

Revista Colombiana de Obstetricia y
Ginecología

ISSN: 0034-7434

rcog@fecolsog.org

Federación Colombiana de Asociaciones de
Obstetricia y Ginecología
Colombia

Cruz-Aconcha, Adriana Raquel

SITUACIÓN DE LA SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA EN COLOMBIA, UN DESAFÍO AL
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 63, núm. 4, octubre-diciembre, 2012, pp. 304-
307

Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195225491001>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org



EDITORIAL

SITUACIÓN DE LA SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA EN COLOMBIA, UN DESAFÍO AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La sífilis es una infección de transmisión sexual (ITS) ocasionada por el *Treponema pallidum*, y es considerada como un problema grave de salud pública al afectar a más de 12 millones de personas en el mundo. Se estima que más de dos millones de mujeres embarazadas se infectan con sífilis cada año en el mundo, y un número significativo de casos (692.100 a 1,53 millones) no reciben tratamiento (1). Cuando ocurre en la mujer embarazada fácilmente se transmite al feto occasionando hasta en un 81% de los casos complicaciones que incluyen muerte fetal o neonatal temprana, prematuroz, bajo peso o infección congénita (2).

En Colombia, la sífilis congénita y gestacional es de notificación obligatoria, y las cifras reportadas por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) son unas de las más altas en Latinoamérica y el Caribe. En el 2011 Colombia reportó 2,9 casos de sífilis congénita/1000 nacidos vivos (3), un valor que es casi seis veces mayor a la meta estipulada por la Organización Panamericana de Salud (OPS) en su Plan de Eliminación de Sífilis Congénita (2, 4). El litoral pacífico colombiano aporta al país un número significativo de casos cada año, siendo el puerto de Buenaventura, en el Valle del Cauca, una de las zonas más afectadas, con un reporte en el 2010 de 141 casos de sífilis congénita de los cuales nueve terminaron en desenlace fatal (5).

La sífilis es una enfermedad curable con tratamiento antibiótico adecuado; su transmisión vertical es prevenible si la madre es diagnosticada y tratada oportunamente. Si todas las gestantes fueran tamizadas para sífilis, y las positivas fuesen tratadas con

al menos una dosis de penicilina, más del 97% de los neonatos evitarían la infección (6). Es por esto que los casos de sífilis congénita en nuestro país son inaceptablemente elevados, y reflejan serios problemas en la atención prenatal de la gestante.

Son varias las razones que contribuyen al pobre diagnóstico, tratamiento, notificación y seguimiento de los casos de sífilis gestacional y congénita en Colombia:

1. *Ausencia de una guía de atención de sífilis gestacional y congénita actualizada.* Existen varios protocolos, manuales o guías de práctica clínica (GPC) que orientan el manejo de estas enfermedades al personal de salud, que incluyen la Resolución 412 (2000), la Estrategia para la Reducción de la Transmisión Perinatal del VIH y de la Sífilis Congénita del Ministerio de la Protección Social (2009), la Guía de Diagnóstico y Manejo de la Sífilis Gestacional y Congénita de la Universidad de Antioquia y Nacer (2008), el Protocolo de Sífilis Congénita y Gestacional del Instituto Nacional de Salud (INS) (2007) y la Guía Clínica para la Eliminación de la Transmisión Materno-infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe de OPS (2009), entre otras (7-12).

Estos documentos presentan inconsistencias entre sí, y conceptos confusos como es el caso de la definición de sífilis congénita. A su vez, existe una gran disparidad entre instituciones prestadoras de salud en la adopción y aplicación de estas GPC (13), agravando las incoherencias en el diagnóstico, tratamiento y notificación de los casos. Adicionalmente, hay concep-

tos desactualizados en varias guías –por ejemplo, la Resolución 412 recomienda tratamiento a la gestante con penicilina cristalina endovenosa si se diagnostica con sífilis luego de la semana 34–, lo que conlleva conductas médicas inadecuadas como observamos en una revisión de historias clínicas de gestantes con sífilis reportadas por el Hospital Departamental de Buena-ventura en 2011, donde algunas embarazadas con sífilis fueron hospitalizadas para tratamiento antibiótico endovenoso por estar en el último mes de gestación.

La necesidad de una guía de práctica clínica actualizada es urgente en el país y esta debe facilitar el diagnóstico y tratamiento de la gestante con sífilis en una sola visita a su control prenatal. Esto implica la inclusión de algoritmos de uso de pruebas de diagnóstico en punto de atención. Asimismo, la prevención de la transmisión vertical de sífilis debe tener una relación íntima y estrecha con el programa de prevención de la transmisión materno-infantil de VIH, y hoy en día esto es posible con el uso adecuado de las pruebas que permiten diagnosticar sífilis y VIH al mismo tiempo en solo veinte minutos (14-18). Con una sola gota de sangre se puede prevenir de forma inmediata un caso de sífilis congénita, e iniciar los pasos necesarios para prevenir la transmisión del VIH al neonato.

2. Ausencia de indicadores claros de sífilis gestacional en el sistema de salud. Los indicadores que presenta el INS de Colombia para la medición del progreso de la Estrategia para la Eliminación de la Transmisión Materno-infantil de la Sífilis Congénita se enfocan en los casos de sífilis congénita, de acuerdo con lo propuesto por la OPS en su plan para alcanzar una cifra menor a 0,5 casos de sífilis congénita/1000 nacidos vivos. Estos indicadores incluyen: 1) Prevalencia de sífilis gestacional; 2) incidencia de sífilis congénita; 3) letalidad por sífilis congénita; 4) porcentaje de muertes atribuibles a sífilis congénita analizadas en un comité de vigilancia epidemiológica (COVE). El reporte completo y preciso de estos indicadores implica un esfuerzo grande del personal de salud en el análisis de cada potencial caso de sífilis congénita, que requiere la integración cuidadosa de datos clínicos y de laboratorio tanto de la madre como del neonato. Asimismo, la complejidad del

análisis de cada caso lleva a un conocimiento impreciso de los casos de sífilis congénita y a problemas para una notificación adecuada. Aunque esta investigación de casos no debe ser omitida, sí desvía la atención sobre lo esencial: tamizar a la gestante y tratarla a tiempo. Es por esto que se deberían buscar nuevos indicadores oficiales de seguimiento a la estrategia de la eliminación de la sífilis congénita, los cuales deben incluir: número de mujeres embarazadas tamizadas para sífilis y número de mujeres con prueba de tamizaje positivo tratadas (19).

3. Falta de educación a los prestadores de salud y a la comunidad en temas de infección sexual y sífilis. Los prestadores de salud tienen escaso conocimiento en cuanto a temas de ITS en Colombia y, por otra parte, no hay clínicas especializadas en el manejo de estas infecciones donde los pacientes puedan recibir educación en ITS. Asimismo, el abordaje completo y adecuado de una gestante con sífilis incluye el manejo de su pareja, y sin un apropiado conocimiento del diagnóstico y tratamiento de ITS esto se hace difícil. El Ministerio de Salud ha promovido el desarrollo de una guía integral de manejo de ITS cuyo enfoque es el abordaje sindrómico, y está pendiente su presentación oficial al sistema de salud y, lo que es más importante, su difusión a través de programas intensivos de educación al personal de salud. De igual forma, así como es importante generar una nueva guía de atención a la gestante con sífilis y a su neonato, esta debe ser acompañada del aseguramiento de un programa para su implementación. El trabajo presentado por Gallego *et al.* en este número de la *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* muestra cómo un programa de educación puede ayudar a mejorar los sistemas de diagnóstico, tratamiento y notificación de la sífilis gestacional y congénita, y debe ser ejemplo para las otras regiones del país. El desconocimiento de la importancia de un adecuado control prenatal, y de la prevención de ITS en las comunidades más afectadas, que son a su vez las que sufren mayor inequidad socioeconómica, es evidente. Asimismo, para el éxito de cualquier estrategia de eliminación de sífilis congénita o VIH es fundamental que se realice

en paralelo una campaña intensa de educación a la comunidad utilizando los medios de difusión masiva como la radio y la televisión.

Es de vital importancia que en Colombia el Ministerio de Salud, el INS y todas las empresas prestadoras de salud (EPS) presten una mayor atención al problema de la sífilis gestacional, cuya prevalencia en el país (1,6%) es 7 veces mayor a la prevalencia de VIH en mujeres embarazadas (0,22%). La disponibilidad de las pruebas de diagnóstico en punto de atención para sífilis y VIH, en la primera visita del control prenatal, podría proveer a la gestante la oportunidad de ser tamizada para estas dos enfermedades simultáneamente, reduciendo costos y evitando la posibilidad de dar a luz neonatos sin VIH, pero con sífilis congénita (20). La implementación de pruebas de diagnóstico en punto de atención, con una mejoría en los indicadores de desempeño que hagan seguimiento al número de embarazadas tamizadas y tratadas, junto con un programa de educación es clave para alcanzar los objetivos del Plan de Eliminación de Sífilis Congénita. Como dicen Walker y Walker: "las políticas son tan efectivas como el sistema de implementación y sus usuarios lo sean o quieran que sean" (21).

Adriana Raquel Cruz-Aconcha, MD

Centro Internacional de Entrenamiento e Investigaciones Médicas (CIDEIM)
acruz@cideim.org.co
Editora invitada

REFERENCIAS

1. Schmid GP, Stoner BP, Hawkes S, Broutet N. The need and plan for global elimination of congenital syphilis. *Sex Transm Dis* 2007;34:S5-10.
2. Kamb ML, Newman LM, Riley PL, Mark J, Hawkes SJ, Malik T, et al. A road map for the global elimination of congenital syphilis. *Obstet Gynecol Int* 2010;1-6.
3. SIVIGILA. Vigilancia Rutinaria; 2012. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdirección-Vigilancia/sivigila/Paginas/vigilancia-rutinaria.aspx>
4. OPS, UNICEF. 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; 2009.
5. Rubiano LC. Informe Epidemiológico Semana 52 de 2011. Prioridad Salud Sexual y Reproductiva. Cali: Secretaría de Salud Departamental del Valle del Cauca; 2012.
6. 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:S9.
7. Caicedo S, Idarraga IC, Pineda P, Osorio A. Estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH y de la sífilis congénita. 4ta ed. Bogotá: Ofic平af Impresores; 2009. p. 1-74.
8. Gallego LI, Vallejo WE, Vélez GA, Gómez JG. Guía de diagnóstico y manejo de sífilis gestacional y congénita. En: Antioquia N-Ud, editor. Medellín: Nacer - Universidad de Antioquia; 2008. p. 1-20.
9. Salud INd. Protocolo de sífilis congénita y gestacional. Bogotá: Ministerio de la Protección Social - Instituto Nacional de Salud; 2007. p. 32.
10. Almonte D, Alfonso M, Corpeño T, De Mucio B, Estrada H, Falistocco C, et al. Guía clínica para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. González R, Jacob S, Fescina R, Hirnaschall G, editores. Washington, D.C.; 2009. p. 100.
11. Workowski KA, Berman SM. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. *MMWR Recomm Rep* 2006;55:1-94.
12. Workowski KA, Berman S. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. *MMWR Recomm Rep* 2010;59:1-110.
13. Gómez J, Vélez Ga, Peña BE, Guerra C, Franco FJ, Zuleta JJ, et al. La sífilis gestacional en Colombia: evaluación del proceso de gestión y de la atención. Medellín: NACER - Universidad de Antioquia; 2010. p. 127.
14. Benzaken AS, Sabido M, Galban E, Pedroza V, Araújo AJ, Peeling RW, et al. Field performance of a rapid point-of-care diagnostic test for antenatal syphilis screening in the Amazon region, Brazil. *Int J STD AIDS* 2011;22:15-8.

15. Chen XS, Peeling RW, Yin YP, Mabey D. Improving antenatal care to prevent adverse pregnancy outcomes caused by syphilis. *Future Microbiol* 2011;6:1131-4.
16. Peeling RW. Applying new technologies for diagnosing sexually transmitted infections in resource-poor settings. *Sex Transm Infect* 2011;87:ii28-30.
17. Peeling RW, Holmes KK, Mabey D, Ronald A. Rapid tests for sexually transmitted infections (STIs): the way forward. *Sex TransmInfect* 2006;82:v1-6.
18. Peeling RW, Mabey D. Point-of-care tests for diagnosing infections in the developing world. *Clin Microbiol Infect* 2010;16:1062-9.
19. Mabey DC, Sollis KA, Kelly HA, Benzaken AS, Bitarakwate E, Changalucha J, et al. Point-of-care tests to strengthen health systems and save newborn lives: the case of syphilis. *PLoS Med*. 2012;9:e1001233.
20. Peeling RW, Mabey D, Fitzgerald DW, Watson-Jones D. Avoiding HIV and dying of syphilis. *Lancet* 2004;364:1561-3.
21. Walker DG, Walker GJ. Forgotten but not gone: the continuing scourge of congenital syphilis. *Lancet InfectDis* 2002;2:432-6.