

ARTÍCULO ORIGINAL

**DISTRIBUCIÓN GEO TEMPORAL Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES EMBARAZADAS CON
SÍFILIS. CORRIENTES 2021**

**Oscar Adolfo Medina ¹, María Evelyn Fernández ², Telma Daina Villanueva ³,
Gisela Benítez Lezcano ⁴**

Recibido: 08/02/2024

Aprobado: 19/08/2024

¹ Magister en Ciencias de Enfermería Comunitaria y Licenciado en Enfermería por la Universidad Nacional del Nordeste (UNNE). Actualmente es Profesor Titular en la Facultad de Medicina de la UNNE, impartiendo la asignatura de Enfermería en Cuidados Críticos, Investigación en enfermería II, además se desempeña como Secretario Académico de la misma facultad. Ha liderado y participado en diversos proyectos de investigación financiados por la UNNE, enfocándose en la seguridad del paciente, la calidad de la enseñanza en enfermería y los flujos de conocimiento científico durante la postpandemia, contribuyendo significativamente a la literatura académica en su campo, Argentina, <https://orcid.org/0000-0002-1501-4849>, oscaradolfojedina@yahoo.com.ar

² Hospital Ángela Iglesia de Llano, Enfermera, Argentina, <https://orcid.org/0009-0003-1014-2985>, evelyn23-16@outlook.es.

³ Hospital Regional María Auxiliadora, Enfermera, Argentina, <https://orcid.org/0009-0008-0397-7454>, telmavillanueva@hotmail.com

⁴ Instituto de Cardiología de Corrientes, Enfermera, Argentina, <https://orcid.org/0009-0008-2479-5326>, giselitabenitez@hotmail.com

Distribución geo temporal y características sociodemográficas de las mujeres embarazadas con sífilis. Corrientes 2021

Resumen

Introducción: Las enfermedades de transmisión sexual son síndromes clínicos causados por diversos patógenos. La sífilis es una infección de transmisión sexual causada por *Treponema Pallidum* originada por el contacto con úlceras, transfusiones sanguíneas, o transmisión vertical durante el embarazo. La sífilis en el embarazo continúa siendo un problema de salud pública. En la actualidad, son uno de los principales problemas sanitarios, siendo una de las causas más frecuentes de consultas. **Objetivo:** describir la distribución geo temporal y características sociodemográficas de las mujeres embarazadas con sífilis, atendidas en un hospital de Corrientes en el año 2021. **Metodología:** se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal y observacional. La población incluyó mujeres embarazadas con sífilis de un hospital público de la ciudad de Corrientes en el período 2021. A partir del marco muestral, se obtuvo la población, quienes además cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación. **Conclusión:** se concluye que los datos aportados por esta investigación podrían contribuir a la generación de nuevas estrategias sanitarias para la captación oportuna de este grupo vulnerable de atención, enfatizando la importancia de la detección temprana.

Palabras clave: mujeres embarazadas, sífilis, enfermedades de transmisión sexual, infectología.

Kuñanguéra hyeguasúva ha orekóva avakuéra rekovai mba'asy, ñemboja'o yvy arareko ha atyrekojeipapa rupive. Corrientes, ary 2021-me

Ñemombyky

Ñepyrû: Mba'asykuéra oñembohasáva meña rupive ha'e mba'asy rechaukaha tetepygua, osêva opáichagua mba'asy moheñoihágui. Avakuéra rekovai mba'asy ha'e peteî pámo ohasáva meña rupive, “treponema pallidum” ijapoukaha, oporombohasýva umi ojáva ko aírepe, tuguy ñembohasa rupive térâ ñembohasa ñemomby rupive avei, tyeguasú aja. Avakuéra rekovai mba'asy tyeguasú aja ha'e gueteri peteî apañuái guasu avaetagua resâime. Ko'ága rupi ko'áichagua mba'asy ha'e apañuái tuicháva py'ýive ogueraháva avakuérape tasy'ópe. Jehupytyvoirâ: Kuñanguéra hyeguasúva ha orekóva avakuéra rekovai mba'asy, oñepohanóva Tasyo Corrientes-pe, ary 2021-me, jehechapyrehai yvy arareko ñemboja'o ha atyrekojeipapa rupive. Taperekokuaaty: Ojejapókuri peteî jetypeka papygua, mombe'uhai, hasapáva ha techapyrehaíva. Atýrô oñemoingékuri kuñanguéra hyeguasúva ha orekóva avakuéra rekovai mba'asy, oñepohanóva Tasyo Corrientes-pe, ary 2021-me. Atyvore rupive oñemyesakâ upe aty omyenyhêva umi mba'emo'â ñemoinge, ñemoinge'ýva ha pe'ará. Py'añemongeta paha ha/térâ Mohu'â: Oñemohu'âvo ko tembiapo ojehechakuaa ko'â mba'ekuaaita mono'ôpyre ikatútaha ojepuru oñemoñepyrû haguâ ambue tapereko pyahu ikatúva ohechauka ha oipytyvô voi ha mbareteve ko atýpe, sa'ive oñemaña ha oñeñangarekógui hesekuéra; avei oikumbyuka haguâ chupekuéra tekotevêha ojeikuaa voi oîrô orekóva ko mba'asy, ikatu haguâicha oñepohanô umi hasývape, térâ oñehenonde'a mba'asýpe.

Ñe'êita karaku: kuñanguéra hyeguasúva. avakuéra rekovai mba'asy. mba'asykuéra oñembohasáva meña rupive, pamakuaapy.

Geotemporal distribution and sociodemographic characteristics of pregnant women with syphilis. Currents 2021

Abstract

Introduction: Sexually transmitted diseases are clinical syndromes caused by various pathogens. Syphilis is a sexually transmitted infection caused by *Treponema Pallidum* caused by contact with ulcers, blood transfusions, or vertical transmission during pregnancy. Syphilis in pregnancy continues to be a public health problem. Currently, they are one of the main health problems, being one of the most frequent causes of consultations. **Objective:** to describe the geo-temporal distribution and sociodemographic characteristics of pregnant women with syphilis, treated at a hospital in Corrientes in 2021. **Methodology:** a quantitative, descriptive, cross-sectional and observational study was carried out. The population included pregnant women with syphilis from a public hospital in the city of Corrientes in the period 2021. From the sampling frame, the population was obtained, who also met the inclusion, exclusion and elimination criteria. **Conclusion:** it is concluded that the data provided by this research could contribute to the generation of new health strategies for the timely recruitment of this vulnerable group of care, emphasizing the importance of early detection.

Keywords: pregnant women, syphilis, sexually transmitted diseases, infectious diseases

Introducción

Las enfermedades infecciosas continúan siendo uno de los principales problemas de salud pública en la actualidad, representando una de las causas más comunes de consultas médicas. En este contexto, se ha adoptado el término infección de transmisión sexual (ITS), el cual hace referencia a la presencia de un patógeno que se transmite a través del contacto sexual. Por otro lado, el término enfermedad de transmisión sexual (ETS) se refiere a un estado clínico reconocible que se desarrolla a partir de una infección previa ¹.

En términos epidemiológicos, las infecciones de transmisión sexual entre ellas la sífilis, ocupan uno de los cinco primeros lugares de consulta en el primer nivel de atención a nivel global y se encuentra dentro de las diez primeras causas de mortalidad, generalmente en el grupo de pacientes de 15 a 44 años de edad ².

Actualmente una de las enfermedades de transmisión sexual que más se observa es la sífilis en mujeres embarazadas, siendo una de las causas más frecuentes de consultas, por lo cual reciben un diagnóstico oportuno con su respectivo tratamiento; sin embargo, también se observa muchos casos donde la mujer gestante no se realiza sus controles prenatales correspondientes, siendo esta, una problemática, ya que no recibe el tratamiento y la atención adecuada.

El propósito de esta investigación es describir la distribución de esas mujeres para intentar identificarlas y poder focalizar los proyectos, programas y estrategias para de alguna manera disminuir la frecuencia de los casos. La misma será beneficiosa, ya que es escasa la investigación acerca de las características sociodemográficas y geográficas sobre las mujeres embarazadas con sífilis. Los resultados obtenidos permitirán implementar las estrategias adecuadas para poder ayudar a disminuir la cantidad de casos.

Por otra parte, existen estudios que concluyen que las probabilidades de infección por sífilis se incrementan en embarazadas con determinadas características sociodemográficas, obstétricas y conductuales. En el estudio de Tareke y colaboradores se reporta que las probabilidades de infección por sífilis fueron más altas en mujeres divorciadas, residentes rurales, con antecedentes de múltiples parejas sexuales, abortos y otras infecciones de transmisión sexual ³.

Por otro lado, Dos Santos y Cols, en su estudio descriptivo de serie temporal de la incidencia de Sífilis Congénita⁴, plantearon como objetivo describir la distribución temporal y las características epidemiológicas de la sífilis congénita (CS) en Niterói, Sudeste de Brasil, de 2007 a 2016. La serie temporal se estimó mediante regresión logarítmica, según variables sociodemográficas y prenatales. Como resultados, los autores identificaron un total de 754

casos de CS durante el período de estudio (incidencia promedio de 11,9 casos/1 000 nacimientos en vivo). La incidencia fue mayor en jóvenes (10 a 19 años; 20 a 24 años), participantes de color negros y aquellos con baja educación y sin atención prenatal. Del total de mujeres, sólo el 57,6% obtuvo el diagnóstico de sífilis durante la atención prenatal. El tratamiento fue inadecuado en el 87,7% de las mujeres, siendo sólo el 12,2% tratadas. Hubo una tendencia creciente de la enfermedad (16%/año), que alcanzó 23,2 casos/1 000 nacidos vivos en 2016. El crecimiento fue más pronunciado en las adolescentes mujeres (25,2%/año), raza/color marrón (16,8%/año), individuos con baja educación (57,1%/año) y mujeres que se sometieron a atención prenatal (17,3%/año); y, en el período de 2012 a 2016, en mujeres con información desconocida para el color de la piel.

Por otra parte, a nivel local, Galeano H, y col ⁵, realizaron un estudio descriptivo, cuantitativo y observacional con el objetivo de caracterizar a madres y recién nacidos con sífilis congénita en una maternidad de Corrientes durante el año 2019. Los datos se obtuvieron mediante la revisión de historias clínicas perinatales. Se reportó que el 10,13% de los nacimientos correspondieron a recién nacidos con sífilis congénita, con un 67,03% de madres en el rango de edad de 20 a 29 años y la mayoría procedentes de la ciudad de Corrientes. Además, el 56,04% de los embarazos presentaron un control prenatal insuficiente. Se concluyó que la prematuridad fue una complicación frecuente y se recomendó la implementación de programas de prevención para mejorar el control prenatal y reducir la transmisión de enfermedades sexuales.

Metodología

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal y observacional. Se incluyeron en el estudio a las gestantes con diagnóstico de sífilis registrado en la historia clínica y aquellas que portaban carnet perinatal o historia clínica completa. Como criterios de exclusión, se consideraron las gestantes menores de edad y aquellas cuyos casos estaban con algún problema judicial. Además, se eliminaron las historias clínicas incompletas o ilegibles.

El tamaño de la muestra se calculó utilizando el programa Epidat 4.2, tomando en cuenta una probabilidad esperada del 30%, basada en un estudio previo ⁶, una precisión del 5% y un nivel de confianza del 95%. Este cálculo determinó un tamaño muestral de 65 unidades de análisis. A partir de una población total de 80 gestantes que cumplían con los criterios de inclusión, se seleccionaron las unidades de estudio mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple para la recolección de los datos

La recolección de datos se realizó mediante un formulario diseñado específicamente para este estudio, con el objetivo de registrar de manera ordenada las variables principales. La

información fue extraída de las historias clínicas de mujeres embarazadas atendidas en la maternidad del Hospital Materno Neonatal de la ciudad de Corrientes, durante el período de enero a diciembre de 2021.

El formulario incluyó variables sociodemográficas y clínicas simples, tales como edad, situación de pareja, nivel de instrucción, número de controles prenatales, lugar de procedencia y el mes en que se registró el diagnóstico de sífilis. Estas variables, de fácil registro y extracción, fueron seleccionadas por su relevancia para el estudio.

Aunque se trataba de un formulario con variables sencillas y objetivas, se decidió realizar una prueba piloto con 10 historias clínicas para asegurar que el formulario funcionara correctamente. Esta validación inicial permitió verificar que la recolección de los datos se realizaba de manera clara y consistente, sin dificultades para completar las variables. Dado que no se identificaron problemas en esta prueba, se concluyó que el formulario era adecuado para su aplicación en la totalidad de la muestra.

Así, el formulario fue validado a través de esta revisión preliminar, garantizando que era apropiado para la recolección de datos en este estudio.

Para acceder a la unidad de análisis, se solicitó la autorización correspondiente al director del Departamento de Docencia e Investigación de la institución. Posteriormente, se firmó un acuerdo de confidencialidad entre los investigadores y el Comité de Bioética, en el cual se garantizó el anonimato de las personas involucradas. Luego, el Comité de Bioética otorgó su aval de manera favorable, según la Resolución N° 15/23. Se aseguró que los datos recolectados respetaran la confidencialidad y que no permitieran la identificación de los individuos.

El análisis de los datos se realizó utilizando el programa de Microsoft Excel, aplicando técnicas descriptivas para resumir las variables del estudio. Las variables cuantitativas fueron analizadas mediante medidas de tendencia central y dispersión, mientras que las variables categóricas se resumieron en frecuencias absolutas y porcentajes.

Los resultados se presentaron de manera clara a través de tablas y gráficos, para una interpretación más precisa de las características sociodemográficas y clínicas de las gestantes diagnosticadas con sífilis.

Resultados, discusión y análisis

En cuanto a la edad de las mujeres gestantes con diagnóstico de sífilis, se determinó que el promedio de edad fue de 25,16 años (DS= 4,56) con una edad mínima de 16 años y una edad máxima de 35 años. Por otra parte, se observó que 54 mujeres, que representan el 83 % refirieron tener pareja estable.

Tabla 1.

Distribución de las gestantes con diagnóstico de sífilis según la situación de pareja (n= 65)

Situación de pareja	Frecuencia	Porcentaje
Sin pareja	11	17%
Con pareja	54	83%
Total	65	100,00%

Fuente: Historias Clínicas de gestantes con sífilis atendidas en un Hospital Materno neonatal de la ciudad de Corrientes, en el periodo de enero a diciembre de 2021.

En relación al nivel de instrucción de las gestantes con diagnóstico de sífilis, la mayoría alcanzó el nivel secundario, ya sea completo o incompleto, lo que representa una proporción significativa de la muestra. Un grupo menor finalizó la educación primaria, mientras que los estudios terciarios y universitarios estuvieron escasamente representados. Estos resultados indican que la mayor parte de las participantes cuenta con un nivel de educación intermedio, destacándose la predominancia del nivel secundario.

Tabla 2.

Distribución de las gestantes con diagnóstico de sífilis según el máximo nivel de instrucción. (n=65)

Máximo Nivel de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria completa	8	12,31%
Primaria incompleta	1	1,54%
Secundaria completa	27	41,54%
Secundaria incompleta	26	40,00%
Universitario incompleto	2	3,08%
Universitario completo	1	1,54%
Total	65	100,00%

Fuente: Historias Clínicas de gestantes con sífilis atendidas en un Hospital Materno neonatal de la ciudad de Corrientes, en el periodo de enero a diciembre de 2021.

En el análisis de la distribución de gestantes con diagnóstico de sífilis según el número de controles prenatales, se evidencia una variedad en el acceso a la atención médica durante el periodo gestacional. La mayoría de las participantes (73.8%) reporta haber realizado cinco o más controles prenatales, destacando un compromiso con el seguimiento médico durante el embarazo. Asimismo, un grupo significativo, aunque menor en comparación, indica haber realizado entre 1 y 2 controles prenatales (15.4%), mientras que un 9.2% ha llevado a cabo entre 3 y 4 controles.

Tabla 3.

Distribución de las gestantes con diagnóstico de sífilis según el número de control prenatal (n=65)

Nº de control prenatal.	Frecuencia	Porcentaje
Entre 1 a 2	10	15,4%
Entre 3 a 4	6	9,2%
De 5 a mas	48	73,8%
Sin control	1	1,5%
Total	65	100,0%

Fuente: Historias Clínicas de embarazadas con sífilis atendidas en un Hospital Materno neonatal de la ciudad de Corrientes, en el periodo de enero a diciembre de 2021.

Al examinar la distribución de las gestantes con diagnóstico de sífilis según lugar de procedencia, se evidencian diferencias importantes. La mayoría de las participantes (83.08%) procede de Corrientes Capital, lo que sugiere una concentración significativa de casos en esta área urbana. Este hallazgo destaca la necesidad de una atención específica y medidas preventivas adicionales en la capital para abordar la incidencia de la sífilis en mujeres embarazadas.

En contraste, se observa una presencia más limitada de casos en otras localidades de la zona programática. Bella Vista, Itatí y San Luis del Palmar muestran un porcentaje similar de participantes. Además, en cambio Berón de Astrada y Empedrado registran una participación mínima.

Tabla 4.

Distribución de las gestantes con diagnóstico de sífilis según localidades de zona programática de Corrientes (n=65)

Lugar de Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Corrientes Capital	54	83,08%
Bella Vista	3	4,62%
Berón de Astrada	1	1,54%
Empedrado	1	1,54%
Itatí	3	4,62%
San Luis del Palmar	3	4,62%
Total	65	100,00%

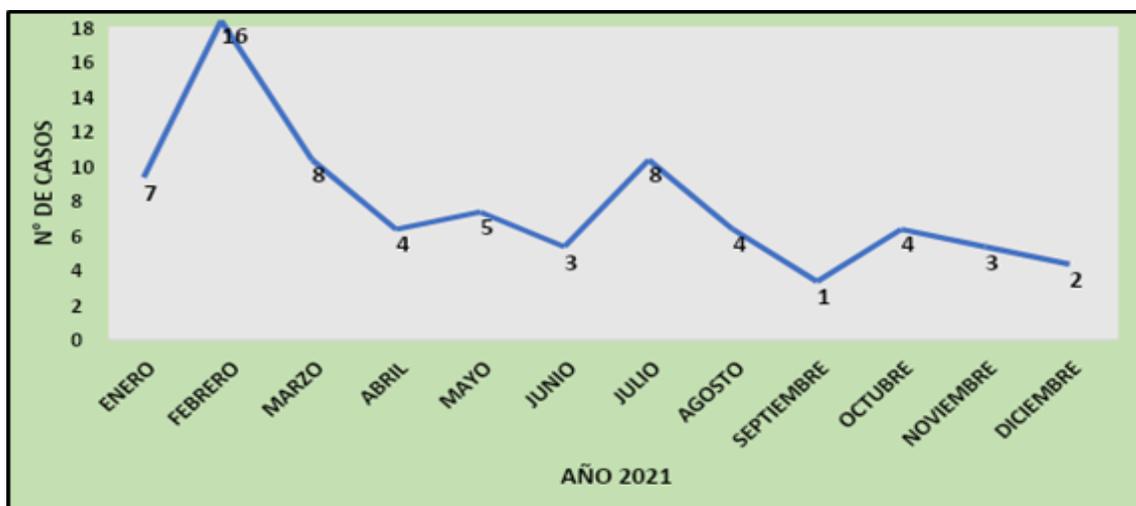
Fuente: Historias Clínicas de embarazadas con sífilis atendidas en un Hospital Materno neonatal de la ciudad de Corrientes, en el periodo de enero a diciembre de 2021.

En relación con la temporalidad del diagnóstico de sífilis en gestantes, se destaca que el mes de febrero registró la cifra más elevada, con un total de 16 casos, lo que equivale al 24.46% del total de la muestra, luego se observa una disminución significativa en marzo, donde la proporción se reduce a la mitad, representando un 12.31% del total.

Estos resultados señalan una concentración notoria de casos en el mes de febrero, sugiriendo la importancia de considerar factores estacionales o eventos específicos que podrían haber contribuido a esta incidencia.

Gráfico 1.

Distribución de los casos de sífilis en gestantes según meses del año (n=65)



Fuente: Historias Clínicas de embarazadas con sífilis atendidas en un Hospital Materno neonatal de la ciudad de Corrientes, en el periodo de enero a diciembre de 2021.

Discusión

Este estudio reveló que la edad promedio de las gestantes con sífilis fue de 25 años, con un rango entre 16 y 35 años. Contrario a la hipótesis inicial de que la mayoría serían adolescentes, los hallazgos indican una distribución más diversa. La media de edad se asemeja a estudios similares, como el de Hailu⁷, donde las gestantes oscilaron entre 18 y 40 años, con una media de 26 años. Este autor vincula el inicio temprano de relaciones sexuales antes de los 18 años con un mayor riesgo de sífilis, enfatizando la edad como un factor de riesgo. La diferencia leve con el trabajo de Guevara⁸, cuya media fue de 20 años, también refleja la variabilidad en la actividad sexual en estas edades. Investigaciones adicionales, como la de Posadas, Misiones, respaldan la relevancia de la edad, mostrando mayores prevalencias entre 15 y 19 años y de 20 a 25 años, destacando el impacto de estas edades en la incidencia de sífilis⁹.

La variabilidad en las edades, en comparación con otros estudios, resalta la importancia de considerar contextos regionales. La mayor prevalencia en grupos específicos, como 15-19

años y 20-25 años, destaca la necesidad de estrategias preventivas adaptadas a diferentes rangos etarios en salud reproductiva.

La observación de que el 83% de las gestantes con sífilis, tenían pareja al momento del diagnóstico, mientras que el 17% no contaban con pareja, sugiere la importancia de considerar la dinámica de la relación de pareja en el contexto de la sífilis durante el embarazo. La presencia de una pareja podría tener implicancias significativas para la transmisión y manejo de la enfermedad. Por ejemplo, podría influir en la comunicación sobre la salud sexual, la búsqueda de atención médica conjunta y la toma de decisiones relacionadas con el tratamiento. Esta información destaca la necesidad de abordar la sífilis en el embarazo no sólo como una cuestión de salud individual, sino también considerando la dimensión interpersonal y social que rodea a la gestante.

En relación a la situación de pareja, en contraste con los hallazgos de investigaciones previas, nuestros resultados revelan una dinámica diferente en cuanto a la situación de pareja de las gestantes con diagnóstico de sífilis. Mientras que el estudio de Tareke ³ identificó mayores probabilidades de infección en mujeres divorciadas, Jacquier ⁹ y su equipo observaron predominantemente gestantes solteras con sífilis, nuestros datos muestran un panorama donde la mayoría de las participantes declararon estar en una relación de pareja estable.

Estas discrepancias sugieren que la relación entre la situación de pareja y la incidencia de sífilis puede variar significativamente entre poblaciones y contextos diversos. Es fundamental considerar los factores socioculturales y económicos específicos que podrían influir en estas diferencias. Además, la variabilidad en los resultados destaca la complejidad de abordar la sífilis en el contexto de las relaciones de pareja, señalando la necesidad de estrategias de prevención y detección adaptadas a las características particulares de cada población.

Es importante destacar que la probabilidad de desarrollar infección materna por sífilis aumenta en gestantes que tienen más de una pareja sexual ¹⁰, la situación de pareja puede ser un indicador de trascendencia social y económica, como lo han señalado diversos autores. La discrepancia en nuestros resultados subraya la importancia de una comprensión contextualizada y multifacética de este factor para desarrollar intervenciones efectivas. Asimismo, invita a investigaciones adicionales que profundicen en los determinantes específicos de la sífilis en el contexto de las relaciones de pareja en nuestra población de estudio.

En cuanto al nivel de instrucción, el 41% de las gestantes alcanzaron el nivel secundario completo, lo que subraya la importancia de la educación secundaria en este grupo. Este dato refleja que la educación secundaria es una prioridad significativa para las mujeres, posicionándose como el nivel de instrucción predominante en la muestra.

Según Dos Santos-Araujo G y Col ⁴ la mayoría de las personas afectadas por la sífilis en América son individuos empobrecidos y marginados, la evidencia científica señala que la baja educación y los bajos ingresos son factores que influyen directamente en la persistencia de esta enfermedad.

En este contexto, los resultados indican que el máximo nivel de instrucción alcanzado por la mayoría de las gestantes con diagnóstico de sífilis es el secundario completo, lo que contrasta con los hallazgos de investigaciones como las de Hailu, K⁷ y Macêdo V ¹¹, quienes reportaron que la mayoría de las gestantes presentaban un nivel de instrucción primario incompleto o ningún acceso a la escolaridad.

En cuanto a los controles prenatales, se identificó que la mayoría de las gestantes realizaron 5 o más visitas, lo que sugiere una frecuencia adecuada de seguimiento durante el embarazo. Estos resultados contrastan con los hallazgos de un estudio realizado en Niterói, Brasil ¹², donde se observó una menor adherencia a los controles prenatales en gestantes con sífilis. En dicho estudio, no se encontró una tendencia significativa de mejora en la atención prenatal, mientras que en nuestra investigación se destaca que la mayoría de las mujeres realizaron un seguimiento más frecuente, lo que podría contribuir a un mejor manejo de la infección.

Según las diferentes zonas programáticas estudiadas en esta investigación, se observó que la mayoría de las gestantes, 41 en total, procedían de la capital correntina, lo cual coincide con otros estudios previos. Los resultados no respaldaron la hipótesis de que “las gestantes con diagnóstico de sífilis procedían mayormente de localidades del interior de Corrientes”, ya que se comprobó que la mayoría provenía de la Ciudad de Corrientes Capital. Este resultado puede explicarse por varios factores, como la mayor concentración de población en la ciudad, una mejor accesibilidad a los servicios de salud, y una mayor cobertura de los programas de prevención y control de la sífilis. Además, este hallazgo se alinea con una tendencia observada en el Noreste de Argentina, donde en los últimos años se ha registrado un aumento en los casos de sífilis, consolidándose esta infección como una preocupación endémica en la región.

Por consiguiente, las estrategias de prevención deben orientarse hacia los municipios con mayor incidencia de sífilis, con el objetivo de optimizar las acciones de salud pública y mejorar las condiciones de vida de la población¹³.

Por otro lado, en estudios que analizaron gestantes provenientes de zonas rurales o selváticas, como en algunas regiones de Brasil ¹⁴, los investigadores coinciden en que, a pesar de que el sistema de salud dispone de centros de atención primaria en áreas críticas y remotas, así como de los recursos económicos necesarios para la detección y tratamiento gratuito de la

sífilis, persisten problemas de adherencia al tratamiento. Esto sugiere que, más allá de la disponibilidad de servicios, la deficiencia radica en la falta de un sistema de captación eficaz que localice y vincule a la población con el seguimiento médico adecuado.

Por último, los resultados de esta investigación mostraron que febrero fue el mes con el mayor número de diagnósticos de sífilis en gestantes, mientras que septiembre presentó la menor cantidad de casos. No fue posible realizar una comparación directa con estudios previos, ya que la mayoría de ellos analizaron periodos más largos en lugar de distribuciones mensuales. Sin embargo, un estudio realizado en Brasil observó un incremento en los casos de sífilis entre abril y junio, lo que permitió identificar una concentración geográfica de los casos en cuatro áreas específicas de la ciudad, facilitando el desarrollo de programas de intervención sanitaria¹³. Estos hallazgos, aunque centrados en diferentes periodos temporales, refuerzan la importancia de considerar tanto la variabilidad temporal como la distribución geográfica para diseñar estrategias de intervención efectivas.

Además, otro estudio sobre la sífilis congénita en el Nordeste de Brasil destacó que las capitales y las regiones metropolitanas tienden a registrar tasas más elevadas de esta enfermedad, en parte debido a la existencia de sistemas de notificación más fiables en comparación con los municipios más pequeños¹⁴. Esto indica que, además de las variaciones temporales, las diferencias en la infraestructura sanitaria y la capacidad de detección influyen significativamente en la distribución de los casos. En consecuencia, es fundamental que las estrategias de salud pública consideren estos factores para mejorar la captación y el acceso de las gestantes al sistema de salud.

Por ende, es crucial que las estrategias de prevención se enfoquen en los municipios con mayor incidencia de sífilis, no solo para optimizar las acciones de salud pública, sino también para asegurar una mejora sustancial en las condiciones de vida de la población^{13,14}.

Reflexiones finales y/o conclusiones

En este estudio se describió la distribución geo temporal y las características sociodemográficas de mujeres embarazadas con sífilis atendidas en un Hospital Materno Neonatal de Corrientes durante el período de enero a diciembre de 2021. Se analizaron 65 historias clínicas y se observó que la mayoría de las gestantes tenía entre 21 y 25 años y una pareja estable.

El nivel de instrucción más frecuente fue el secundario completo, aunque un porcentaje significativo tenía el secundario incompleto. El nivel menos frecuente fue el universitario completo, indicando la necesidad de mejorar el acceso a la educación superior.

La mayoría de las gestantes asistió a cinco o más visitas prenatales, lo que subraya la importancia de investigar la calidad de estos controles para reducir los casos de sífilis. La mayor parte de las mujeres procedía de la capital correntina, con menos casos en localidades del interior, aunque no se analizaron en detalle las características demográficas y socioeconómicas.

Febrero fue el mes con el mayor registro de casos de sífilis en embarazadas, lo que sugiere la necesidad de aumentar la vigilancia y el diagnóstico durante este período. Se recomienda realizar campañas de concientización y educación sobre la sífilis en ese mes para mejorar la detección y el tratamiento oportunos.

Los datos de esta investigación pueden ayudar a formular nuevas estrategias sanitarias para la detección temprana de sífilis y otras enfermedades. Se sugiere incluir en futuras investigaciones la comparación de datos entre diferentes períodos, como los años pre y post pandémicos, y analizar las características socioeconómicas y el acceso a los servicios de salud según las zonas programáticas. Esto enriquecerá los datos obtenidos y mejorará las estrategias de salud pública. Además, se recomienda un enfoque longitudinal para observar tendencias a lo largo del tiempo y ajustar las estrategias según las necesidades emergentes.

Referencias

1. Roldán VA, Berduc A. Programa residencia de infectología. Responsable de la residencia [en línea]. Gob.ar. [citado el 21 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/07/infectologia-programa_de_residencia_2023.pdf
2. Brenes, L. J. G., Quesada, M. V., Chinchilla, K. V. Sífilis congénita: una enfermedad engañosa. Revista Médica Sinergia, 7(06). 2022. [en línea]. [citado el 21 de diciembre de 2023]; Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/846/1622>
3. Tareke K, Munshea A, Nibret E. Seroprevalencia de sífilis y sus factores de riesgo en mujeres embarazadas que asisten a control prenatal en Felege Hiwot Referral Hospital, Bahir Dar, northwest Ethiopia: a cross-sectional study. BMC Research Notes 2019; [citado el 21 de diciembre de 2023];12(1). 12 (69): 1-7. [en línea]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30704517/>
4. Dos Santos-Araujo G, Araújo-Maranhão T, Bezerra-Sousa G, Lais-Silva T, Gonçalves-da Silva I, Nascimento-de Vasconcelos M. Distribución espacio-temporal y factores relacionados con la sífilis congénita en el nordeste brasileño. Enferm Glob [Internet]. 2023. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/524931>

5. Romero, M., Galeano, H, Rott, M., Villalba, E, Maldonado, F. Caracterización de madres y recién nacidos con sífilis congénita, alojados en internación conjunta en una maternidad de la Ciudad de Corrientes, en el período enero a diciembre de 2019. Libro de Artículos Científicos en Salud. Edición 2021 - Facultad de Medicina –Universidad Nacional del Nordeste. [Internet]. Edu.ar. [citado el 21 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://med.unne.edu.ar/wp-content/uploads/2021/10/2021_04.pdf
6. Benítez J, Yépez MA, Hernández-Carrillo M, Martínez DM, Cubides-Munevar Á, Holguín-Ruiz JA, et al. Características sociodemográficas y clínicas de la sífilis gestacional en Cali, 2018. Biomedica [en línea]. 2021[citado el 21 de diciembre de 2023] ;41(Sp. 2):140–52. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/843/84369728013/84369728013.pdf>
7. Hailu K, Gebretsadik A. Determinantes de las infecciones por gonorrea y sífilis entre las mujeres embarazadas que asisten a la clínica prenatal del Hospital de Referencia de la Universidad de Dilla, Etiopía: estudio de casos y controles no coincidente. Women's Health (Lond Engl) [en línea]. 2020 [citado el 21 de diciembre de 2023]; 16:174550652094009. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32628574/>
8. Cuñat-Ladron de Guevara Y, Parra-Castellanos, M, Correa-Iznaga L, López-Bubaire M, Iribar-Tarruella G. Análisis comparativo sobre el comportamiento de sífilis en gestantes del Policlínico Universitario “Emilio Daudinot Bueno”, Guantánamo 2020. Gac Med Est [en línea]. 2020 [citado día mes año]; 1(2):95-103. Disponible en: <https://doaj.org/article/5f41f74d93934897be1c2cd8bc148bdc>
9. Jacquier N, Santos L. dos, Deschutter JD, Duarte B, Rodriguez Fermepin M, Martinelli M, et al. Sífilis en madres adolescentes en la ciudad de Posadas, Provincia de Misiones. Medicina (BAires) [en línea]. 1999 [citado el 21 de diciembre de 2023]; 437–45. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-247906>
10. Lendado TA, Tekle T, Dawit D, Daga WB, Diro CW, Arba MA, et al. Determinantes de la infección por sífilis entre mujeres embarazadas que asisten a la atención prenatal en hospitales de la zona de Wolaita, sur de Etiopía, 2020. PLoS One [en línea]. 2022 [citado el 21 de diciembre de 2023]; 17(6):E0269473. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35657978/>
11. Macêdo VC de, Lira PIC de, Frias PG de, Romaguera LMD, Caires S de FF, Ximenes RA de A. Factores de riesgo de sífilis en mujeres: estudio de casos y controles. Rev Saude Publica [en línea]. 2017 [citado el 21 de diciembre de 2023] 51:78. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28832758/>

12. Heringer AL dos S, Kawa H, Fonseca SC, Brignol SMS, Zarpellon LA, Reis AC. Desigualdades na tendência da sífilis congênita no município de Niterói, Brasil, 2007 a 2016. Rev Panam Salud Publica [en línea]. 2020 ;44:1. [citado el 21 de diciembre de 2023] Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2020.v44/e8/pt>
13. Dos Santos-Araujo G, Araújo-Maranhão T, Bezerra-Sousa G, Lais-Silva T, Gonçalves-da Silva I, Nascimento-de Vasconcelos M. Distribución espacio-temporal y factores relacionados con la sífilis congénita en el nordeste brasileño. Enferm Glob [en línea]. 2023 [citado el 21 de diciembre de 2023] Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/524931>
14. Dantas J da C, Marinho C da SR, Pinheiro YT, Silva RAR da. Tendencia temporal de la sífilis gestacional entre 2008 y 2018 en Brasil: asociación con factores socioeconómicos y de salud. Int J Environ Res Public Health [en línea]. 2022 [citado el 21 de diciembre de 2023]; 19(24):16456. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36554342/>