioso central. La ictericia, en particular, que se presenta en los neonatos, ocurre debido a una afectación del hígado causada por la infección, donde hay signos de insuficiencia hepática con un aumento de las transaminasas, fosfatasa alcalina y bilirrubina ([Almeida et al., 2021](#); [Delfino & Silva, 2022](#); [Sobrero et al., 2023b](#); [Henríquez et al., 2019](#); [Hernando et al., 2021](#); [Pinheiro, 2022](#)).

Ahora bien, en cuanto a la realización de la prueba treponémica FTA-ABS, se constató que el 17.1% contaba con el resultado de este estudio dentro de las historias clínicas que fueron estudiadas, lo que indicaría un escaso porcentaje de diagnóstico preciso de SC en esta muestra. A partir de esto, podemos inferir que la mayoría tiene una sospecha de SC, ya que para el diagnóstico preciso se requiere de la realización de estudios treponémicos, donde se dosan anticuerpos específicos constituyendo incluso un medio de confirmación cuando una de las pruebas no-treponémicas es positiva. El FTA-ABS no sirve para el seguimiento del tratamiento de la patología, pero la presencia de la IgM positivo es sinónimo de infección en el feto, ya que este anticuerpo por su alto peso molecular no atraviesa la barrera placentaria, por otro lado, la presencia de IgG podría ser debida a una transferencia a través de la placenta de la madre al niño positivizando el resultado en ausencia de infección, o debido a una infección antigua. En el caso de que RN presente VDRL con títulos mayores a 2 diluciones al que presentó la madre al momento del parto, se considera que existe una infección sumamente probable y no se debe retrasar el tratamiento ([Tesini, 2024](#)).

CONCLUSIONES

Se encontró que correspondían al sexo femenino el 51,4% y al sexo masculino el 48,6%. Según su edad gestacional el 82% corresponden a recién nacidos de término, siendo de esta manera solo el 17.1% los nacidos prematuros, sin nacimientos de postérmino. La edad gestacional promedio fue de 38.4 semanas.

El 80% de ellos nacieron con un peso entre 2501 gr y 4000 gr. El 2,8% pesaron menos de 1500 gramos. En un promedio general el peso obtenido fue de 3184,57.



El análisis de la relación entre el peso y la edad gestacional reveló que fueron AEG el 68,6%, GEG el 25% y PEG en un porcentaje de 5,7%.

La talla encontrada en el 85,7% (n=30) fue entre 46 y 55 cm, 11,57% (n=4) entre 35 y 45 cm, y 2,8% (n=1) mayor a 55 cm, con un promedio de 50 cm. El Apgar encontrado en el 97% fue mayor o igual a 7.

En lo que concierne a las manifestaciones clínicas, el 54% fueron asintomáticos, y el 46% presentaron síntomas clínicos.

Entre los síntomas clínicos observados se vio la presencia de ictericia como sintomatología única en el 22,8 % (n=8), la ictericia combinada con otras sintomatologías 5,6 (n=2), la cianosis junto con dificultad respiratoria 14,3% (n=5) y la descamación de la piel en un 2,8 % (n=1).

La prueba treponémica específica de FTA-ABS fue realizado en el 17,1%, correspondiente a 6 pacientes de los 35 estudiados, y solo 2 tuvieron FTA-ABS IgM (+) IgG (+).

Por lo tanto, a partir de los datos obtenidos en este estudio, se puede percibir que la sífilis congénita sigue siendo un problema de salud pública relevante, lo que resalta la importancia de continuar investigando y mejorando las estrategias de prevención y tratamiento de esta enfermedad. La implementación de estrategias preventivas y el manejo adecuado pueden reducir la incidencia y las complicaciones asociadas a esta enfermedad.

De esta manera, es necesario garantizar el seguimiento adecuado del control prenatal de las gestantes, para que el rastreo de las enfermedades más relevantes, como la sífilis materna, se diagnostique y trate de forma precoz, evitando la transmisión materno-fetal. Para ello, se deben implementar campañas de concienciación en las redes sociales sobre la importancia del control prenatal y el impacto que puede tener tanto en la salud materna como fetal. También es importante concienciar sobre la sífilis, cómo prevenirla e identificar las lesiones, así como las complicaciones que la ausencia del tratamiento u el tratamiento inadecuado pueden resultar negativamente sobre la vida del RN. Además, es fundamental fomentar la colaboración entre los profesionales de la salud y las autoridades sanitarias para mejorar la atención materna y neonatal, con el fin de garantizar un diagnóstico temprano y una atención óptima para la madre y al recién nacido.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Almeida, A. S. de, Andrade, J., Fermiano, R., Jamas, M. T., Carvalhaes, M. A. de B. L., & Lima Parada, C. M. G. de. (2021). Sífilis na gestação, fatores associados à sífilis congênita e condições do recém-nascido ao nascer. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 30, 1–13. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0423>
- Alvarez, Y. C. (2020). Sífilis en etapa de gestación. <https://biblioteca.upal.edu.bo/htdocs/TextosCompleto/EX05823-UPAL.pdf>
- Antonio E. C., S. I., Donald V. E. III, M., Maricela R. E., T. I., & Alexandra B. N., M. I. (2022). Caracterización Clínica Y Manejo De Paciente Neonatal Con Sífilis Congénita. *Ciencias de la. Polo de Conocimiento*, 7(5), 661–678. <https://www.polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/3987/9290>



- Benítez, L. P. C., & Jiménez, Y. F. (2021). Caracterización de la sífilis congénita en recién nacidos hijos de madres venezolanas atendidos en la ese hospital Niño Jesús de Barranquilla. AÑOS 2016-2019. <https://repository.unilivre.edu.co/handle/10901/24624>
- Carolyn, F. P. (2023). Factores asociados a lúes congénita en recién nacidos del instituto nacional materno perinatal 2018-2021. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6547>
- Cifuentes C., Y., Angel M., E., & Díaz M., R. C. (2020). Sífilis congénita resultado de una Neurosífilis materna no diagnosticada. Reporte de caso. Revista Médicas UIS, 33(1), 73–80. <https://doi.org/10.18273/revmed.v33n1-2020009>
- da Silva, G. M., Pesce, G. B., Martins, D. C., do Prado, C. M., & Molena Fernandes, C. A. (2020). Syphilis in pregnant and congenital: Epidemiological profile and prevalence. Enfermería Global, 19(1), 137–150. <https://doi.org/10.6018/eglobal.19.1.358351>
- Delfino, A. C., & Silva, A. L. O. (2022). Sífilis Congênita: transmissão, diagnóstico e tratamento. <https://goo.su/fb5nt5E>
- Faria, R. B. C. C., & Lino, F. V. (2022). Investigação do aumento dos casos de Sífilis Congênita em uma unidade de neonatologia de um hospital secundário do Distrito Federal. Brazilian Journal of Health Review, 5(6), 23861–23876. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n6-160>
- Gutiérrez B., L. J., Viquez Q., M., & Valverde Ch., K. (2022). Sífilis congénita: una enfermedad engañosa. Revista Médica Sinergia, 7(6), e846. <https://doi.org/10.31434/rms.v7i6.846>
- Henen, F. N., Berges, L., González, D. D., Riesco, D. A., Díaz, E., Marquez, P., Maxwell, M., Marcó, R., Nieva, M., Zolorzano, C. M., Buscetti, M. G., Gutiérrez, A., & Saraví, M. S. C. (2019). Tamizaje de sífilis congénita en el binomio madre-hijo: validez de la sangre de cordón. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-29572019000300006
- Henríquez, C., García, F., & Carnevalle, M. (2019). Caracterización Clínica Y Epidemiológica De La Sífilis Congénita En Neonatos. Servicio Desconcentrado Hospital Pediátrico Dr. Agustín Zubillaga. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Decanato de Ciencias de La Salud, 36(1), 19–25. <https://acortar.link/AYeGBx>
- Heredia C., D. C., Moreno P., E., González C., G. I., Torres M., D., Santos V., G., & Osorio G., M. (2020). Sífilis congénita temprana, serie de casos y descripción anatomopatológica. Revista Latinoamericana de Infectología Pediátrica, 33(3), 149–155. <https://doi.org/10.35366/95652>
- Hernando, V., Díaz, O., Algueró, M. R., & Díaz, A. (2021). Situación de la Sífilis Congénita en España 2010-2019. 28, 49. <https://revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/1118>
- Korenromp, E. L., Rowley, J., Alonso, M., Mello, M. B., Saman W., N., Guy M., S., Ishikawa, N., Le, L. V., Newman O., M., Nagelkerke, N., Newman, L., Kamb, M., Broutet, N., & Taylor, M. M. (2019). Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. PLoS ONE, 14(2). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0211720>
- Maschio L., T., De Lima M., I. L., Zen S., J. P., & Gottardo A., M. T. (2019). Epidemiological profile of patients with congenital and gestational syphilis in a city in the state of São Paulo, Brazil. Revista Brasileira de Saude Materno Infantil, 19(4), 865–872. <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000400007>
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2018). PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DEL VIH/sida/ITS. <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/pronasida/adjunto/d8b201-INFEPVIH2017PARAGUAY.pdf>



- Neira V., M. R., & Donaires T., L. F. (2019). Sífilis materna y complicaciones durante el embarazo. *Anales de La Facultad de Medicina*, 80(1), 68–72.
<https://doi.org/10.15381/anales.v80i1.15875>
- Novell, J. F., Laadimat, H. E., Bagüés, M. Z., Tomás, E. I., Liarte, L. B., & Millán, P. A. (2021). Recién nacido con sífilis congénita. *Revista Sanitaria de Investigación*.
<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/recien-nacido-con-sifilis-congenita/>
- Pinheiro, P. (2022). Sífilis Congénita: Síntomas y Tratamiento. *MDSaúde*.
<https://www.mdsaude.com/es/enfermedades-infecciosas/sifilis-congenita-precoz-tardia/>
- Romero, E., Rodríguez R., M. I., & Ríos G., C. M. (2024). Knowledge and practices about maternal and congenital syphilis in pregnant adolescents in a General Hospital of Paraguay: qualitative study. *Medicina Clínica y Social*, 8(1), 118–123.
<https://doi.org/10.52379/mcs.v8i1.389>
- Sequeira, A., Canziani, C., Amorín, B., Venturino, S., González, E., Pérez, C., Caporale, M., Gibara, S., Mata, A., Venturino, C., Sequeira, A., Canziani, C., Amorín, B., Venturino, S., González, E., Pérez, C., Caporale, M., Gibara, S., Mata, A., & Venturino, C. (2020). Situación actual de la sífilis congénita en el departamento de Paysandú, años 2015-2019. *Archivos de Pediatría Del Uruguay*, 91(Suplemento 2), 34–42. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12492020000800034&script=sci_arttext
- Sobrero, H., Mattos, M. J., González, Y., & Moraes, M. (2023) a. Prevalencia de sífilis gestacional y congénita en una maternidad pública de Montevideo, Uruguay, en los años 2018 y 2019. *Revista chilena de infectología*, 40(4), 342-346.
https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=SO716-10182023000400342&script=sci_arttext
- Sobrero, H., Mattos, M. J., De los Santos, D., Ferreira, D., Gama, V., Gambini, F., ... & Moraes, M. (2023) b. Sífilis gestacional y congénita en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, 2020-2021. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 94(2).
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12492023000301212&script=sci_arttext
- Tesini, P. B. L. (2024). Manual MSD Sífilis congénita. Cdc, 1–9.
<https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/pediatría/infecciones-en-recien-nacidos/sifilis-congenita>

Sobre los autores

Adriano Emídio da Silva¹ adrianoctba28@hotmail.com

Arnaldo Andres Bravo Alvarez¹ andres.bravo010@gmail.com

Bianca Gesser Lauschner¹ bianca.gesser@outlook.com

Cecilia Judith Aldao Coronel¹ aldaoceci@gmail.com

Gabrieli Führ de Miranda¹ gbym.farrou@gmail.com

Henrique Calegari Nunes¹ henrique17.nunes17@gmail.com

Isadora Camargo de Oliveira¹ isadoracammargo@gmail.com

Maikon Federizzi maikon.federizzi2019@gmail.com

Mariela Beatriz Garay Zárate¹ garayzaratemariela@gmail.com

Dra. Ninfa Vera² nin.cvm@gmail.com

1. Alumnos de Medicina de la Universidad Privada del Este sede Ciudad del Este.

2. Tutora de TFIR de la Universidad Privada del Este sede Ciudad del Este, autor correspondiente. Instituto de Previsión Social I.P.S.

