

EDITORIAL



Sífilis gestacional: un problema de salud pública

La sífilis gestacional (SG) es aquella que se diagnostica en toda mujer embarazada, puérpera o con aborto reciente con úlcera genital o lesiones compatibles con sífilis secundaria y prueba treponémica (incluidas pruebas ya sea treponémicas rápidas) o no treponémica positiva o reactiva, que no ha recibido tratamiento adecuado (antes de la 20ª semana de gestación y como mínimo 30 días antes del parto) durante la presente gestación (1). Se considera prueba no treponémica (VDRL o RPR) reactiva: mayor o igual a 1:8 diluciones o en menores diluciones (0, 1:2, 1:4) con prueba treponémica (FTA.aba o TPHA) positiva (2).

La sífilis pone en riesgo la salud tanto de la madre como de su hijo (sífilis congénita-SC). La mortalidad neonatal puede llegar a 54% de los niños afectados, siendo la prematurez una causa importante de esta mortalidad. La base primordial de la prevención/eliminación de la transmisión vertical (madre/hijo) es la detección y tratamiento de la infección en la gestante. La madre puede transmitir en el cuarto año una infección no tratada. Se estima que hasta 90% de los recién nacidos de madres con sífilis no tratada adquirirán la sífilis congénita y muchos no desarrollan síntomas hasta dos semanas a tres meses después de nacidos (2). La gravedad clínica de la sífilis congénita comprende un espectro que va desde el aborto espontáneo, el mortinato, el *hidrops* fetal no inmune, el bajo peso al nacer, el parto pretérmino y la muerte perinatal hasta secuela serias en los nacidos vivos por infección neonatal e infección latente. En general se ha visto que puede llevar a muerte intrauterina en 30% de los casos, a muerte neonatal en 10% o lesión neonatal en 40%. Tales resultados dependen de la edad gestacional a la cual se realice el diagnóstico, la etapa de la enfermedad en la madre, de manera que estas patologías contribuyen al incremento de las tasas de mortalidad infantil del país (2). Por ello los esfuerzos se deben dirigir a prevenir la sífilis congénita en la etapa prenatal.

En Colombia la prevalencia de sífilis gestacional fue de 2.12/1000 embarazos en 2007 (no se habla de nacidos vivos porque se incluyen casos de aborto y mortinatos) (2). Según el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) del Instituto Nacional de Salud (INS), el 2010 cerró con 2,45 casos por mil nacidos vivos (NV). Valle, Bogotá, Antioquia y Córdoba son los lugares que reportan mayor número de infectados. La sífilis congénita ha pasado de 1,3 a 2,5 casos por mil nacidos vivos, y la gestacional de 1,3 a 5,4 en los últimos 10 años, señala el Informe del evento sífilis gestacional y congénita 2010, del INS. El subregistro de casos de sífilis gestacional y congénita es elevado, por ejemplo los casos de abortos y mortinatos asociados a esta enfermedad no se incluyen, por lo cual no se conoce la verdadera magnitud del problema. Esta prevalencia calculada es similar a la de los países de África con situaciones que, favorecen la presentación de esta patología: desplazamiento

forzado, globalización, apertura de fronteras, prostitución, inicio temprano de relaciones sexuales sin protección y generalmente con hombres mayores. La infección por sífilis además está asociada a tasas altas de abuso de sustancias psicoactivas y otras infecciones de transmisión sexual como VIH (2).

Dadas las implicaciones, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) definió el objetivo de eliminar la sífilis congénita y estableció la necesidad de disminuir la prevalencia a 0,5 por cada 1000 nacidos (incluidos los mortinatos). Para lograr este objetivo es necesario que al menos el 95% de las embarazadas infectadas sean detectadas y tratadas con lo cual se pretende disminuir la prevalencia de sífilis gestacional a menos del 1 por 100 (1).

La sífilis gestacional y congénita es un problema de salud pública no sólo en Colombia si no en América Latina y el Caribe, pese a que la mayoría de países tienen políticas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva que normatizan las acciones de tamizaje, diagnóstico y tratamiento de nuevos casos durante el control prenatal. A pesar de que el tratamiento con penicilina benzatínica promovido por Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene 95 a 100% de efectividad y es de bajo costo, en los últimos cuatro años su impacto en la reducción de nuevos casos ha sido casi nulo (4).

La aparición de casos de sífilis congénita pone de manifiesto deficiencias de orden estructural y técnico en los servicios de salud ya que aunque se pueda encontrar una cobertura aceptable (mayor del 50%) y a pesar de tener servicios de control prenatal, tecnología adecuada, conocimiento del comportamiento epidemiológico de la enfermedad, de los mecanismos de transmisión, del diagnóstico y la terapéutica; el estudio y seguimiento de las pacientes y sus contactos así como de las acciones para prevenir la enfermedad, ésta no se ha controlado. A estas falencias se suma un diligenciamiento incompleto de las historias clínicas, programas de atención en Infecciones de Transmisión Sexual inadecuados, desconocimiento por parte de las profesionales del equipo de salud de los protocolos de atención, barreras de acceso a los servicios de control prenatal para las pacientes y fraccionamiento en la atención que impide el seguimiento de las pacientes tratadas y de los contactos. Esto conlleva a que una enfermedad que debería haber desaparecido o por lo menos estar controlada constituya en pleno siglo XXI un problema grave de salud pública.

Ante esta crítica situación se debería: instaurar una consulta preconcepcional con insistencia en la prevención de infecciones de transmisión sexual, su tamizaje y tratamiento, la búsqueda de contactos y su seguimiento; se debe aumentar la demanda y la calidad del control prenatal, con el número de consultas necesarias y con un adecuado tiempo de consulta; crear o reforzar programas de promoción y prevención, etc. Implementar protocolos de tratamiento, diagnóstico y seguimiento en la mayoría de instituciones prestadoras de servicios de salud; en muchos municipios con alta prevalencia de ITS no se cuenta con pruebas rápidas para sífilis, que permitan detección inmediata en el control prenatal, el inicio de un tratamiento adecuado y la vigilancia epidemiológica; mejorar la calidad de diligenciamiento de la historia clínica, en dos aspectos esenciales: uno tiene que ver con la actitud del médico, que hace una historia clínica de mala calidad, otro con un problema administrativo del sistema de salud, en el cual hay poco tiempo para realizar una consulta adecuada y mucho para hacer el diligenciamiento adecuado de la historia clínica; buscar, manejar y seguir

adecuadamente a los contactos. Es necesario capacitar a los médicos y promover desde las facultades de medicina un cambio de actitud de los futuros profesionales de la salud, para enfrentar este grave problema; desarrollar unidades de control de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), con planes a largo plazo, en donde se realice búsqueda activa de sífilis y de otras ITS; lograr un país equitativo con igualdad de oportunidades para que todas las pacientes tengan acceso a servicios de salud con calidad y amigables sin importar su ubicación geográfica.

Luz Amparo Díaz Cruz

*Profesora asistente
Departamento Obstetricia y Ginecología,
Facultad de Medicina,
Universidad Nacional de Colombia, Bogotá*

Referencias

1. OMS. Boletín Epidemiológico, [revista en Internet] *2005 marzo. [acceso 21 de noviembre 2011]; 26(1). Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/ais/EB_v26n1.pdf.
2. Ministerio de la Protección Social- Instituto Nacional de Salud. Protocolo de sífilis congénita y gestacional, [revista en Internet] *2007. [acceso 21 de noviembre 2011]. Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/sifilis/ins.pdf>
3. **Ávila-Reyes C.** Aumentan casos de niños con sífilis en el país. UN Periódico. <http://www.unperiodico.unal.edu.co/dper/article/aumentan-casos-de-ninos-con-sifilis-en-el-pais/index.html>. impreso 144,2011.
4. **Muñoz-López OL.** Sífilis congénita en Antioquia: una vergüenza pública. El pulso. Noviembre de 2006. <http://www.periodicoelpulso.com/html/nov06/general/general-05.htm>.