

REPORTE DE CASO

Medicina

Sífilis gestacional con no adherencia al tratamiento antibiótico pese al seguimiento regular en atención primaria

Nayara De Souza Bernal¹, Zara Escobar Benítez¹

¹Carrera de Medicina, Facultad de la Universidad del Norte en Pedro Juan Caballero, Paraguay.

Enviado: 15 de diciembre de 2023

Aceptado: 26 de junio de 2024

Publicado: 14 de marzo de 2025

DOI: [10.5281/zenodo.21921190](https://doi.org/10.5281/zenodo.21921190)



Licencia Creative Commons Atribución 4.0
Internacional (CC-BY)

RESUMEN

Objetivo: Reportar el caso clínico de una sífilis gestacional diagnosticada en el segundo control prenatal en un servicio de atención primaria, en una paciente que no completó el tratamiento antibiótico indicado pese a asistir regularmente a sus controles. **Métodos:** Se presenta el caso de una embarazada primigesta de 19 años, sin antecedentes personales relevantes, captada para control prenatal a las 17 semanas de gestación en la Unidad de Salud de la Familia (USF) Cafetal Guaraní de Salto del Guairá, en quien se detectó VDRL positivo en el segundo control, a las 32 semanas. **Resultados:** Se indicó tratamiento con penicilina G benzatínica (2 400 000 UI semanales por 3 semanas) con orientación sobre la reacción de Jarisch-Herxheimer, pero la paciente no se aplicó la medicación. En el tercer control, a las 34 semanas y 3 días, con VDRL nuevamente positivo, se reorientó el mismo esquema, que tampoco se completó; la paciente permaneció sin tratamiento antibiótico hasta las 39 semanas, cuando fue remitida al centro hospitalario con sífilis probablemente latente ante el parto inminente. El recién nacido presentó VDRL reactiva al nacer; madre e hijo fueron dados de alta tras completar tratamiento y continúan en seguimiento por el servicio de epidemiología, con apoyo psicológico para la pareja. **Conclusión:** Este caso ilustra que la detección oportuna de la sífilis gestacional en el primer nivel de atención no garantiza por sí sola un desenlace favorable si no se aborda activamente la no adherencia al tratamiento, y

Autor correspondiente: Zara Escobar Benítez. Carrera de Medicina, Facultad de la Universidad del Norte en Pedro Juan Caballero, Paraguay
Correo electrónico: zara.escobar.105@docentes.uninorte.edu.py

Financiación: Este artículo fue presentado para la Convocatoria 2023 del Programa de Iniciación Científica e Incentivo a la Investigación (PRICILA) de la Universidad del Norte (ARTI-23-041-PJC-MED). Los fondos para PRICILA fueron provistos por el Banco SUDAMERIS y el Rectorado de la Universidad del Norte.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales, profesionales, institucionales ni de otra índole relacionados con este trabajo.

subraya la necesidad de estrategias de intervención centradas en la relación médico-paciente y en el contexto individual de cada gestante.

Palabras clave: sífilis gestacional, atención primaria de salud, sífilis congénita, cumplimiento y adherencia al tratamiento, penicilina G benzatínica, reporte de caso

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad infecciosa bacteriana crónica, exclusiva del ser humano, causada por *Treponema pallidum*, que se transmite por vía sexual y verticalmente, a través de la placenta, de la madre al feto. La infección congénita puede ocasionar malformaciones, restricción del crecimiento, daño del sistema nervioso central y compromiso multiorgánico del recién nacido, incluido el deterioro oftalmológico, óseo, auditivo y neurológico (1,2).

La falta de tratamiento de la sífilis materna se ha asociado a un riesgo de transmisión fetal de entre el 80 % y el 100 %, que aumenta cuanto más temprana es la infección y mayor su virulencia, con desenlaces que incluyen el aborto espontáneo, la muerte fetal o neonatal, la prematuridad y el daño orgánico grave del feto. Por el contrario, la detección y el tratamiento oportunos con penicilina reducen la incidencia de sífilis congénita clínica en un 97 %, la muerte fetal en un 82 %, el parto prematuro en un 64 % y la mortalidad neonatal en un 80 % (3,4).

En Paraguay, la sífilis continúa siendo un problema de salud pública relevante: en 2020 se registraron 6641 personas con diagnóstico de sífilis o antecedente de haberla padecido, de las cuales el 59 % correspondió a mujeres, proporción que podría explicarse por una mayor utilización de los servicios de salud durante y fuera del embarazo. El tratamiento efectivo alcanzó solo al 70 % de las embarazadas que acuden a los servicios de salud, y al 17 % de sus parejas (5).

La incidencia de sífilis congénita en el país se ha estimado en 8,3 por cada 1000 nacidos vivos, muy por encima del 1 % establecido como indicador de impacto en el Plan de Acción de la Organización Panamericana de la Salud para la eliminación de la sífilis congénita, en concordancia con las normas nacionales vigentes para el tratamiento de la sífilis en el embarazo y en la pareja (6). Esta situación no es exclusiva de Paraguay: la región de América Latina y el Caribe enfrenta, en su conjunto,

brechas persistentes en los sistemas de salud y determinantes sociales que dificultan alcanzar las metas de eliminación de la transmisión materno-infantil, pese al compromiso político declarado por la mayoría de los países (7,8).

Una de las brechas menos reconocidas en el control de la sífilis congénita es el tratamiento incompleto de la pareja, que puede favorecer la reinfección materna incluso cuando la gestante completa su propio esquema terapéutico. La penicilina benzatínica continúa siendo el tratamiento de elección durante el embarazo, sin que ningún fármaco alternativo haya demostrado una eficacia comparable, aunque su implementación efectiva enfrenta desafíos operativos y de adherencia que persisten a nivel global (9,10,11). Se presenta el caso de una gestante joven con sífilis diagnosticada en su segundo control prenatal en la USF Cafetal Guaraní de Salto del Guairá, que no completó el tratamiento indicado pese al seguimiento regular en atención primaria, con el objetivo de ilustrar los desafíos de la adherencia terapéutica en este contexto.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se describe el caso de una embarazada nulípara y primigesta de 19 años (G0, partos vaginales 0, abortos 0, cesáreas 0), alfabetizada con secundaria completa, soltera, sin antecedentes personales relevantes y con antecedente familiar de diabetes e hipertensión arterial. Su embarazo no fue planificado, sin uso previo de método anticonceptivo, con fecha de última menstruación del 11 de octubre de 2022. Fue captada para control prenatal a las 17 semanas de edad gestacional en la USF Cafetal Guaraní de Salto del Guairá, con un peso de 61 kg y presión arterial de 110/60 mmHg. En esa primera consulta se indicaron los estudios complementarios correspondientes al primer trimestre de gestación, interconsultas multidisciplinarias, y se inició suplementación con antianémico y ácido fólico.

RESULTADOS

En su segunda consulta, con una edad gestacional de 32 semanas, la paciente presentaba una ganancia de 10 kg de peso desde el control anterior, presión arterial de 100/70 mmHg, altura uterina de 28 cm, presentación cefálica, frecuencia cardíaca fetal de 135 latidos por minuto y movimiento fetal presente. Los estudios de laboratorio mostraron grupo sanguíneo A positivo, hemoglobina de 11,5 g/dl, serología IgG positiva e IgM negativa para toxoplasmosis, serología negativa para Chagas, bacteriuria normal, glucemia en ayunas de 70 mg/dl, serología negativa para VIH, prueba de TARV negativa y VDRL positivo. Se solicitaron nuevos laboratorios y una ecografía abdominal, y se indicó tratamiento con penicilina G benzatínica en dosis de 2 400 000 UI semanales durante 3 semanas, orientando a la paciente sobre la posible reacción de Jarisch-Herxheimer y sus implicancias para el feto, con indicación de retorno al finalizar el tratamiento.

En su tercera consulta, con 34 semanas y 3 días de edad gestacional, la paciente pesaba 73 kg, con presión arterial de 90/60 mmHg, altura uterina de 29 cm, presentación cefálica, frecuencia cardíaca fetal de 144 latidos por minuto y movimiento fetal presente. Los laboratorios mostraron hemoglobina de 13 g/dl, glucemia en ayunas de 80 mg/dl, serología negativa para VIH y VDRL nuevamente positivo. La paciente refirió no haberse aplicado la medicación indicada en la consulta anterior, por lo que se reorientó el mismo esquema de penicilina G benzatínica. Sin embargo, permaneció sin tratamiento antibiótico hasta las 39 semanas de gestación, momento en el que fue remitida al centro hospitalario con diagnóstico de probable sífilis latente para su manejo ante el parto inminente.

El recién nacido presentó VDRL reactiva al nacer. Tanto la madre como el hijo completaron tratamiento y fueron dados de alta médica, y actualmente se encuentran en seguimiento por el departamento de epidemiología, con apoyo psicológico brindado a la pareja.

DISCUSIÓN

La Organización Mundial de la Salud sitúa los límites de la adolescencia entre los 10 y los 19 años, y la actividad sexual precoz en este grupo etario expone a un mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual, con consecuencias psicológicas, sociales, económicas y familiares asociadas al embarazo temprano; la paciente de este

caso, con 19 años al momento del diagnóstico, se ubica en el límite superior de este rango (12).

El diagnóstico de sífilis gestacional en este caso se realizó en el segundo control prenatal, lo que refleja un funcionamiento adecuado del tamizaje serológico en atención primaria; sin embargo, la eficacia de estos programas depende no solo de la disponibilidad de pruebas de laboratorio, sino también de la integración efectiva del tamizaje de infecciones de transmisión sexual dentro de la rutina del control prenatal y de la capacidad del sistema de salud para garantizar la continuidad del tratamiento una vez detectada la infección (13).

El desenlace observado en este caso —un recién nacido con VDRL reactiva pese al diagnóstico oportuno de la infección materna— contrasta con la reducción sustancial del riesgo de sífilis congénita, muerte fetal, parto prematuro y mortalidad neonatal que se ha demostrado con el tratamiento penicilínico oportuno y completo, lo que subraya que el diagnóstico temprano por sí solo es insuficiente si no se acompaña de la administración efectiva del tratamiento indicado (4).

La penicilina benzatínica continúa siendo el tratamiento de elección durante el embarazo. En los casos en que la paciente refiere alergia a la penicilina, la evaluación clínica cuidadosa del riesgo de reacción y, cuando corresponde, la desensibilización supervisada permiten mantener este esquema como primera línea incluso en esas circunstancias, dado que ningún fármaco alternativo ha demostrado una eficacia comparable (14,15). Esta consideración no aplicó directamente en este caso, en el que la interrupción del tratamiento no se debió a una reacción alérgica sino a la no aplicación de la medicación indicada.

La no adherencia al tratamiento antibiótico observada en esta paciente —pese a la orientación explícita recibida en dos consultas sucesivas sobre el esquema terapéutico y sus riesgos— es consistente con lo descrito en estudios que identifican factores psicosociales, socioeconómicos y clínicos como determinantes de la adherencia al tratamiento de la sífilis gestacional, más allá de la sola disponibilidad del recurso terapéutico en el servicio de salud (16). Esto refuerza la necesidad de un abordaje individualizado que indague activamente las barreras específicas de cada gestante para completar el tratamiento indicado, en lugar de asumir que la orientación verbal es suficiente para garantizar su cumplimiento.

El seguimiento posterior de la madre y del recién nacido con VDRL reactiva por parte del departamento de epidemiología, con apoyo psicológico para la pareja, es coherente con la recomendación de mantener un seguimiento estructurado de los niños expuestos o infectados por sífilis durante el embarazo, dado que la adherencia de los cuidadores a los controles posteriores al alta constituye, en sí misma, un desafío adicional que puede comprometer la detección temprana de complicaciones tardías (17).

Este reporte tiene las limitaciones inherentes a la descripción de un caso único, que no permite establecer conclusiones generalizables sobre los determinantes de la no adherencia al tratamiento de la sífilis gestacional en el primer nivel de atención paraguayo. Tampoco fue posible, a partir del registro clínico disponible, identificar con precisión los factores específicos —psicosociales, económicos o vinculados a la relación médico-paciente— que llevaron a la paciente a no aplicarse la medicación en dos oportunidades sucesivas. En conclusión, este caso confirma que la detección oportuna de la sífilis gestacional en atención primaria no garantiza por sí sola un desenlace neonatal favorable, y resalta la importancia de fortalecer la relación médico-paciente, la comunicación y el abordaje individualizado y multidisciplinario como estrategias complementarias e indispensables al tamizaje y al tratamiento farmacológico.

REFERENCIAS

- Lumbiganon P, Piaggio G, Villar J, Pinol A, Bakketeig L, Bergsjo P, et al. The epidemiology of syphilis in pregnancy. *Int J STD AIDS*. 2002;13(7):486-494. <https://doi.org/10.1258/09564620260079653>
- Hollier LM, Harstad TW, Sanchez PJ, Twickler DM, Wendel GD Jr. Fetal syphilis: clinical and laboratory characteristics. *Obstet Gynecol*. 2001;97(6):947-953. [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(01\)01367-9](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(01)01367-9)
- Sheffield JS, Sanchez PJ, Morris G, Maberry M, Zeray F, McIntire DD, et al. Congenital syphilis after maternal treatment for syphilis during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186(3):569-573. <https://doi.org/10.1067/mob.2002.121541>
- Blencowe H, Cousens S, Kamb M, Berman S, Lawn JE. Lives Saved Tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. *BMC Public Health*. 2011;11(Suppl 3):S9. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-S3-S9>
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Programa Nacional de Control del VIH/Sida/ITS. Informe epidemiológico de la sífilis, Paraguay 2020. Asunción: MSPBS; 2020.
- Normas para el tratamiento de la sífilis en embarazadas, su pareja incluyendo a los niños/as con sífilis congénita en los servicios de salud. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Instituto de Medicina Tropical.
- Nuche-Berenguer B, Mena M, Sereno L, Alonso M. Policies towards elimination of congenital syphilis in Latin America and the Caribbean: a regional review. *Rev Panam Salud Publica*. 2026;50:e12. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2026.12>
- Taylor MM, Tohme RA, McDonald R, Montandon M. Progress towards the elimination of vertical transmission of HIV, syphilis and hepatitis B in 21 high-burden countries. *J Int AIDS Soc*. 2026. <https://doi.org/10.1002/jia2.70091>
- Fernandes MD, Menezes RC, Almeida IBC, Fernandes CD, Ferreira IBB, Andrade BB. The neglected role of partner treatment in congenital syphilis control in Brazil: nationwide evidence from 2007 to 2023. *Lancet Reg Health Am*. 2026. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2026.101434>
- Salomé S, Tzialla C. Treatment of Syphilis in Pregnancy and Congenital Syphilis: Current Evidence, Challenges, and Future Directions. *Antibiotics (Basel)*. 2026;15(3):305. <https://doi.org/10.3390/antibiotics15030305>
- Desjardins AA, Amaral E, Miranda J, Pasupathy D, Martins ML, Buga E, et al. Syphilis in pregnancy: A practical guide for prenatal care providers. *Int J Gynaecol Obstet*. 2025. <https://doi.org/10.1002/ijgo.70511>
- Organización Mundial de la Salud. La salud de los jóvenes: un reto y una esperanza. Ginebra: OMS; 1995.
- Martin K, Mackworth-Young CRS, Dauya E, Nyamwanza R, Dziva Chikwari C, Tshuma M, et al. Integrating point-of-care screening for curable sexually transmitted infections with HIV, syphilis and hepatitis B screening in antenatal care services in Zimbabwe: a mixed-methods process evaluation. *BMJ Glob Health*. 2025. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2025-019820>
- Gehlen B, Feodrippe A, Garcia JFB, Aun MV, Kalil J, Giavina-Bianchi P. Effectiveness and safety of algorithm for treating pregnant women with syphilis and history of immediate allergy to penicillin. *J Allergy Clin Immunol Glob*. 2025. <https://doi.org/10.1016/j.jacig.2025.100572>
- Yan A, Koo G, Allocco C, Phillips EJ, Stone CA. A call to action for penicillin allergy delabeling in patients with syphilis. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2025. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2025.08.008>
- Fantinelli AA, Lodi MA, Kolbe CA, Karl IS, Viola TW. Adherence to the treatment of gestational syphilis: influence of psychosocial, socioeconomic, and clinical

factors. J Pediatr (Rio J). 2026.

<https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2026.101566>

17. Sampaio MG, Hofer CB. Caregiver adherence to outpatient follow-up of children infected with or exposed to syphilis during pregnancy. J Pediatr (Rio J). 2026. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2025.101493>