

¿Por qué sífilis congénita en el siglo XXI?

Liliana Gallego Vélez

Docente Ginecobstetricia Universidad de Antioquia

Líder del proceso de vigilancia epidemiológica de la sífilis
congénita

Nacer, Salud Sexual y Reproductiva - Centro Asociado al
CLAP/SMR - OPS/OMS de la Universidad de Antioquia.

- Convenio con la DSSA.
- Estudio descriptivo y retrospectivo.
- Casos de Sífilis Congénita en Antioquia.
- Reportados al SIVIGILA.
- Resultados 2005 (en publicación).
- Resultados año 2006 (preliminar).



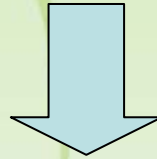
Comité de Sífilis

- Witer Elena Vallejo - Pediatra
- Sandra Vélez - Ginecobstetra
- Liliana Gallego – Ginecobstetra
- Santiago Faciolince – Médico
- Residentes primer año de Ginecobstetricia
Universidad de Antioquia
- Personal de apoyo

Proceso

- Identificación de los casos
- Solicitud de historias clínicas
- Recepción de historias clínicas
- Diligenciamiento ficha
- Comité de análisis
- Base de datos
- Análisis estadístico

Caso de Sífilis congénita.



Escenarios 1 y 2 de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC de Atlanta, 2006).

Escenario 1

1. Examen físico compatible con sífilis congénita.
2. VDRL o RPR cuatro veces los títulos maternos, ó
3. Campo oscuro positivo o anticuerpos fluorescentes positivos.

Guías de tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, CDC 2006

Escenario 2

Examen físico normal y serología igual o menos de cuatro veces los títulos maternos.

1. Madre no tratada, tratada inadecuadamente o sin registro de tratamiento.
2. Madre tratada con AB diferente a penicilina.
3. Madre tratada en las últimas 4 semanas del embarazo.
4. Madre con Sífilis temprana cuyos títulos no disminuyeron 4 veces los originales.

Guías de tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, CDC 2006

Escenario 3

Examen físico normal y serología igual o menos de cuatro veces los títulos maternos.

1. Madre tratada adecuadamente según el estadio y antes de las últimas 4 semanas del embarazo.
2. Madre sin evidencia de reinfección o recaída.
3. Madre cuyos títulos disminuyeron 4 veces para sífilis temprana o permanecieron estables y bajos para sífilis tardía.

Escenario 4

Examen físico normal y serología igual o menos de cuatro veces los títulos maternos.

1. Madre tratada adecuadamente antes del embarazo y
2. Los títulos permanecieron estables y bajos, antes y durante el embarazo y al parto (VDRL < 1:2, RPR < 1:4).

Caso de sífilis congénita

Definición INS 2006

Fruto de la gestación (aborto, mortinato o nacido vivo) de madre con sífilis gestacional sin tratamiento o tratamiento inadecuado, independientemente que el recién nacido presente o no signos de enfermedad y del resultado de las pruebas no treponémicas del recién nacido.



Protocolo Vigilancia Epidemiológica de la Sífilis Congénita.
Instituto Nacional de Salud 2006

Casos Notificados de Sífilis Congénita

Casos	2005	2006*
<i>Reportados al SIVIGILA</i>	<i>257</i>	<i>227</i>
<i>SIVIGILA (Depurado)</i>	<i>229</i>	<i>204</i>
Casos analizados	175	95

*Reporte de casos de Enero 1 a Octubre 20 de 2006

Distribución por escenarios

	2005	2006 *
<i>Escenario 1</i>	52	19
<i>Escenario 2</i>	98	53
Casos verdaderos	150	72

<i>Escenario 3</i>	15	14
<i>Escenario 4</i>	2	2
No clasificable	3	7
No caso	5	0
Excluidos	25	23

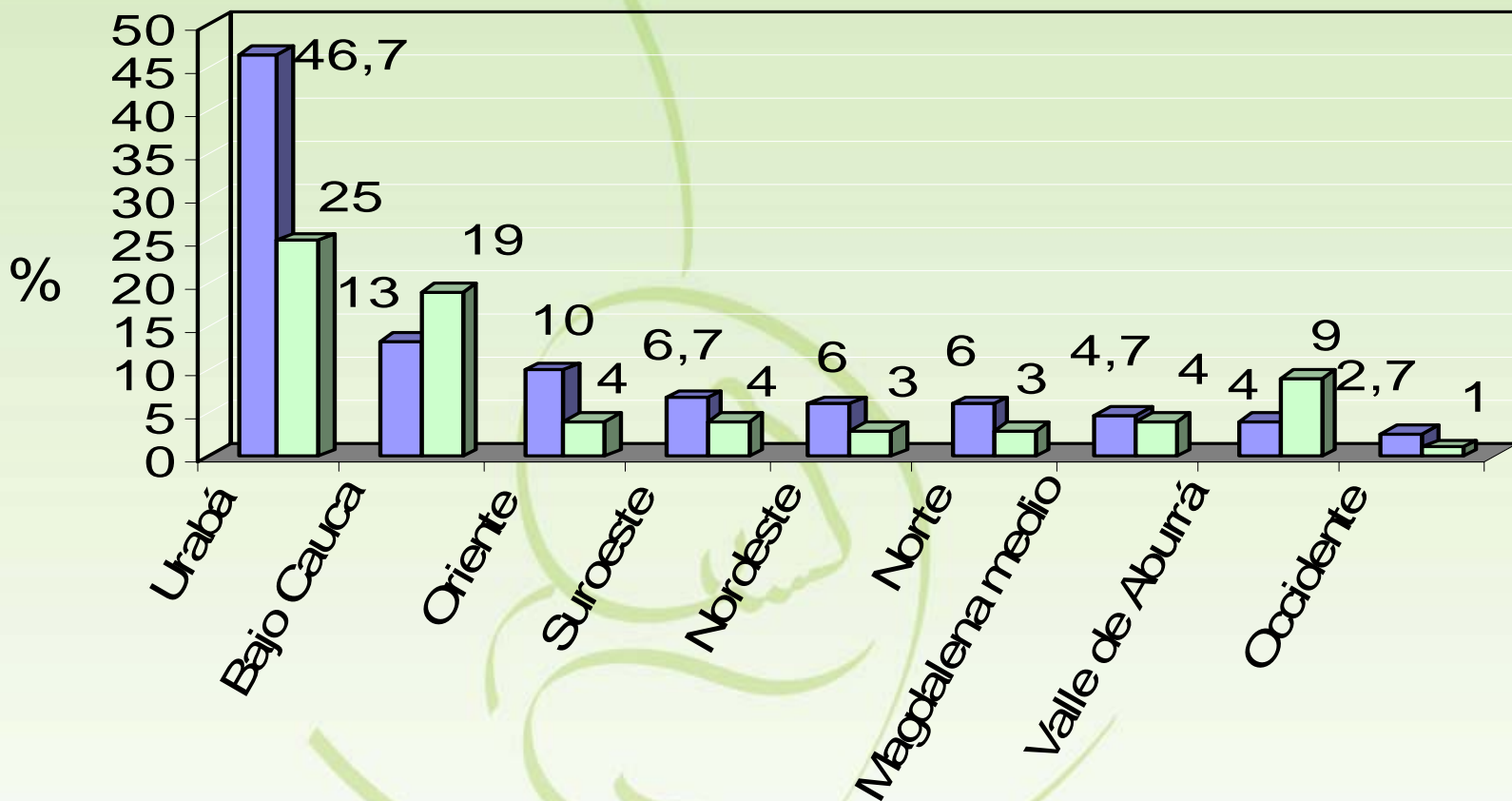
*Reporte de casos de Enero 1 a Octubre 20 de 2006

**Incidencia de sífilis congénita año 2005:
3,49 por 1000 nacidos vivos**

**Incidencia de sífilis congénita año 2006
(10 meses):
3,56 por 1000 nacidos vivos**

*Nacidos Vivos en ANTIOQUIA 2005 (sin Medellín): 60980

Casos por regional



2005



2006

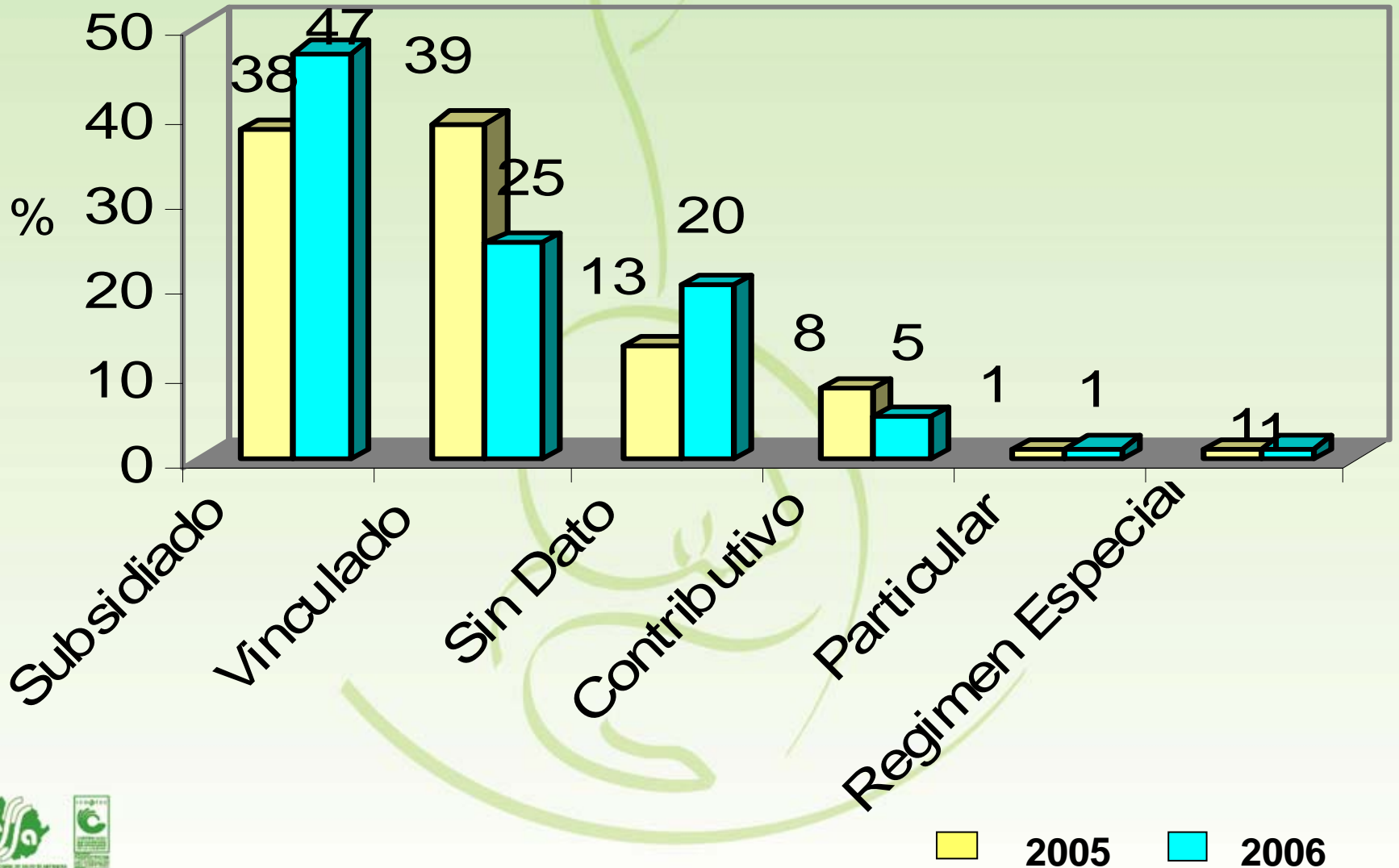
Distribución por edades

Grupo etáreo	2005 (%)	2006 (%)
Menores de 20	38,7	23,6
20 a 34 años	52,0	66,7
Mayores de 34 años	9,3	9,7

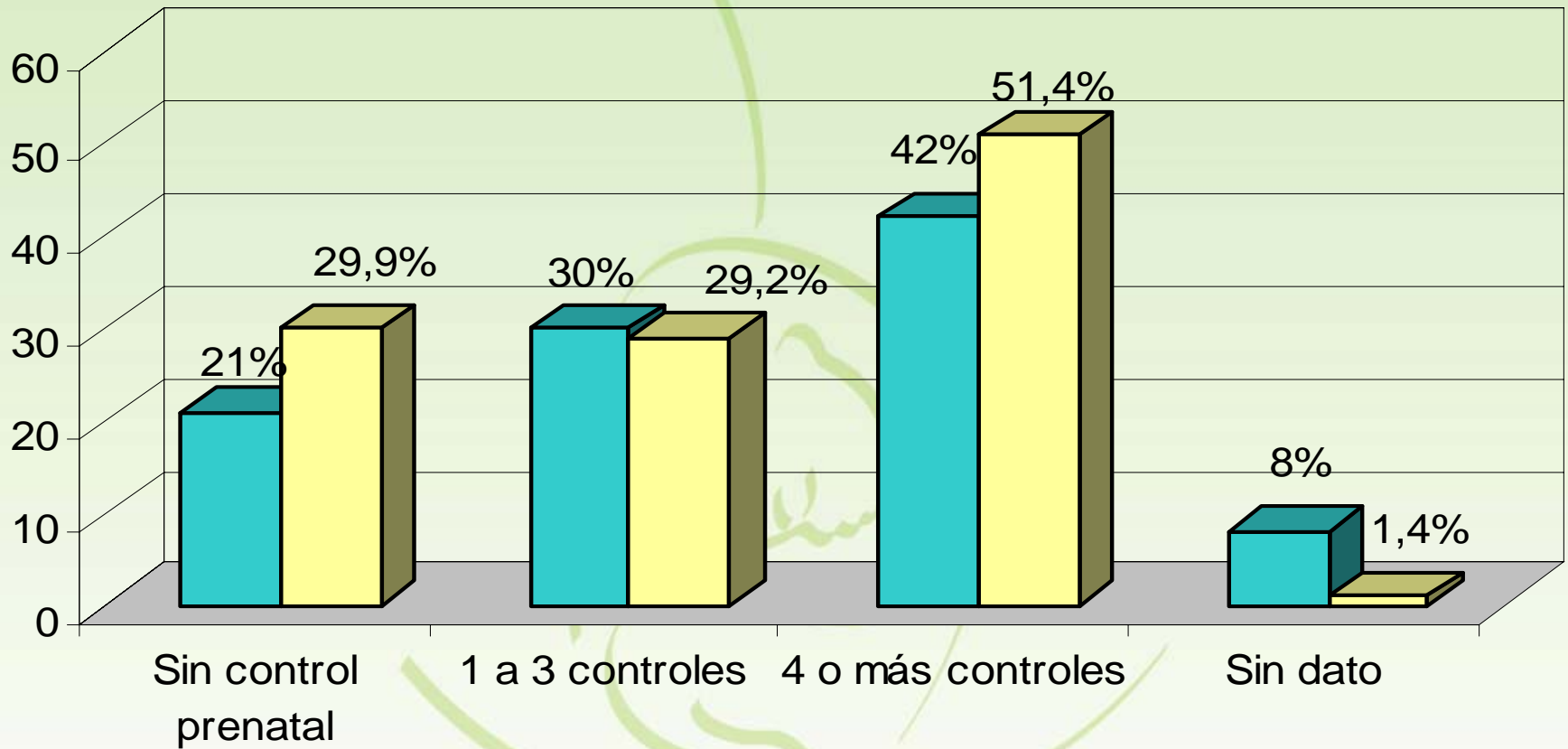
Estado civil de la madre

Estado civil	2005 (%)	2006 (%)
Casada	4,7	1,4
Soltera	34	31,9
Unión libre	42,7	44,4
Otra	0	5,6
Sin dato	18,7	16,7

Régimen de afiliación al SSGS



Número de controles prenatales



■ 2005 ■ 2006

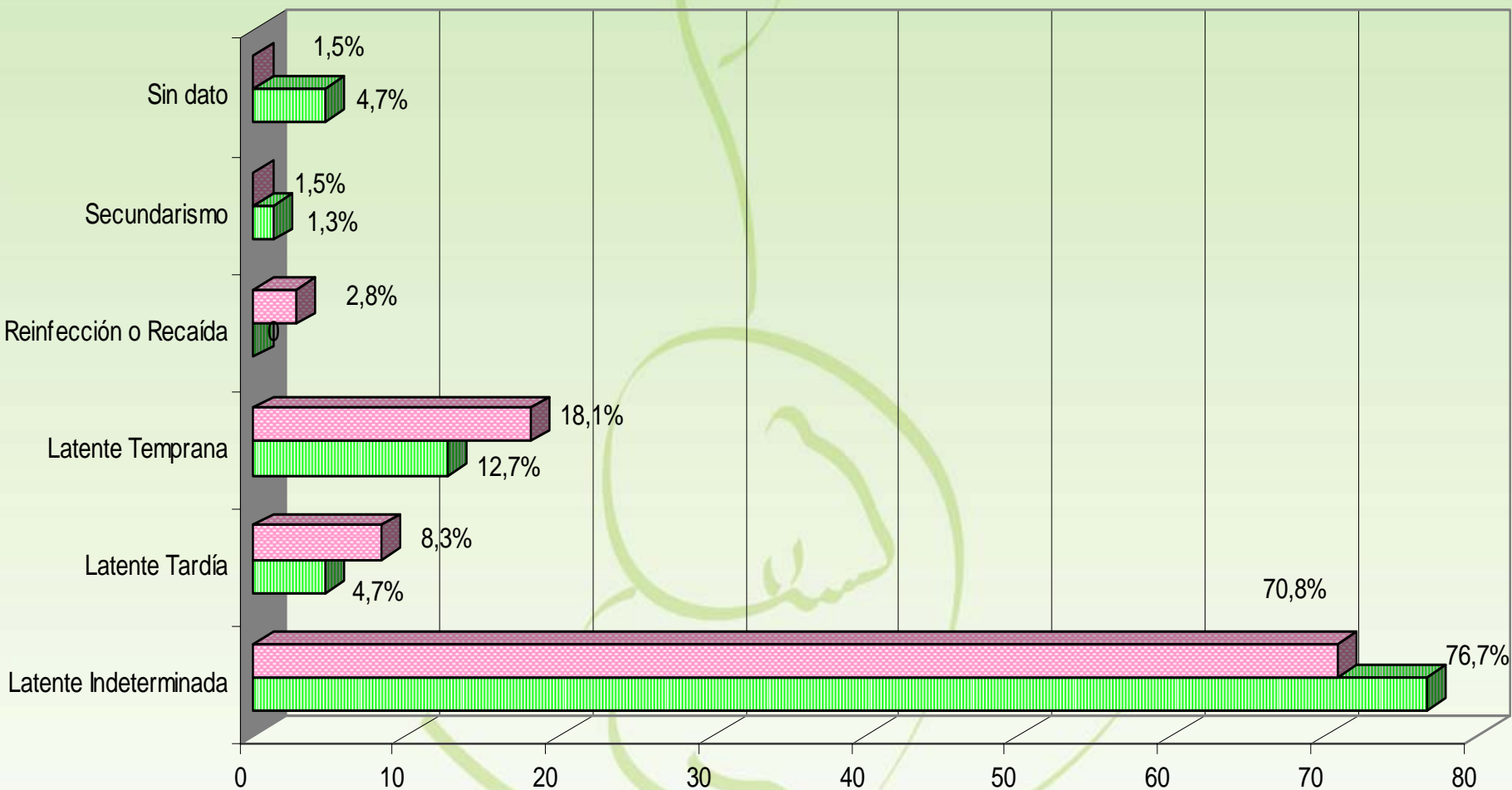
Paridad

PARIDAD	2005	2006
Primípara	25,3%	20,8%
2 o 3 embarazos	41,3%	58,3%
Más de 3 embarazos	22,6%	20,8%
Sin dato	10,6%	0

Historia de sífilis y tratamiento al compañero

	Historia previa de sífilis		Captación del compañero	
	2005	2006	2005	2006
No	0	12,5	47,3	54,2
Si	13,3	31,9	18,7	37,6
Sin dato	86,7	55,6	34,0	8,3

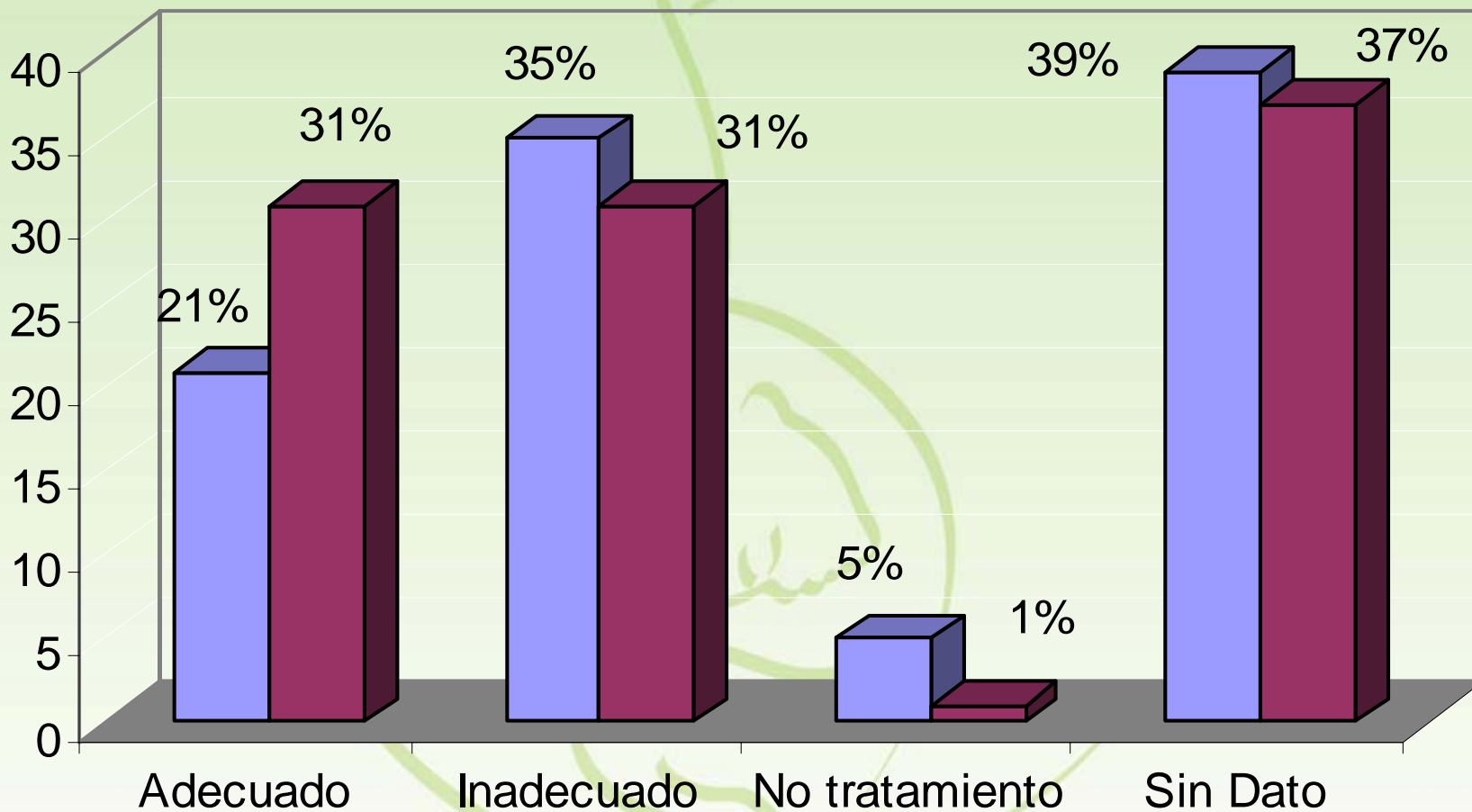
Clasificación de la sífilis materna



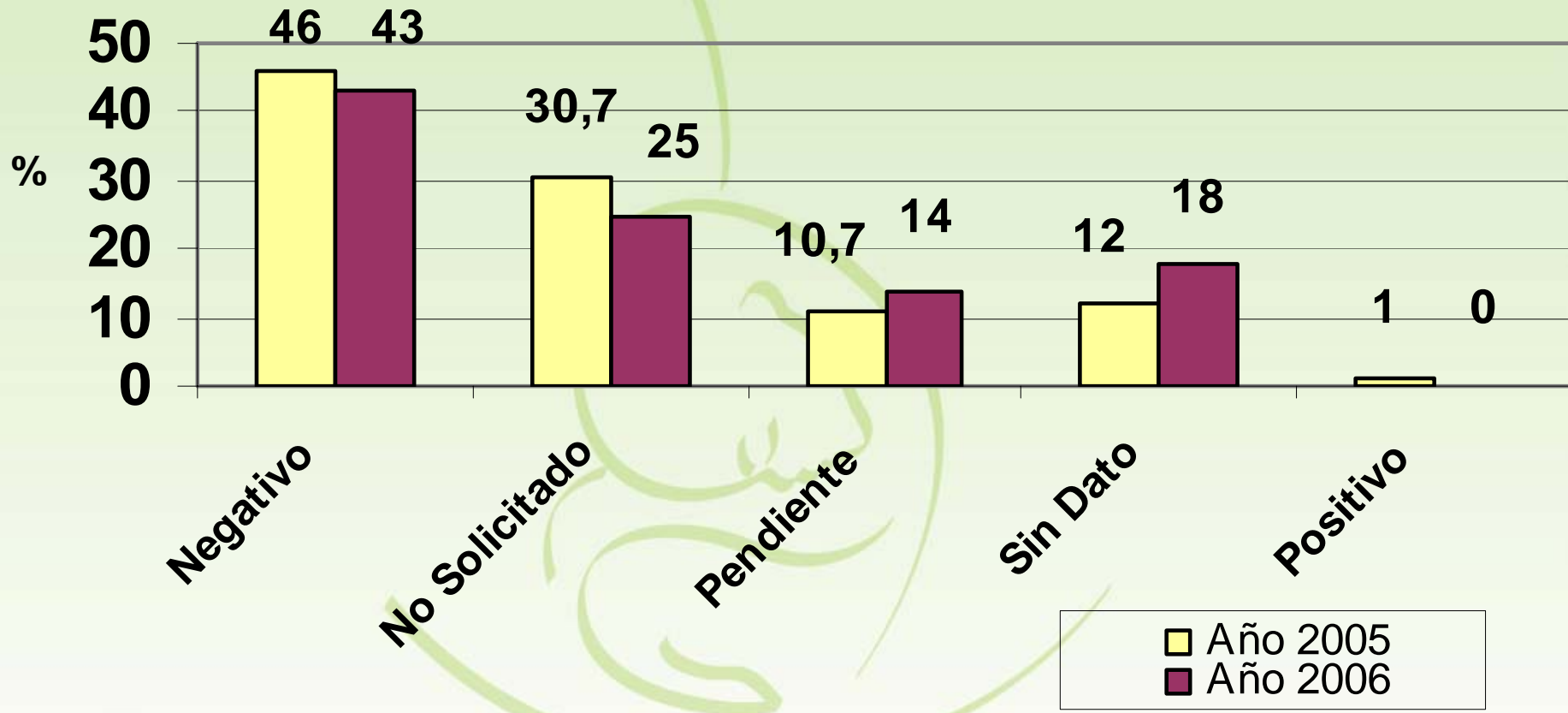
2005

2006

Tratamiento de la sífilis materna



Resultado prueba de VIH



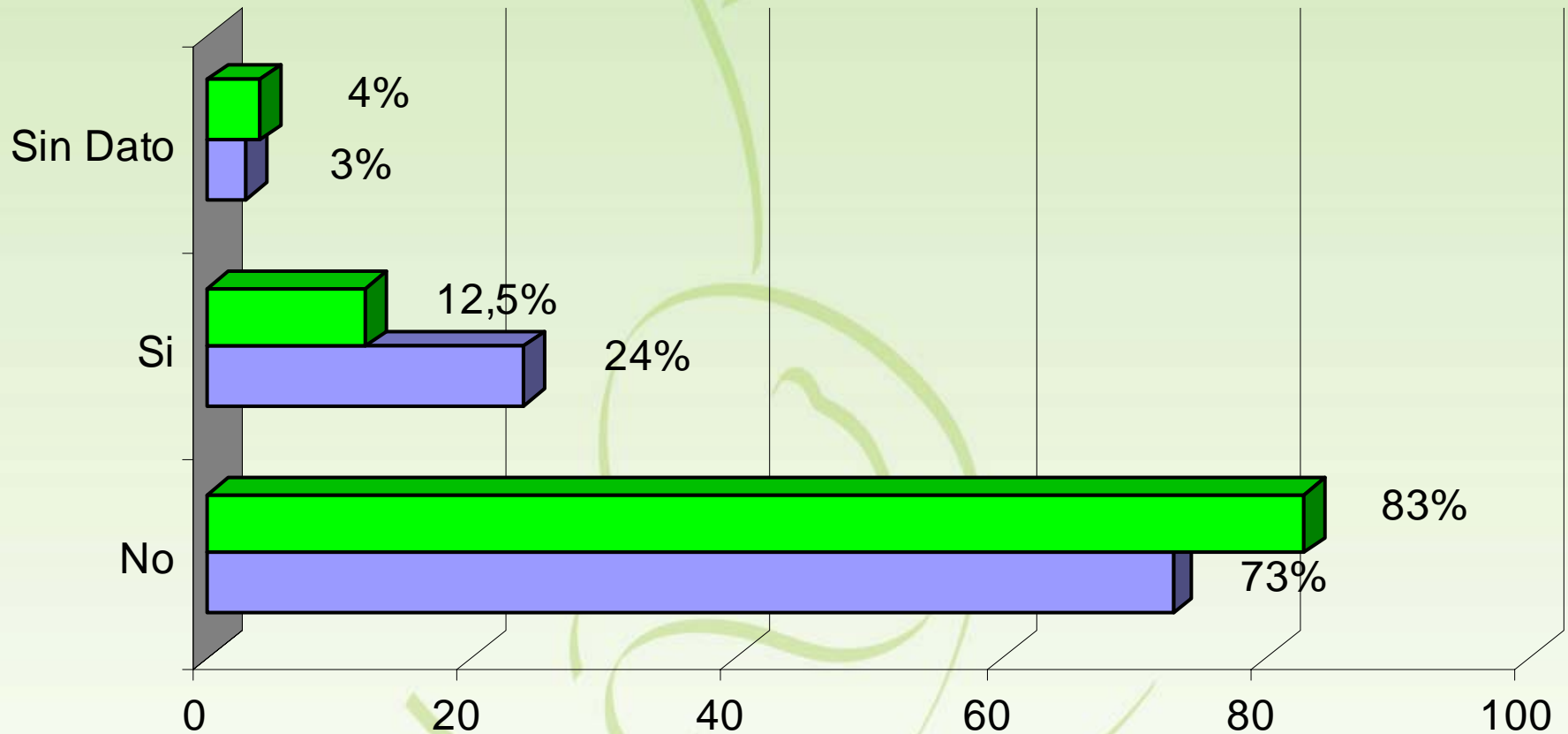
Resultado perinatal

Resultados perinatales	2005	2006
Nacidos Vivos	94,7%	89%
Nacidos Muertos	5,3%	8%
Muerte postnatal	2,4%	3%

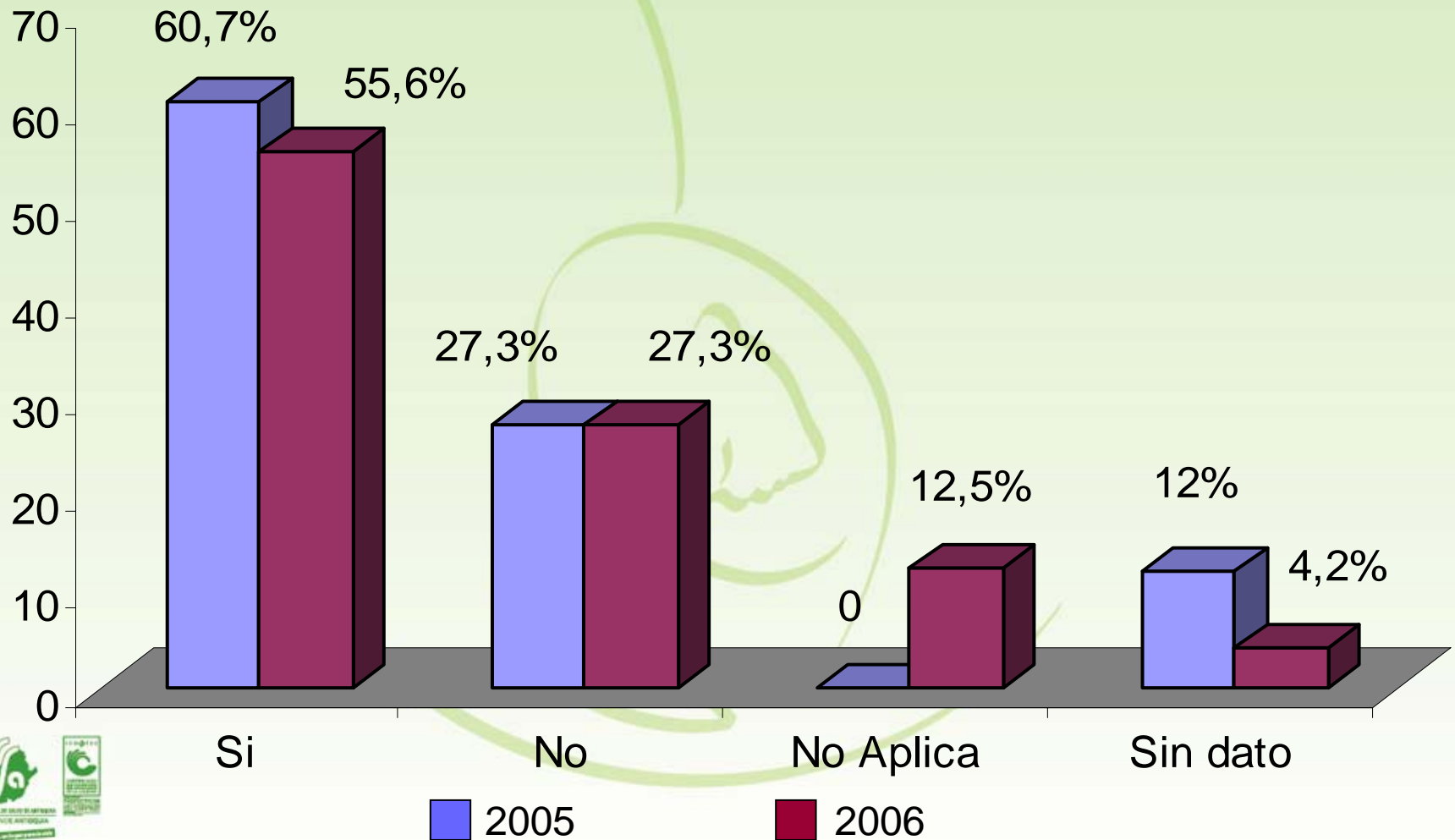
Títulos de serología del recién nacido

	2005	2006
Títulos de serología del recién nacido igual a los títulos de la madre o una dilución mayor	82 %	68,1%
2 titulaciones más que la madre	5,3 %	5,6%
No se pudo hacer esta relación	12,6%	26,2%

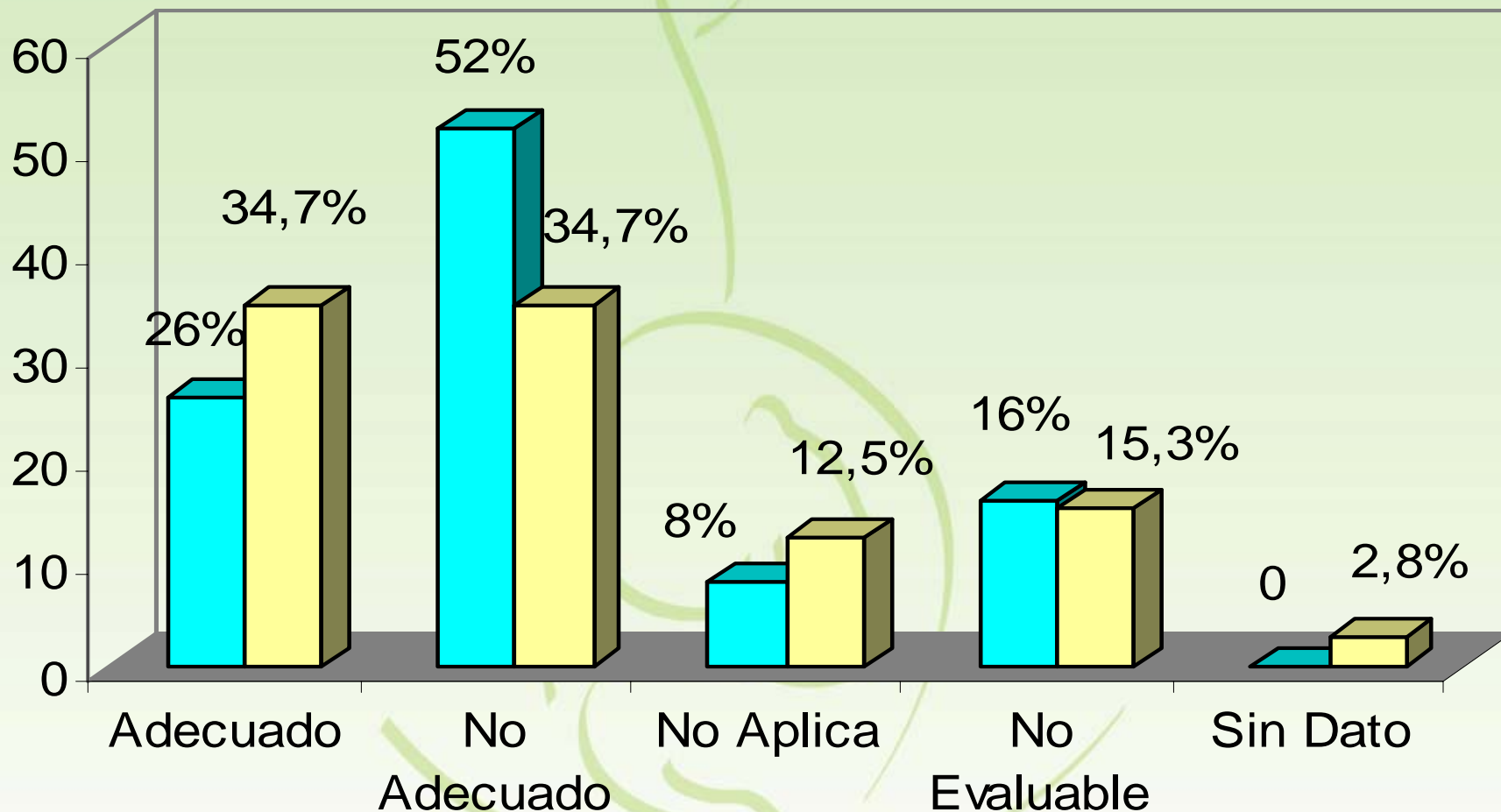
Bajo peso al nacer




Punción lumbar en el Recién nacido



Tratamiento del recién nacido



2005 

2006 

Factores determinantes de la persistencia de la sífilis congénita

- Ingreso tardío al control prenatal o no realización de éste (51%).
- No utilización de métodos de anticoncepción (38%).
- Falta de auto-cuidado de la salud (43%)
- Ineficacia del programa de control prenatal para captación temprana de la gestante o para inducir la demanda. (53%)

Factores determinantes de la persistencia de la sífilis congénita

- Diligenciamiento incompleto de la historia clínica. (86%)
- No se verifica ni se consigna en la historia, la aplicación de los tratamientos ordenados en forma ambulatoria tanto de la madre, como del recién nacido o de los contactos. (54%)
- No hay captación de los compañeros sexuales o tratamiento de estos. (53%)

Factores determinantes de la persistencia de la sífilis congénita

- Deficiencia del programa de control de ITS (64%)
- No queda consignado plan de seguimiento para la madre o el hijo (65%)
- Desconocimiento de protocolos de atención de sífilis gestacional y congénita en cuanto a:
 1. Diagnóstico (58%)
 2. Tratamiento (68%)
 3. Seguimiento (76%)

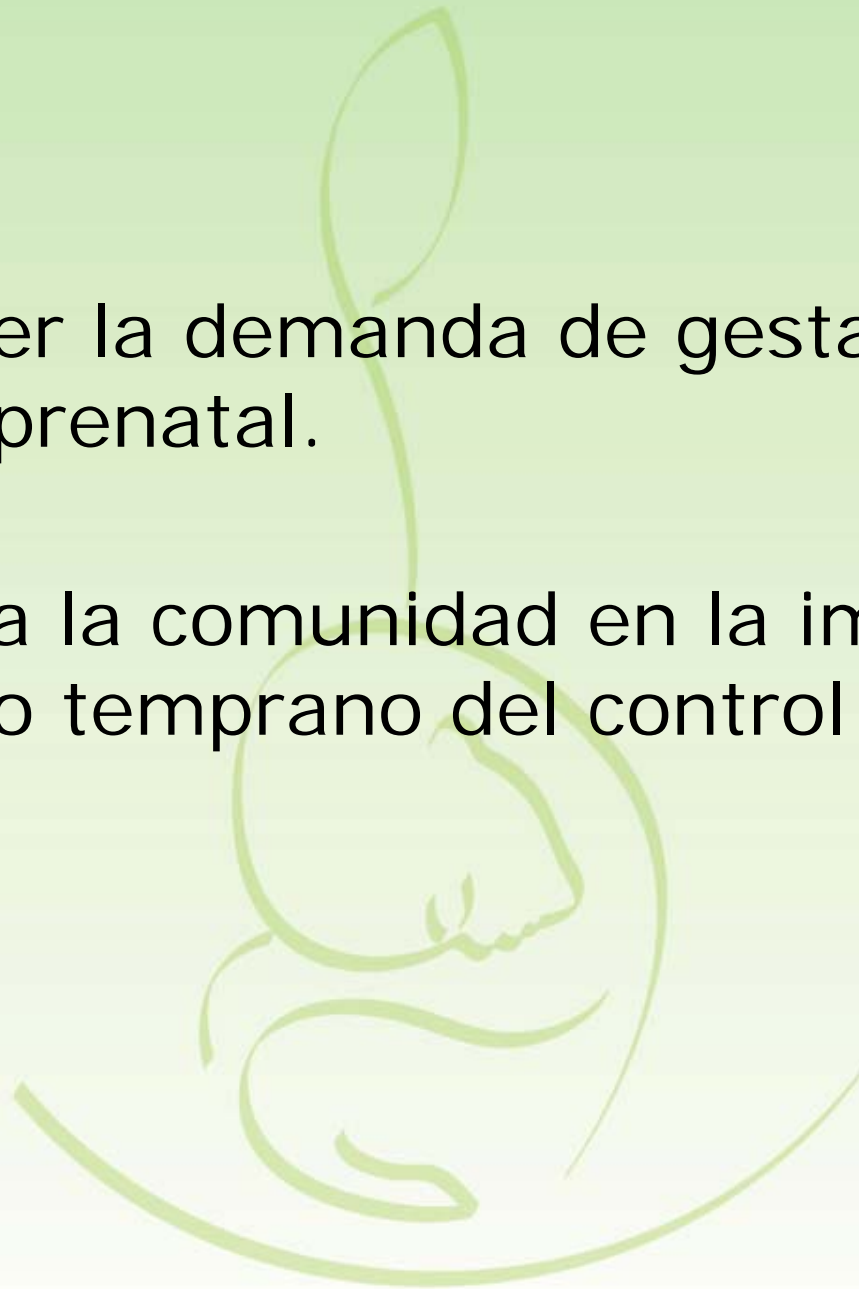
La sífilis es una ITS fácil de controlar por los siguientes motivos:

- Los casos están agrupados, está ocurriendo en la minoría con bajos ingresos y poco nivel educativo.
- Se dispone de buenas pruebas diagnósticas, poco costosas.
- Se dispone de tratamiento efectivo y económico.

Estrategias



- Promover la demanda de gestantes al control prenatal.
- Educar a la comunidad en la importancia del inicio temprano del control prenatal.



- Capacitación del personal médico e implementación de protocolos.
- Implementar el uso de las pruebas treponémicas rápidas para la confirmación oportuna del diagnóstico en las gestantes.
- Planes de seguimiento.

- Educar a la gestante sobre la enfermedad y sus secuelas, prácticas sexuales seguras, importancia de seguimiento y adherencia al tratamiento.
- Impulsar los programas de planificación familiar.

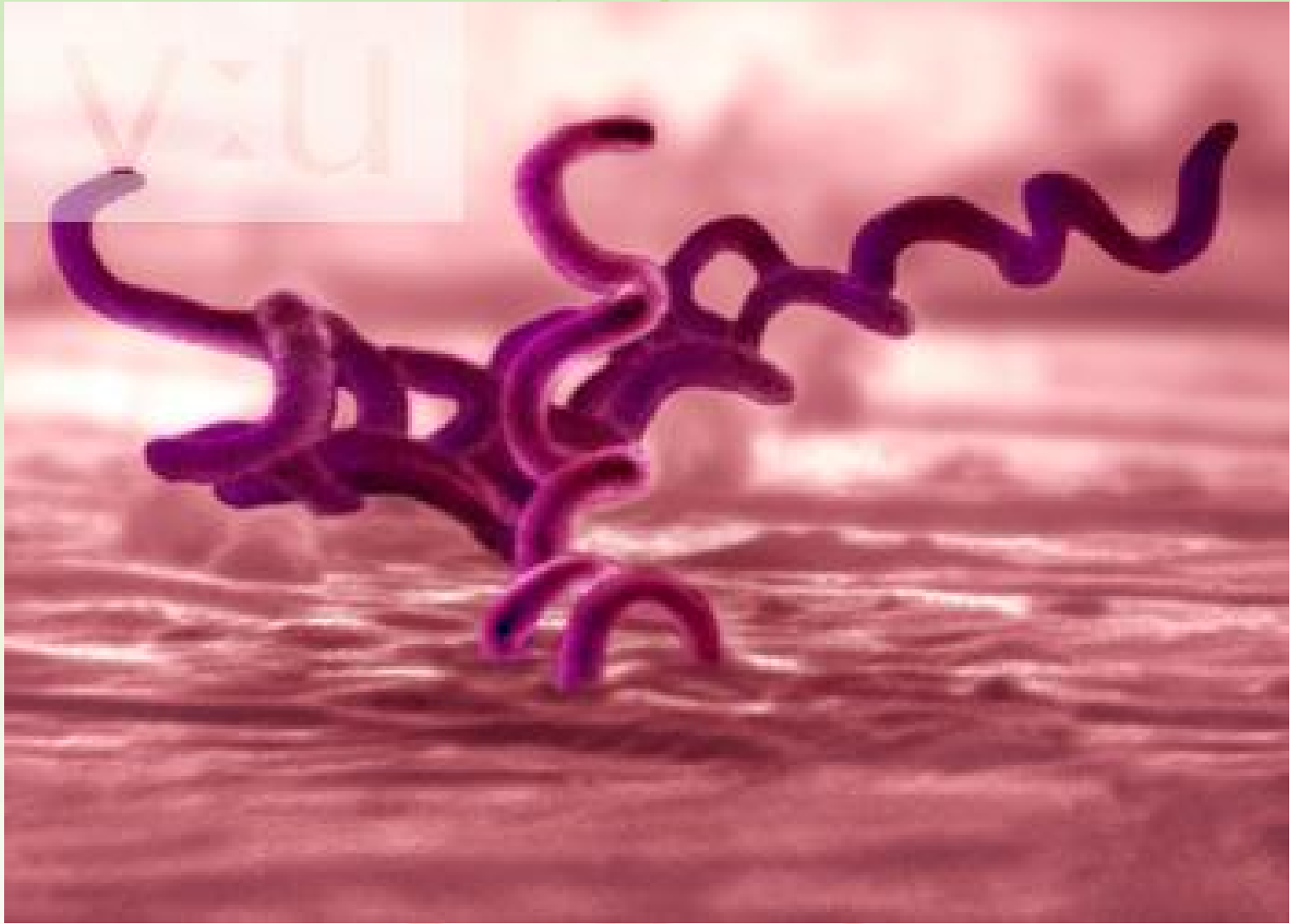
- Mejorar el sistema de remisión y contra-remisión.
- Mejorar la calidad de la información consignada en las historias clínicas y la historia perinatal del CLAP
- Utilización adecuada del carné prenatal

- Asegurar que los protocolos sean seguidos y cumplidos mediante la auditoría de historias clínicas.
- Planes de mejoramiento con seguimiento y retroalimentación al personal encargado del manejo de los casos por cada institución.

- Impulsar el programa de control de infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Captación y tratamiento de contactos.
- Búsqueda de VIH y otras ITS en gestantes.

Erradicar la sífilis congénita
sí es posible !







na(er

Salud Sexual y Reproductiva
Centro Asociado al CLAP/SMR – OPS/OMS
Universidad de Antioquia