

SITUACIÓN DE LA SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA EN EL DEPARTAMENTO DE RISARALDA.

Análisis de los datos de notificación - SIVIGLA 2015

Oscar Felipe Suárez Brochero

Pereira, diciembre de 2015

Tabla de contenido

Introducción.....	2
Metodología.	3
Resultados.	3
Situación de sífilis gestacional.....	4
Situación de sífilis congénita	6
Conclusiones y recomendaciones	7
Bibliografía	8
Anexo. Interpretación de los resultados de pruebas diagnósticas en sífilis gestacional.....	9

Introducción

La sífilis es una enfermedad compleja y sistémica causada por una espiroqueta que es transmitida por vía sexual o congénita y que puede afectar cualquier órgano; es la principal causa de mortalidad perinatal en África subsahariana y también puede causar aborto espontáneo, muerte en el recién nacido, prematuridad o bajo peso al nacer (1). En los últimos 500 años la enfermedad ha mostrado sus diferentes caras alrededor del mundo, dando lugar a una nueva subespecialidad médica llamada "sifilología", encargada de estudiar la enfermedad conocida como la gran imitadora. Con el descubrimiento de la penicilina muchos consideraron que la enfermedad se podría eliminar, sin embargo la sífilis continúa infectando humanos en muchos lugares del mundo. Se estima que ahora la enfermedad se transmite principalmente en pequeños grupos minoritarios (2).

Se estima que más de 12 millones de nuevas infecciones por *Treponema pallidum* cada año, de las que cerca de 2 millones se producen en embarazadas. Debe mencionarse que la incidencia de sífilis materna es la más alta en la región de América Latina y el Caribe, la que alcanzó para el 2003 el 3,9% que equivalen a aproximadamente 459.108 casos de sífilis gestacional (excepto EE.UU. y Canadá), que originan cada año entre 164.222 a 344.331 casos de sífilis congénita; sin embargo, la prevalencia de sífilis materna es variable entre los países de la región, desde 1,4% en Argentina al 5,75% en Haití durante el periodo 2005-2006 (3). En América latina y el Caribe se identifican grupos de mayor riesgo (trabajadoras sexuales, población transgénero y homosexuales) además algunas ciudades críticas con mayor prevalencia de sífilis en comparación con los demás grupos poblacionales como Sao Paulo, Buenos Aires, Guatemala, Puerto Barrios, San José, San Pedro, Managua, San Salvador y Acajutla (4).

En el caso de sífilis congénita, se dispone de información válida de 15 países, 7 de estos (Costa Rica, Colombia, Perú, Brasil, Paraguay, Uruguay y Argentina), donde la SC constituye un problema de Salud Pública con más de 0.5 casos por 1.000 nacidos vivos (5). En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propuso eliminar la sífilis congénita con una meta en la incidencia de menos de 0,5 casos (incluidos los mortinatos) por 1.000 nacidos; para esto se requiere detectar y tratar más de 95% de las gestantes infectadas (6).

En Colombia, la notificación de casos de sífilis congénita ha ido en aumento desde 1996, sin embargo aún hay subregistro en gran parte del territorio; la incidencia aumentó de 2,15 hasta 3,28 casos por mil nacidos vivos, entre el 2005 y el 2011, lejos de la mitad propuesta por los objetivos de desarrollo del milenio (7), sin embargo esta incidencia varía además entre las regiones.

Entre las conductas de riesgo para la transmisión de la sífilis se encuentran las prácticas sexuales de alto riesgo (por ejemplo la práctica del sexo vaginal, oral o anal sin protección), el inicio de la actividad sexual a una edad temprana, las múltiples parejas sexuales y mantener relaciones sexuales bajo la influencia de las sustancias psicoactivas las cuales limitan tomar medidas acertadas sobre prácticas sexuales. La sífilis puede afectar a las embarazadas y transmitirse al feto: cerca de dos terceras partes de gestantes enfermas resultan en casos de sífilis congénita o abortos espontáneos, complicaciones que

podrían ser prevenibles con tecnología de bajo costo. El principio fundamental de la prevención y eliminación de la sífilis congénita es detectar y tratar la infección gestacional para prevenir la transmisión vertical (3, 6).

Entre las mujeres con sífilis gestacional sin tratamiento se encuentra que la pérdida fetal así como los mortinatos son más frecuentes en 21%, la prematuridad y la muerte neonatal es mayor cerca de un 9%, mientras el bajo peso al nacer 5,8% más frecuente en comparación con aquellas mujeres sin sífilis; sin embargo solo 15% de los hijos de gestantes con sífilis tienen evidencia clínica de la enfermedad (8). La ocurrencia continua sífilis congénita es una señal de la inadecuada prestación de los servicios de cuidado prenatal y de la pobre calidad de los programas de control de las infecciones transmitidas sexualmente. La débil organización de los servicios, así como los costos del tamizaje son las principales barreras para así, los programas por lo que se propone la descentralización de estrategias y programas de tamizaje antenatal, la realización de pruebas en diferentes lugares donde existan pacientes de riesgo y el tratamiento inmediato (9).

Según el protocolo de vigilancia epidemiológica del Instituto Nacional de Salud (10), se proponen las siguientes definiciones de caso:

- Caso de **sífilis gestacional** confirmado por laboratorio: gestante con prueba serológica de selección para sífilis (RPR o VDRL) reactiva en 1:8 o más diluciones, o en menor dilución si ella tiene una prueba treponémica positiva.
- Caso de **Sífilis congénita** confirmado por nexo epidemiológico: recién nacido, mortinato o aborto, de madre con sífilis gestacional con tratamiento inadecuado (cualquier terapia diferente a la penicilina o administrada a la madre con menos de 30 días de anterioridad a la terminación de la gestación) o sin tratamiento.

En una revisión sistemática que incluyó cerca de tres millones y medio de pacientes se demostró la seguridad de la penicilina benzatínica en mujeres embarazadas, se encontró que el riesgo de muerte es virtualmente cero, mientras que solo 54 casos de presentaron anafilaxia, lo que significa una incidencia de efectos adversos de tres casos por cien mil tratamientos(11).

Metodología.

Para el desarrollo de este informe se recolectó la información de las bases de datos de SIVIGILA relacionadas con sífilis gestacional y sífilis congénita para el año 2015, esta información se depuró a partir de la eliminación de casos descartados y la identificación y eliminación de casos duplicados; se analizó la descripción univariada de los datos contenidos en la ficha de notificación y se realizó un análisis de subgrupo por municipio de procedencia. Se estimó la incidencia de sífilis gestacional y congénita utilizando como denominador los nacidos vivos del año 2015. Además se estimó la letalidad por este evento.

Resultados.

Se presentan a continuación los principales resultados obtenidos para los eventos Sífilis gestacional y sífilis congénita durante el año 2015 que fueron notificados con procedencia de alguno de los municipios de Risaralda.

Situación de sífilis gestacional

Con respecto a gestantes diagnosticadas con sífilis, se encontró hasta la semana 50 un total de 117 casos para una razón de 11,4 embarazadas infectadas por cada 1000 nacidos vivos. Teniendo este referente se encontró también que en La Virginia, Quinchía y Pereira estas razones son más altas. Otro hallazgo relevante es que no se notificaron casos procedentes de los municipios de Balboa, Belén, Guática, La Celia y Mistrató. Las razones de sífilis gestacional por municipio se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 1. Razón de sífilis gestacional por municipio. Risaralda 2015.

Municipio de procedencia	Total	NV	Razón de sífilis gestacional
APIA	1	97	10,3
DOSQUEBRADAS	21	2304	9,1
LA VIRGINIA	8	318	25,2
MARSELLA	1	182	5,5
PEREIRA	74	5120	14,5
PUEBLO RICO	3	357	8,4
QUINCHIA	5	280	17,9
SANTA ROSA	3	729	4,1
SANTUARIO	1	126	7,9
Total	117	10272	11,4

De estos 117 casos diagnosticados como procedentes de Risaralda, se encuentra que un poco más del 80% de los casos pertenecen a cuatro aseguradoras: Asmet Salud EPS, Cafesalud EPS, Secretaría de Salud y Salud total EPS.

Tabla 2. Distribución de las características demográficas y porcentaje de hospitalización de mujeres con sífilis según aseguradora. Risaralda 2015.

EPS	Total	% rural	% minorías étnicas	% hospitalizaciones
Asmet	33	42%	3%	18%
Cafesalud	30	20%	17%	10%
SecSalud	19	21%	5%	26%
Saludtotal	12	25%	0%	8%
SOS	7	100%	0%	0%
Pijaos	4	75%	100%	0%
Saludcoop	3	0%	0%	0%
Coomeva	3	0%	0%	0%
Previsora	2	50%	0%	0%
Caprecom	1	0%	0%	0%
NuevaEPS	1	0%	0%	0%
Cafesalud-S	1	0%	0%	0%
Policía Nacional	1	100%	0%	0%
Total	117	33%	9%	13%

Cerca de una tercera parte de la población procede del área rural. La SOS y Pijaos Salud son las aseguradoras que tienen mayor proporción de población rural; el total de los casos de Pijaos Salud pertenecen a minorías étnicas. Casi el 13% fueron hospitalizadas; en las

mismas cuatro aseguradoras que se concentra el mayor número de casos, las hospitalizaciones van desde el 8% hasta el 26%.

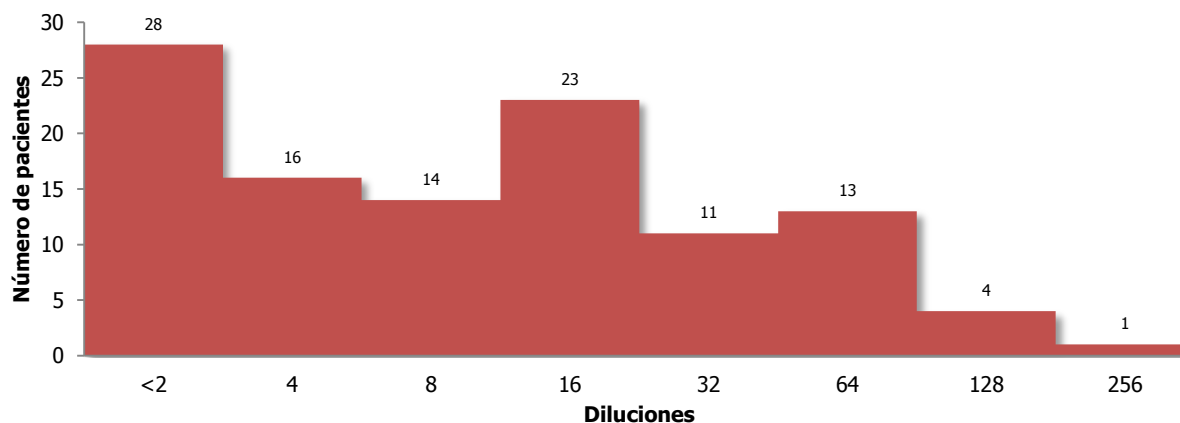
Cerca del 8% de los casos fueron detectados durante el post aborto, sin embargo este porcentaje se hace mayor entre las mujeres afiliadas a la Secretaría de salud de Risaralda. La cobertura del control prenatal en estas mujeres fue del 87%. El inicio de los controles prenatales es más temprano en las pacientes que son afiliadas a Pijaos Salud; los más tardíos se registran entre Coomeva y la Secretaría de salud, de forma consecuente estas dos aseguradoras son muestran una solicitud de serologías hacia las 24 semanas gestacionales mientras que la SOS, Pijaos Salud y Cafesalud-S las solicitan alrededor de la semana 10.

Tabla 3. Distribución de las características de mujeres con sífilis gestacional según aseguradora. Risaralda 2015.

EPS	Total	Embarazo	Post Aborto	CPN	Promedio SG inicio CPN	Promedio SG VDRL
Asmet	33	97%	3%	85%	13,1 (7,8)	15,9 (10,3)
Cafesalud	30	97%	3%	93%	14,2 (9)	13,9 (7,4)
SecSaludRis	19	74%	26%	58%	19 (8)	24,3 (10,5)
Saludtotal	12	92%	8%	100%	17,1 (9,1)	16,9 (9,3)
SOS	7	100%	0%	100%	11,7 (4,1)	11 (4,1)
Pijaos	4	100%	0%	100%	9,5 (3,3)	9,5 (3,3)
Saludcoop	3	67%	33%	100%	14,3 (4,6)	17,5 (0,7)
Coomeva	3	100%	0%	100%	22 (14,5)	24 (13,7)
Previsora	2	100%	0%	100%	31 (1,4)	20 (17)
Caprecom	1	100%	0%	100%	14 (-)	13 (-)
NuevaEPS	1	100%	0%	100%	24 (-)	Indefinido
Cafesalud-S	1	100%	0%	100%	12 (-)	10 (-)
Policia Nacional	1	100%	0%	100%	8 (-)	16 (-)
Total	117	92%	8%	87%		

Se encuentra que los resultados de la mayoría de las serologías tomadas en mujeres se concentran en "menos de 1:2" y luego un pico parecido en "1:16".

Gráfico 1. Distribución de las características de mujeres con sífilis gestacional según aseguradora. Risaralda 2015.



Se encuentra que el 95% de las mujeres fueron tratadas; la proporción más baja de tratamiento estuvo en las pacientes afiliadas a Secretaría de salud. El tratamiento a la pareja se registró solamente en el 58% de los casos; la SOS y la Secretaría de salud tienen las coberturas de tratamiento entre el 32% y el 43%. El tiempo entre el diagnóstico y el tratamiento fue mayor para Coomeva con 2,7 semanas, en segundo lugar se encuentra Cafesalud, Asmet salud y Secretaría de salud con 1,3 semanas en promedio; los valores extremos se presentan en Secretaría de salud y la Previsora (10 semanas).

Tabla 4. Distribución de casos de sífilis gestacional por aseguradora. Indicadores algunos demográficos. Risaralda 2015.

EPS	Total	% de mujeres tratadas	% de parejas tratadas	SG inicio de tratamiento	Semanas entre Dx y tratam.	Rango (mín-máx)
Saludtotal	12	100%	67%	17,3 (9)	1 (1,2)	0 - 3
Cafesalud	30	97%	70%	14,9 (7,1)	1,3 (1,7)	0 - 6
Saludcoop	3	100%	100%	16,3 (3,1)	0,5 (0,7)	0 - 1
Coomeva	3	100%	100%	26,7 (14)	2,7 (1,2)	2 - 4
SOS	7	100%	43%	11,6 (4,3)	0,5 (0,8)	0 - 2
Caprecom	1	100%	0%	14 (-)	1 (-)	1 - 1
NuevaEPS	1	100%	100%	26 (-)	NA	
Cafesalud-S	1	0%	0%	-	NA	
Asmet	33	97%	58%	16,2 (9,5)	1,3 (1,7)	0 - 5
Policia Nacional	1	100%	0%	22 (-)	6 (-)	6 - 6
Previsora	2	100%	100%	25 (9,9)	5 (7,1)	0 - 10
Pijaos	4	100%	50%	10,3 (2,5)	0,8 (1,5)	0 - 3
SecSalud	19	84%	32%	23,9 (10,7)	1,3 (2,6)	0 - 10
Total	117	95%	58%			

Situación de sífilis congénita

En relación a sífilis congénita, se encuentra que de los 24 casos que se notificaron 12 casos fueron ajustados de acuerdo a la verificación de la definición de caso o la corrección del diagnóstico. La distribución por municipio y aseguradora se presenta a continuación:

Tabla 5. Distribución de casos de sífilis congénita por municipio y aseguradora. Risaralda 2015.

Aseguradora	Dosquebradas	Pereira	Total
Saludcoop	0	2	2
Cafesalud	0	1	1
Asmet	1	3	4
Fiduprevisora	0	1	1
Sin dato	0	4	4
Total	1	11	12

La mayoría de casos de casos son procedentes de la cabecera municipal mientras una proporción aún mayor fue manejada de forma hospitalaria; solo en un caso notificado en la Unidad intermedia del centro, afiliado a Asmet Salud y procedente de Pereira, no se registró el manejo intrahospitalario.

Tabla 6. Distribución de casos de sífilis congénita por municipio y aseguradora. Risaralda 2015.

Aseguradora	CPN	EG VDRL	EG RN	Tto materno	Tto a pareja	Total
-------------	-----	---------	-------	-------------	--------------	-------

Saludcoop	2	15	35	2	1	2
Cafesalud	1	36	38	1	1	1
Asmet	2	31	37,8	3	1	4
Fiduprevisora	1	37	39	1	0	1
Sin dato	0	-	-	2	0	4
Total	6			7	3	12

Se nota que de los doce casos notificados, solo 6 tenían controles prenatales, cuatro casos sin dato de aseguradora mientras otros dos afiliados a Asmet Salud. La serología materna está entre la semana 31 y 37, sin embargo en Saludcoop se registran dos casos con VDRL materno alrededor de la semana 15. La edades gestacionales de los recién nacidos van desde las 35 semanas en Saludcoop hasta el término en otras aseguradoras. Solo 7 de los 12 casos tienen registrado tratamiento a la madre y solo 3 a la pareja.

Conclusiones y recomendaciones

De acuerdo al anterior informe sobre la situación de la sífilis gestacional y congénita en el departamento de Risaralda durante el año 2015, se pueden delinear las siguientes conclusiones:

- La razón de sífilis gestacional en el departamento rodea el 1,1%, este nivel se compara con los países que han tenido los mejores logros en este tema. Algunos municipios como La Virginia sin embargo logran tener más del doble del riesgo que el resto del departamento.
- Cuatro aseguradoras agrupan 4 quintas partes de los casos de sífilis gestacional, entre ellas, las pacientes que son responsabilidad de la Secretaría de salud. Las otras tres aseguradoras corresponden a las más grandes que operan en el departamento. La prevalencia de casos de algunas aseguradoras en el área rural pone de manifiesto un posible subregistro, dadas las condiciones que limitan la realización de pruebas y tratamientos tempranos en estas zonas.
- Hay una proporción considerable de casos que son detectados en el postaborto, sin embargo estos casos pueden ser más altos sin que obtengan un tamizaje adecuado o que incluso no lleguen a los servicios de salud.
- Un porcentaje pequeño de mujeres no tiene el antecedente de control prenatal, lo que constituye un riesgo inadmisibles para la salud neonatal. De igual forma, en estas mujeres el inicio de los controles se está realizando en la mayoría de los casos después del primer trimestre.
- La gran mayoría de pacientes diagnosticadas, se confirmó con serologías con menos de dos diluciones, lo que lleva a pensar que puede existir una proporción no identificada de mujeres "falsos positivos".
- No existen coberturas adecuadas de tratamiento en las gestantes y mucho menos en el tratamiento de las parejas; se pueden identificar las aseguradoras donde estos porcentajes son aún más bajos. Por otra parte, cuantificar el tiempo entre el diagnóstico y tratamiento permite hacer seguimiento a UPGD y EPS sobre la calidad de la atención.

Con relación a las anteriores conclusiones se plantean las siguientes recomendaciones:

- Se requiere plantear, ejecutar y evaluar periódicamente, una estrategia que se encamine a mejorar la situación de los eventos relacionados con las conductas sexuales de riesgo, en particular en los municipios de mayor incidencia (sífilis gestacional, VIH, embarazos no planeados-en adolescentes). Para esto se requiere visibilizar estos indicadores entre instituciones del sector (aseguradoras, prestadores) y trascender posteriormente a otros sectores (gobierno, educación, cultura).
- Se requiere plantear nuevas estrategias que permitan disminuir las barreras de acceso a los controles prenatales de calidad, con mejores coberturas en la realización de pruebas de tamización y sobre todo del acceso a tratamiento oportuno y a la pareja.
- Es urgente incluir un componente de acompañamiento social en las estrategias de prevención y control de la sífilis para aquellas mujeres que pertenecen a poblaciones especiales (población habitante de calle y farmacodependiente) que promueva la adherencia al tratamiento y el mejor pronóstico neonatal posible.
- Es necesario mantener una auditoria y seguimiento, en lo posible concurrente, sobre el manejo de casos de sífilis gestacional y congénita que permita mantener los estándares de calidad que se requiere para disminuir la incidencia de un evento completamente prevenible.

Bibliografía

1. Cohen SE, Klausner JD, Engelman J, Philip S. Syphilis in the modern era: an update for physicians. *Infect Dis Clin North Am.* 2013;27(4):705-22.
2. Shockman S, Buescher LS, Stone SP. Syphilis in the United States. *Clin Dermatol.* 2014;32(2):213-8.
3. Valderrama J, Zacarias F, Mazin R. [Maternal syphilis and congenital syphilis in Latin America: big problem, simple solution]. *Rev Panam Salud Publica.* 2004;16(3):211-7.
4. Zoni AC, Gonzalez MA, Sjogren HW. Syphilis in the most at-risk populations in Latin America and the Caribbean: a systematic review. *Int J Infect Dis.* 2013;17(2):e84-92.
5. OPS. El control de las enfermedades transmisibles. Washington: 2005.
6. VIH/sida OUD. Eliminación de sífilis congénita en América Latina y el Caribe: Marco de referencia para su implementación. Washington: 2004.
7. Alzate-Granados JP, Sanchez-Bello NF, Amaya-Arias AC, Peralta-Pizza F, Eslava-Schmalbach J. [Congenital syphilis incidence disparities in Colombia 2005 to 2011: an ecological study]. *Rev Salud Publica (Bogota).* 2012;14(6):968-81.
8. Gomez GB. Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ.* 2013;91(3):217-26.
9. Saloojee H, Velaphi S, Goga Y, Afadapa N, Steen R, Lincetto O. The prevention and management of congenital syphilis: an overview and recommendations. *Bull World Health Organ.* 2004;82(6):424-30.
10. INS. Protocolo de vigilancia en Salud pública. Morbilidad materna extrema. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2014.
11. Galvao TF, Silva MT, Serruya SJ, Newman LM, Klausner JD, Pereira MG, et al. Safety of benzathine penicillin for preventing congenital syphilis: a systematic review. *PLoS One.* 2013;8(2):e56463.

Anexo. Interpretación de los resultados de pruebas diagnósticas en sífilis gestacional.

Resultado	Interpretación
No treponémica(-) Treponémica (-)	Se puede excluir la infección, excepto la infección reciente, si hay sospecha repetir las pruebas después de 15-21 días
No treponémica (+) Treponémica (+)	Es una infección sífilítica. La entrevista ayudará a establecer si es reciente o antigua, conocida o desconocida. Si se confirma que había sido diagnosticada y tratada correctamente puede ser una cicatriz serológica, sin embargo, se debe hacer un seguimiento cuantitativo con prueba no treponémica.
No treponémica(-) Treponémica (+)	Es una reacción treponémica específica (99,5%-100%). Generalmente refleja la persistencia normal de anticuerpos al Treponema y no infección activa
No treponémica (+) Treponémica (-)	Es una reacción cardiolipínica no muy específica que se puede deber a otras patologías, incluyendo la gestación. Generalmente se trata de un falso positivo y no es un caso de sífilis gestacional. Confirmar con otras pruebas treponémicas (FTA-abs, TPHA)