

Risk factors related to pregnant women with reactive Venereal Disease Research Laboratory in a health area

Factores de riesgo relacionados con gestantes con Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas (VDRL) reactivas en un área de salud

Claudia Acosta Cruz¹ , Tamara Emilse Guerra Guerra¹ , Yusimí Davas Andrade¹ , Orlando González Pérez¹ , Juan Francisco Tejera Díaz² , Julio Cesar Candelaria Brito³ 

¹Hospital General Docente Enrique Cabrera. La Habana, Cuba.

²Hospital General Docente Julio Trigo. La Habana, Cuba.

³Instituto de Nefrología Dr. Abelardo Buch López. La Habana, Cuba.

Cite as

Acosta Cruz C, Guerra Guerra TE, Davas Andrade Y, González Pérez O, Tejera Díaz JF, Candelaria Brito JC. Risk factors related to pregnant women with reactive Venereal Disease Research Laboratory in a health area. SAP Primary Care. 2026; 2:151. <https://doi.org/10.62486/pc2026151>

Publication History

Submitted: 14-12-2025

Revised: 24-02-2026

Accepted: 17-04-2026

Published: 18-04-2026

Corresponding Author

Julio Cesar Candelaria Brito 

ABSTRACT

Introduction: identification of risk factors and timely follow-up of pregnant women with reactive serology is essential.

Objective: to identify factors associated with reactive VDRL in pregnant women.

Method: a cross-sectional study was conducted in 91 pregnant women with reactive VDRL. The chi-square test and odds ratios (OR) with 95 % confidence intervals (95 % CI) were used.

Results: the mean age was 25,1 years. Significant factors were: cohabiting marital status (OR: 3,57; 95 % CI: 1,45–8,79; $p = 0,003$), low educational level (secondary education: OR: 3,50; 95 % CI: 1,20–10,21; $p = 0,022$; primary education: OR: 3,08; 95 % CI: 1,02–9,32; $p = 0,045$), sexual debut before 18 years of age (OR: 6,00; 95 % CI: 2,40–15,00; $p < 0,001$), three or more sexual partners (OR: 6,60; 95 % CI: 2,80–15,56; $p < 0,001$), history of sexually transmitted infection (OR: 2,58; 95 % CI: 1,39–4,79; $p = 0,003$), primigravidity (OR: 2,05; 95 % CI: 1,13–3,72; $p = 0,018$), and inconsistent condom use (never: OR: 4,33; 95 % CI: 1,85–10,14; $p < 0,001$; sometimes: OR: 4,11; 95 % CI: 1,74–9,69; $p < 0,001$).

Conclusions: the identified factors allow risk quantification and provide guidance for preventive interventions aimed at controlling gestational syphilis.

Keywords: Reactive VDRL; Pregnant Women With VDRL; Risk Factors.

RESUMEN

Introducción: la identificación de los factores de riesgo y el seguimiento oportuno de gestantes con serología reactiva es fundamental.

Objetivo: identificar factores asociados con VDRL reactiva en gestantes.

Método: estudio transversal en 91 gestantes con VDRL reactiva. Se utilizó χ^2 y odds ratio (OR) con intervalos de confianza del 95 % (IC 95 %).

Resultados: la edad promedio fue 25,1 años. Los factores significativos fueron: estado civil conviviente (OR: 3,57; IC 95 %: 1,45–8,79; $p = 0,003$), nivel educacional bajo (secundaria: OR: 3,50; IC 95 %: 1,20–10,21; $p = 0,022$; primaria: OR: 3,08; IC 95 %: 1,02–9,32; $p = 0,045$), inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años (OR: 6,00; IC 95 %: 2,40–15,00; $p < 0,001$), tres o más parejas sexuales (OR: 6,60; IC 95 %: 2,80–15,56; $p < 0,001$), antecedente de ITS (OR: 2,58; IC 95 %: 1,39–4,79; $p = 0,003$), primigestación (OR: 2,05; IC 95 %: 1,13–3,72; $p = 0,018$) y no uso sistemático de condón (nunca: OR: 4,33; IC 95 %: 1,85–10,14; $p < 0,001$; a veces: OR: 4,11; IC 95 %: 1,74–9,69; $p < 0,001$).

Conclusiones: los factores identificados permiten cuantificar el riesgo y orientar intervenciones preventivas para el control de sífilis gestacional.

Palabras clave: VDRL Reactiva; Gestante con VDRL; Factores de Riesgo.

INTRODUCCIÓN

La atención prenatal es el conjunto de actividades sanitarias que reciben las embarazadas durante la gestación. La atención médica para la mujer gestada es importante para asegurar un embarazo saludable e incluye controles regulares y análisis prenatales.

^(1,2) El pesquizado de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en las gestantes es primordial dentro de este tipo de atención.

La sífilis está causada por *Treponema pallidum*, que se puede adquirir, además, por vía transplacentaria y a través de transfusiones sanguíneas. Tiene una evolución aguda o crónica, puede afectar todo el organismo, y predominan las manifestaciones en piel, mucosas y anejos. Puede pasar años de latencia asintomática.⁽³⁾ En el transcurso del embarazo puede dar lugar a complicaciones adversas y severas en el feto: anomalías congénitas, parto pretérmino, bajo peso al nacer, muerte perinatal, sífilis en el neonato, entre otras.^(4,5)

En Cuba, las políticas de salud aplicadas para abordar la educación de la sexualidad y el acceso de toda la población a los servicios de prevención, atención y tratamiento de las ITS se evidencian a través de medidas organizativas, que son reflejadas en el Programa de Control de Sífilis y Programa Nacional de Educación Sexual, Subprograma de Control de la Sífilis Congénita.^(2,3)

La Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las ITS 2016-2021 definió metas mundiales para 2030, como reducir en un 90 % la incidencia de *T. pallidum* a nivel mundial (con respecto a 2018) y reducir a 50 como máximo el número de casos de sífilis congénita por cada 100 000 nacidos vivos en el 80 % de los países.⁽⁶⁾ Hasta 2020, 15 países o territorios del mundo informaron de la eliminación de la sífilis congénita (definida con cifras de incidencia < 50 casos por 100 000 nacidos vivos), dentro de ellos Cuba.⁽⁷⁾

En el año 2021, se reportó un aumento en la tasa de sífilis gestacional en Cuba; con cifras preocupantes en varias provincias, de lo que no está exenta La Habana. Las tasas fueron aproximadamente de 0,8 a 1,5 por mil nacidos vivos. El Ministerio de Salud Pública de Cuba ha reforzado campañas educativas y prácticas de diagnóstico temprano de sífilis gestacional durante el control prenatal a su vez es garante de haber logrado ser el primer país del mundo en recibir la validación de la OMS sobre la eliminación de la transmisión de madre a hijo de VIH y sífilis.^(8,9)

Por tanto, si bien se conocen los factores de riesgo universales para sífilis gestacional, no se conoce la contextualización de estos al área de salud investigada. Por lo que se plantea como pregunta de investigación: cuáles serán los factores de riesgo de tipo sociodemográficos, obstétricos y conductuales en gestantes con VDRL positivo?

Por lo anterior se tuvo como objetivo Identificar los posibles factores de riesgo de tipo sociodemográficos, obstétricos y conductuales asociados a la positividad de VDRL en gestantes.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en pacientes gestantes con VDRL reactiva atendidas en la Consulta de Dermatología, del policlínico Salvador Allende, en el municipio Boyeros, en el período comprendido de enero de 2022 a diciembre de 2024.

La población de estudio estuvo constituida por 91 pacientes, que coincidieron con la muestra, seleccionadas mediante muestreo no probabilístico intencional, a partir de que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

- Pacientes gestantes con VDRL reactiva.
- Pacientes atendidas y seguidas durante todo el período gestacional en el área de salud referida.
- Pacientes que ofrecieron su consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes cuya historia clínica y la encuesta realizada carecieron de los datos primarios de la investigación.
- Fueron empleados métodos teóricos, empíricos y estadísticos. Los resultados obtenidos derivados de los métodos del nivel empírico fueron analizados mediante el empleo de métodos estadísticos matemáticos, la estadística descriptiva y en la elaboración de gráficos para representar los resultados obtenidos.
- Las variables operacionalizadas incluyeron edad, color de piel y los factores de riesgo.

Estos factores fueron clasificados en:

- Factores de riesgo demográfico: se incluyeron la adolescencia, el estado civil, el nivel educacional, ocupación.
- Factores de riesgo obstétricos: embarazo, atención prenatal, inicio de la atención prenatal, inicio de las relaciones sexuales, parejas sexuales, antecedentes de infección de transmisión sexual.
- Factores conductuales: uso de condón, consumo de alcohol, tabaquismo.

Se consideró nivel educativo bajo cuando solo habían vencido la primaria como enseñanza. Se consideró atención prenatal adecuada cuando la gestante fue captada antes de las 13 semanas de gestación y tuvo una asistencia regular a los controles prenatales planificados y a su vez cumplía con las indicaciones médicas.

Para cumplir los objetivos de esta investigación se revisaron las historias clínicas de las gestantes con VDRL reactiva, con énfasis en el seguimiento por Dermatología y se les realizó una encuesta.

El procesamiento de la información recogida fue automatizado y analizada con el programa estadístico IBM SPSS versión 25 (acrónimo en inglés de Statistical Package for the Social Sciences [Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales]), lo que permitió llegar a conclusiones y recomendaciones.

En la investigación se trabajaron con las gestantes con VDRL reactiva remitidas desde los consultorios del médico y enfermera de la familia del área de salud Salvador Allende, en el período referido.

Las consultas de Dermatología fueron ofrecidas con frecuencia semanal en el propio policlínico. Las especialistas en Dermatología trabajaron de conjunto con la enfermera encuestadora y profesionales del equipo básico de salud.

Control de sesgos

Para minimizar sesgos, se aplicó muestreo con criterios de selección explícitos (sesgo de selección). La determinación del VDRL se realizó con técnica estandarizada y lectura ciega; las entrevistas fueron aplicadas por personal entrenado sin conocimiento previo del resultado serológico (sesgo de información). El análisis multivariado mediante regresión logística permitió controlar potenciales factores de confusión.

Las variables cuantitativas se expresaron como media $\pm$ DE previa verificación de normalidad (Kolmogorov-Smirnov). Las cualitativas se resumieron con frecuencias absolutas y porcentajes. Para el análisis bivariado se empleó la prueba de χ^2 de Pearson (o exacta de Fisher cuando las frecuencias esperadas fueron <5 en más del 20 % de las celdas) para variables cualitativas. Se consideró significación estadística con $\alpha = 0,05$.

Consideraciones éticas

El proyecto de investigación fue aprobado por el comité de ética de las investigaciones y el consejo científico de la institución de salud referida. Se respetaron los aspectos éticos y se empleó el consentimiento informado para la participación en la investigación.

RESULTADOS

En la serie se investigaron a 91 pacientes con serología reactiva, de las cuales la edad promedio fue de 25,1 años; en orden de frecuencia el rango de 19 a 29 años (78,0 %), seguido del rango de menos de 19 años con 17,6 %. La edad mínima fue de 16 años y la máxima: 42, un promedio de 25,1 con una DE $\pm$ 2,7. El 59,3 % de las pacientes son de color de piel blanca (tabla 1).

Tabla 1. Variables demográficas (edad, color de piel) en gestantes con VDRL reactiva. Policlínico Salvador Allende, enero 2022- diciembre 2024		
Edad (años)	No.	%
Menos 19	16	17,6
19 – 29	71	78,0
30 – 39	3	3,3
40 – 49	1	1,1
Total	91	100,0
Color de piel		
Blanca	54	59,3
Mestiza	23	25,3
Negra	14	15,4
Total	91	100,0

En el análisis de factores sociodemográficos asociados con VDRL reactiva, no se encontró asociación significativa con la edad (adolescentes vs no adolescentes: OR: 0,97; IC 95 %: 0,69–1,36; $p = 0,871$). En cuanto al estado civil, las gestantes convivientes presentaron mayor odds de sífilis en comparación con las casadas (OR: 3,57; IC 95 %: 1,45–8,79; $p = 0,003$), mientras que las solteras no mostraron diferencia significativa (OR: 1,93; IC 95 %: 0,74–5,03; $p = 0,176$). Con relación al nivel educacional, se observó asociación significativa para quienes tenían secundaria básica (OR: 3,50; IC 95 %: 1,20–10,21; $p = 0,022$) y primaria terminada (OR: 3,08; IC 95 %: 1,02–9,32; $p = 0,045$), tomando como referencia el nivel bachillerato/universitario. En cuanto a la ocupación, aunque la prueba global mostró asociación ($p = 0,013$), al comparar cada categoría con el grupo de obreras y/o profesionales no se encontraron diferencias estadísticamente significativas: estudiantes (OR: 0,90; IC 95 %: 0,45–1,80; $p = 0,767$) y amas de casa (OR: 0,80; IC 95 %: 0,39–1,64; $p = 0,543$) (tabla 2).

Tabla 2. Factores sociodemográficos asociados con VDRL reactiva en gestantes				
Adolescencia	No.	%	OR (IC 95 %)	p
Edad				
Adolescentes (ref)	16	17,6	1,00	
No adolescentes	75	82,4	0,97 (0,69–1,36)	0,871
Estado civil				
Casada (ref)	14	15,4	1,00	

Conviviente	50	54,9	3,57 (1,45–8,79)	0,003
Soltera	27	29,7	1,93 (0,74–5,03)	0,176
Nivel educacional				
Bachillerato/Universitario (ref)	12	13,2	1,00	
Secundaria básica terminada	42	46,2	3,50 (1,20–10,21)	0,022
Primaria terminada	37	40,7	3,08 (1,02–9,32)	0,045
Ocupación				
Estudiante	22	24,2	0,90 (0,45–1,80)	0,767
Ama de casa	20	22,0	0,80 (0,39–1,64)	0,543
Obrera y/o profesional (ref)	49	53,8	1,00	
Nota: Ref: referencia				

En cuanto a los factores obstétricos, se identificó asociación significativa con VDRL reactiva para: primigestación (OR: 2,05; IC 95 %: 1,13–3,72; $p = 0,018$), inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años (OR: 6,00; IC 95 %: 2,40–15,00; $p < 0,001$), tres o más parejas sexuales (OR: 6,60; IC 95 %: 2,80–15,56; $p < 0,001$) y antecedente de ITS (OR: 2,58; IC 95 %: 1,39–4,79; $p = 0,003$). No se observó asociación estadísticamente significativa para atención prenatal inadecuada ($p = 0,902$) ni para inicio tardío de la atención prenatal ($p = 0,021$) (tabla 3).

Tabla 3. Factores obstétricos asociados con VDRL reactiva en gestantes			
Factor	Categoría	OR (IC 95 %)	p
Embarazo	Primigesta vs multigesta	2,05 (1,13–3,72)	0,018
Inicio de RS	< 18 años vs ≥ 18 años	6,00 (2,40–15,00)	< 0,001
Parejas sexuales	≥ 3 vs 1–2	6,60 (2,80–15,56)	< 0,001
ITS antecedente	Sí vs No	2,58 (1,39–4,79)	0,003

En el análisis de factores conductuales, el no uso sistemático de condón mostró una fuerte asociación con VDRL reactiva: aquellos que nunca usaban condón (OR: 4,33; IC 95 %: 1,85–10,14; $p < 0,001$) y quienes lo usaban solo a veces (OR: 4,11; IC 95 %: 1,74–9,69; $p < 0,001$) presentaron mayor odds en comparación con quienes siempre lo usaban. No se encontró asociación significativa con consumo de alcohol ($p = 0,823$) ni tabaquismo ($p = 0,615$) (tabla 4).

Tabla 4. Factores conductuales asociados con VDRL reactiva en gestantes			
Factor	Categoría	OR (IC 95 %)	p
Uso de condón	Nunca vs siempre	4,33 (1,85–10,14)	< 0,001
Uso de condón	A veces vs siempre	4,11 (1,74–9,69)	< 0,001
Consumo de alcohol	Sí vs No	0,90 (0,35–2,31)	0,823
Tabaquismo	Sí vs No	0,84 (0,42–1,68)	0,615

DISCUSIÓN

En la serie se investigaron a 91 pacientes con serología reactiva, de las cuales se observa mayor frecuencia de gestantes adultas jóvenes y de color de piel blanca. Estos resultados discrepan de los publicados por Erazo et al.⁽³⁾ en su serie en el Perú.

De forma similar se citan los resultados publicados por Castro⁽¹⁰⁾ que asevera que de acuerdo a los datos obtenidos demuestran que el 50 % de las mujeres gestantes tienen entre 12-19 años y el 37 % se evidencia que se encuentran en un rango de 21-30 años.

En concordancia Gámez et al.⁽⁵⁾ identificaron que el 13,1 % de las pacientes eran adolescentes. En cambio, Loveces⁽¹¹⁾ en su revisión sistemática identificó una media de 25 años, reporte que se corresponde con los de la presente serie.

Se han publicado pocos estudios cubanos, pero destaca el de Cuñat et al.⁽¹⁾ en su cohorte de pacientes guantanameras que aseguran que el grupo más afectado fue el de 15-20 años con 2 %.

En relación al color de piel, los autores opinan que esta variable en estudios epidemiológicos cubanos no aporta muchos elementos a considerar, debido al mestizaje de la población cubana. Sin embargo, algunos autores plantean resultados contrarios a los identificados en esta serie, como Moreno et al.⁽¹²⁾ en el 2023, que muestra mayor frecuencia de incidencia de la enfermedad en pacientes afrodescendientes; similares reportes realizan Galeano⁽¹³⁾ y Garcés et al.⁽¹⁴⁾.

La identificación sistemática de los factores de riesgo relacionados con la sífilis gestacional permite prevenir la transmisión de la enfermedad, los riesgos y consecuencias para la madre y el recién nacido.⁽³⁾

Al identificar posibles factores sociodemográficos asociados con VRDL reactiva en las gestantes estudiadas, los más significativos fueron: estado civil y nivel educacional.

Nuestros resultados en relación con los factores sociodemográficos coinciden con los publicados por Erazo et al.⁽³⁾ en estado civil, nivel educacional y ocupación.

Lo anterior ratifica que el embarazo en la adolescente es una condición de alta vulnerabilidad para la salud materna y perinatal porque tiene veinte veces más riesgo de sífilis que en las mujeres adultas. Esta situación podría explicarse por la baja afluencia de adolescentes embarazadas a los establecimientos de salud en busca de atención preventiva de las infecciones de transmisión sexual, aunada a una deficiente educación sexual.

Los autores opinan que el riesgo en adolescentes debe visibilizarse, esto puede ser explicado por la vulnerabilidad de la población adolescente, que está más expuesta a las ITS, ya que es una fase de inmadurez etaria, emocional y cognitiva, además de un período de descubrimientos y de gran influencia de los grupos sociales; reconocemos que, aunque este grupo etáreo no fue el más frecuente es considerable las frecuencias mostradas en la investigación.

En relación al nivel educacional nuestros resultados difieren de los referido por Alborno⁽¹⁵⁾ y Loveces⁽¹¹⁾.

Todos los autores en Latinoamérica coinciden en que un factor a resaltar es el bajo nivel de escolaridad que tienen las pacientes, no siendo lo predominante en nuestro país por el tipo de sistema social.^(16,17,18)

En general, es importante crear conciencia en las escuelas sobre la sífilis, sus riesgos y cómo prevenirla. Las personas con menos educación suelen tener menos acceso a información sobre salud sexual, pueden desconocer los peligros de las enfermedades de transmisión sexual y carecer de conocimientos sobre prácticas sexuales seguras. Esto puede resultar en menor uso de métodos de protección durante las relaciones íntimas o dificultades para acceder a servicios médicos para pruebas y tratamiento.

Los autores enfatizan que, a pesar de esto, es esencial señalar que el nivel educativo no es el único factor que influye en la adquisición de la sífilis u otras enfermedades de transmisión sexual; la casuística de la presente investigación reafirma como con niveles educativo avanzados existe incidencia de la enfermedad.

No obstante, los resultados exponen las diversas oportunidades que ofrece Cuba de estudiar y superarse para adquirir cada día un mejor nivel cultural. Independiente de esto, la conducta de los individuos ante las relaciones sexuales se convierte en un elemento incuestionable, por encima de tener conocimientos sobre el tema. Los resultados pueden variar en dependencia de los diferentes grupos poblacionales y la cultura sexual y educacional que se posea.⁽¹⁾

En relación al estado civil, esta característica fue de riesgo otorgado por la soltería y el divorcio, que tienen en común el no concubinato, con mayor posibilidad de tener parejas sexuales no estables y sin conocer sus antecedentes sexuales.

Autores como Castro⁽¹⁰⁾ identifica que en su serie el 70 % de las mujeres embarazadas eran estudiantes, y el 30 % corresponde a ama de casa, la responsabilidad que va a asumir, dejando su autocuidado para otro momento, además se debe a diversos factores como son bajo nivel académico e incluso faltas de oportunidades en el factor laboral.

Los autores opinan que la ocupación puede aumentar el riesgo de sífilis al exponer a personas a entornos con mayor riesgo, como trabajadores del entretenimiento adulto. En entornos laborales con falta de información sobre salud sexual o dificultades para acceder a atención médica, el riesgo puede ser mayor. Aunque la ocupación es un factor, el comportamiento sexual, acceso a atención médica y conocimiento sobre prácticas seguras también son determinantes clave en el riesgo de contraer sífilis.

En relación con los factores obstétricos asociados con sífilis se encontraron significación estadísticamente significativa con el inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años, tener más de dos parejas sexuales y antecedente de otras infecciones de transmisión sexual.

Nuestros resultados se corresponden con los de Erazo et al.⁽³⁾ en factores como inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años, tener más de dos parejas sexuales y antecedente de otras infecciones de transmisión sexual. Desenlaces semejantes se reportan en el estudio de Macêdo y su grupo, quienes, en una investigación efectuada en Brasil, en maternidades públicas, encontraron tres veces más riesgo de padecer sífilis gestacional en las pacientes con menos de tres atenciones prenatales.⁽⁸⁾

En los artículos de Zhou⁽¹⁶⁾, Calvante⁽¹⁷⁾, Quin⁽¹⁹⁾ se demuestra que la mayoría de las mujeres cumplieron con el control prenatal estipulado. La semejanza entre estudios confirma que la atención prenatal asegurará embarazos con menor riesgo de complicaciones maternas y perinatales; por el contrario, la menor cantidad de atenciones prenatales trae consigo mayores probabilidades de enfermar.

A esta situación se suman los hallazgos de Tareke et al.⁽²⁰⁾ (OR = 5,25), Lendado et al.⁽²¹⁾ (OR = 3,59) y Enbiale et al.⁽²²⁾ (OR = 5,01) quienes, también, hallaron que a más parejas sexuales en el último año se incrementa la probabilidad de sífilis gestacional.

Los autores consideran que el inicio temprano de la actividad sexual aumenta las posibilidades de mayor cantidad de parejas sexuales lo que, a su vez, incrementa la vulnerabilidad a padecer alguna infección de transmisión sexual, en virtud de las prácticas sexuales inseguras y carentes de prevención.

En relación con los factores conductuales de riesgo tuvo significación estadística el no usar condón.

Alborno⁽¹⁵⁾ contrario a nuestros resultados al estudiar la relación entre la presencia de sífilis y las conductas de riesgo, no detectó asociación significativa con hábitos tóxicos, uso de métodos anticonceptivos o número de parejas sexuales.

Los autores consideran que se debe enfatizar que en el uso de métodos anticonceptivos es tan incorrecto el usarlo a veces, como el nunca, ambas condiciones conforman el uso incorrecto del método; téngase en cuenta que basta una sola experiencia sin protección para exponerse al riesgo que representa las ITS. Por lo que una de las orientaciones médicas más importantes y sistematizadas en la práctica asistencial es la labor educativa al respecto.

Los principales factores de riesgo que incrementaron la probabilidad de padecer sífilis en el embarazo fueron ser soltera, la atención prenatal deficiente, iniciar relaciones sexuales antes de los 18 años, el no uso del condón y más de dos parejas sexuales.

Los investigadores opinan que la evaluación de la atención prenatal y su relación con la probabilidad de contraer la enfermedad está relacionada con que no se logre a partir de los controles el cumplimiento de las acciones que provienen de la educación para la salud, como es el caso del uso del método anticonceptivo o defender la concepción de pareja única; acciones que previenen el

contagio con la enfermedad.

El presente estudio presenta varias limitaciones que deben considerarse al interpretar sus resultados. En primer lugar, el diseño observacional con selección no probabilística de las gestantes, limita la generalización de los hallazgos a la totalidad de las gestantes del nivel primario en Cuba. En segundo lugar, la naturaleza retrospectiva de la recolección de datos sobre variables conductuales introduce la posibilidad de sesgo de memoria y temporalidad inversa, así como potencial subdeclaración por deseabilidad social. En tercer lugar, a pesar del control multivariado mediante regresión logística, no puede descartarse la presencia de confusión residual por variables no incluidas en el estudio. Finalmente, el tamaño muestral, aunque suficiente para los análisis principales, limitó la realización de análisis estratificados más detallados.

CONCLUSIONES

Predominaron las gestantes con VDRL reactiva adultas jóvenes y de color de piel blanca, en las que se identificaron como factores asociados el estado civil conviviente, nivel educacional básico, inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años, tener más de dos parejas sexuales y no uso de condón. Los factores identificados permiten cuantificar el riesgo y orientar intervenciones preventivas para el control de sífilis gestacional.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de esta investigación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Claudia Acosta Cruz, Tamara Emilse Guerra Guerra, Yusimí Davas Andrade, Orlando González Pérez, Juan Francisco Tejera Díaz, Julio Cesar Candelaria Brito.

Curación de datos: Claudia Acosta Cruz, Tamara Emilse Guerra Guerra, Yusimí Davas Andrade, Orlando González Pérez, Juan Francisco Tejera Díaz, Julio Cesar Candelaria Brito.

Análisis formal: Claudia Acosta Cruz, Tamara Emilse Guerra Guerra, Yusimí Davas Andrade, Orlando González Pérez, Juan Francisco Tejera Díaz, Julio Cesar Candelaria Brito.

Redacción – borrador original: Claudia Acosta Cruz, Tamara Emilse Guerra Guerra, Yusimí Davas Andrade, Orlando González Pérez, Juan Francisco Tejera Díaz, Julio Cesar Candelaria Brito.

Redacción – revisión y edición: Claudia Acosta Cruz, Tamara Emilse Guerra Guerra, Yusimí Davas Andrade, Orlando González Pérez, Juan Francisco Tejera Díaz, Julio Cesar Candelaria Brito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuñat Y, Parra MR del, Correa L, López M, Iribar G. Análisis comparativo sobre el comportamiento de sífilis en gestantes del Policlínico Universitario “Emilio Daudinot Bueno”, Guantánamo 2020. Gac Med Est. 2020; 1(2):95-103. <http://www.revgestaestudiantil.sld.cu/index.php/gme/article/view/53>
2. Santisteban S. Atención prenatal. En: Rigol Ricardo O, Santisteban Alba S, Cutié León E, Cabezas Cruz E. Obstetricia y Ginecología. t.II [en línea]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. p:267-270. http://bvs.sld.cu/libros_texto/ginecologia_obstetricia_3raedicion/ginecologia_complet.o.pdf
3. Erazo LL, García JD, Sotelo SA, Rivera SE, Reyes SC, Campos KE. Sífilis gestacional: análisis de factores de riesgo en un centro materno infantil de Lima, Perú (2015-2020). Ginecol. obstet. Méx. 2022; 90(11): 901-909. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S030090412022001100901&lng=es.
4. Dávila JR, Lizarbe L. Factores de riesgo asociados con sífilis en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2012-2015. Ayacucho, Perú: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, 2017. <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/2569>.
5. Gámez GC, Ramos RR, Vargas AD. Caracterización Sociodemográfica y Clínica de Población con Sífilis Gestacional y Congénita en el Cesar 2019 – 2021. [Bacteriología y Laboratorio Clínico]: Universidad de Santander; 2023.
6. Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual 2016-2021. Hacia el fin de las ITS. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza. 2016. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250253/1/WHO-RHR-16.09-spa.pdf?ua=1>
7. García S, Herrera A, Olamendi M, Sánchez MA. Re-emergence of syphilis in women of reproductive age and its association with the increase in congenital syphilis in Mexico during 2010-2019: an ecological study. BMC Infect Dis. 2021; 21 (1): 1-8. <https://doi.org/10.1186/S12879-021-06680-W/FIGURES/5>.

8. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Anuario estadístico de salud, 2020-2022. La Habana: MINSAP; 2022. <http://www.sld.cu/sitios/estadisticas/>
9. Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil de VIH y de la sífilis congénita en América Latina y El Caribe: documento conceptual. Montevideo. CLAP/SMR. Organización Panamericana de la Salud/UNICEF. 2009.
10. Castro KM. Universidad Privada Antenor Orrego. 2023. Tesis. https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPAO_71103cfa1d46dd9c9013f301fb64cbbb
11. Loveces F. Detección de sífilis en el embarazo: Una revisión sistemática. Universidad Abierta Interamericana. Tesis. 2021. <https://repositorio.uai.edu.ar/items/058947d7-196f-48ea-b256-b84f60ae49c7/full>
12. Moreno GA, Moreno JG, Colorado KT. Determinantes sociales de la salud asociados a la sífilis gestacional y congénita en Risaralda. *Rev. Médica Risaralda*. 1 de marzo de 2024; 29(2):9-21. <https://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/25271>
13. Galeano B. Estudio Observacional de los Casos de Sífilis Gestacional y Congénita en el Municipio de San Jerónimo, del Departamento de Antioquia Entre el año 2020 al 2022.. Bucaramanga, Colombia: Universidad de Santander; 2023, 32 p. <https://repositorio.udes.edu.co/items/547518ec-28d3-4d75-b8ba-81c62b154765>
14. Padovani C, Oliveira RR, Pelloso SM. Syphilis in during pregnancy: association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018;26:e3019. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2305.3019>.
15. Albornoz M, Lazarte S. Prevalencia de sífilis en púerperas sin control serológico en el último mes de gestación y estudio de su relación con factores de riesgo. *Rev. argent. salud pública* . 2018; 9(35): 25-32. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853810X2018000200005&lng=es
16. Zhou Q, Wang L, Chen C, Cao Y, Yan W, Zhou W. A case series of 130 neonates with congenital syphilis: preterm neonates had more clinical evidences of infection than term neonates. *Neonatology*. 2012;102(2):152-6. doi: <https://doi.org/10.1159/000339291>.
17. Cavalcante ANM, Araújo MAL, Nobre MA, Almeida RLF. Factors associated with inadequate follow-up of children with congenital syphilis. *Rev Saúde Pública*. 22 de octubre de 2019;53:95. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001284>
18. Macêdo VC, Lira PIC, Frias PG, Romaguera LMD. Risk factors for syphilis in women: case-control study. *Rev Saúde Pública* 2017; 51: 78. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007066>.
19. Qin JB, Feng TJ, Yang TB, Hong FC, Lan LN, Zhang CL. Maternal and paternal factors associated with congenital syphilis in Shenzhen, China: a prospective cohort study. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2014 Feb;33(2):221-32. <https://doi.org/10.1007/s10096-013-1948-z>.
20. Tareke K, Munshea A, Nibret E. Seroprevalence of syphilis and its risk factors among pregnant women attending antenatal care at Felege Hiwot Referral Hospital, Bahir Dar, northwest Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Research Notes* 2019; 12 (69): 1-7. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4106-6>
21. Lendado TA, Tekle T, Dawit D, Daga WB. Determinants of syphilis infection among pregnant women attending antenatal care in hospitals of Wolaita zone, Southern Ethiopia, 2020. *PLOS ONE* 2022; 17 (6): e0269473. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269473>
22. Enbiale M, Getie A, Haile F, Tekabe B. Magnitude of syphilis sero-status and associated factors among pregnant women attending antenatal care in Jinka town public health facilities, Southern Ethiopia, 2020. *PLoS One* 2021; 16 (9): e0257290. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257290>