

22. SÍFILIS CONGÉNITA. PLAN DE ELIMINACIÓN

*Protocolo de Vigilancia Epidemiológica
para Sífilis Congénita.*

1. Entrada

1.1 Definición del Evento a Vigilar:

Descripción: La sífilis congénita es una enfermedad que debe considerarse como un problema del binomio madre-hijo. Puede ocasionar aborto tardío entre el 20 y 40% de los casos, muerte fetal o del recién nacido en un 20 a 25 % de los casos e infección congénita en el 40 al 70 % de los recién nacidos hijos de madres infectadas.

Las manifestaciones clínicas pueden ser tempranas o tardías y varían desde formas asintomáticas a graves, si la infección no es detectada y tratada adecuadamente. La forma asintomática ocurre especialmente en la primera semana de vida. La enfermedad sistémica puede manifestarse con hepato y/o esplenomegalia, neumonitis, hemorragia, manifestaciones neurológicas, lesiones óseas, edema y seudoparálisis.

En la sífilis congénita temprana, se observan síntomas como rinitis, esplenomegalia, lesiones maculares, ictericia y anemia.

La infección congénita puede producir manifestaciones tardías tales como lesiones óseas (anomalía del maxilar superior, tibia en sable, nariz en silla de montar, abombamiento frontal), anomalías dentales (dientes de Hutchinson), anomalías oculares (fotofobia, queratitis intersticial) y lesiones del sistema nervioso central (retraso mental, epilepsia, sordera, hemiplejía) y lesiones cutáneas.

Agente: Causado por una espiroqueta, el *Treponema pallidum*.

Modo de transmisión: Puede ocurrir por vía perinatal, in útero por paso trasplacentario o durante el parto por el paso a través del canal del parto y o a través del contacto sanguíneo. La lactancia puede estar involucrada en su transmisión. El tratamiento incompleto o inadecuado de la sífilis en las mujeres es un factor importante de la infección en el recién nacido, ya que la transmisión al feto puede ocurrir independiente del estadio de la enfermedad.

Período de transmisibilidad: La transmisión al feto puede ocurrir en cualquier momento del embarazo, sin embargo dado que la espiroquetemia es más frecuente en la fase temprana de la sífilis, los hijos de mujeres que han adquirido la enfermedad durante la gestación, presentan un riesgo mayor de adquirir ésta, que aquellos cuyas madres adquirieron la enfermedad antes del embarazo.

El 70% de los hijos de madres infectadas que no han recibido tratamiento para la sífilis, se infectan al momento del nacimiento.

El recién nacido es infectante hasta 24 horas después de iniciado el tratamiento.

Distribución: Mundial, es considerado un problema de salud pública por su gravedad, representa el fracaso de la atención prenatal. Con una tecnología básica propia del sector salud puede ser evitable. La Organización Panamericana de la Salud estableció la meta de eliminar la sífilis congénita como problema de salud pública.

1.2 Definiciones Operativas

Caso de sífilis gestacional se define como una gestante con prueba serológica no treponémica para sífilis: (RPR, VDRL o USR) reactiva 1:8 o más diluciones, o en menor dilución si tiene una prueba treponémica reactiva (FTA – Abs o TPHA)

Caso probable de sífilis congénita temprana: Recién nacido (vivo o muerto) de una mujer con diagnóstico de sífilis que no recibió tratamiento o éste fue incompleto o inadecuado, independiente de los hallazgos clínicos del recién nacido.

Niño menor de dos años con brote máculopapular, hepato y/o esplenomegalia, ictericia, anemia y rinorrea.

Caso probable de sífilis congénita tardía: Niño mayor de 2 años que presenta lagrimeo, fotofobia, dolor ocular, pérdida de agudeza visual y anomalías óseas.

Caso confirmado de sífilis congénita: Caso probable que cumple con alguno de los siguientes criterios:

- Títulos de la prueba no treponémica (RPR, VDRL o USR) del recién nacido cuatro veces mayores que los títulos de la madre.
- Prueba no treponémica del recién nacido o del menor, reactiva a cualquier dilución y el FTA-ABS IgM positivo.

Caso confirmado de neurosífilis: Caso probable con un VDRL reactivo en suero y líquido cefalorraquídeo o un VDRL reactivo en suero y negativo en LCR, pero con un aumento de proteínas en este (más de 50 mg/dl) y del recuento de leucocitos (más de 5 mm³) en éste sin otra causa que lo explique.

Caso compatible de sífilis congénita: Caso probable que no fue posible estudiar por laboratorio.

Caso descartado: Caso probable cuyo resultado de VDRL, RPR o USR y/o FTA-ABS IgM fueron negativos.

1.3 Definición de objetivos, metas y estrategias

Objetivo

Reducir la prevalencia de sífilis congénita en el Departamento.

Metas:

- Mantener una prevalencia de sífilis durante el embarazo, inferior a 1 por mil gestantes.
- Reducir las tasas de incidencia de sífilis congénita a cifras iguales o inferiores a 1 caso por 2000 nacidos vivos.
- Estudiar por laboratorio al 100% de los casos probables de sífilis congénita.
- Realizar seguimiento adecuado al 100% de los recién nacidos infectados.
- Realizar pruebas no treponémicas en el 1^{er} y 3^{er} trimestre del embarazo al 100% de las gestantes.
- Realizar pruebas no treponémicas en el momento del parto, al 100% de las gestantes captadas por las instituciones de salud.
- Realizar pruebas no treponémicas en el momento del posparto o control del puerperio, al 100% de las gestantes que tuvieron su parto por fuera de la IPS.

Estrategias:

- Fortalecimiento de la consulta prenatal, mejorando su mercadeo social y la calidad de la atención.
- Desarrollo y mantenimiento de la red de laboratorio y del control de calidad para las pruebas de diagnóstico en la madre y el recién nacido.
- Información a la comunidad y vinculación de ésta al proceso de vigilancia epidemiológica para la detección de casos probables y para el desarrollo y evaluación de las intervenciones.
- Fortalecer la detección, vigilancia y tratamiento temprano y apropiado de las mujeres embarazadas infectadas.
- Fortalecer las actividades tendientes a la reducción de las enfermedades de transmisión sexual en población general

1.4 Recursos disponibles y responsabilidades

- Capacidad técnica sectorial para la prevención, el diagnóstico y tratamiento de los enfermos.
- Es responsabilidad de la institución prestadora de servicios de salud, notificar la presencia o ausencia de casos (incluir los casos confirmados por el laboratorio) a la DLS, garantizar la toma de muestras y tratamiento oportuno a la gestante y recién nacido, realizar seguimiento de los casos y evaluar la calidad de atención.
- Es responsabilidad de EPS, ARS, empresas solidarias y entidades adaptadas garantizar la cobertura total a su población afiliada.
- Es responsabilidad de la dirección local de salud promocionar y disponer los recursos para la atención prenatal, natal y postnatal, coordinar las acciones comunitarias, notificar la presencia o ausencia de casos hasta la dirección departamental y asesorar, evaluar y controlar el sistema de vigilancia de la salud pública.
- Es responsabilidad de la dirección seccional de salud notificar la presencia o ausencia de casos al Ministerio de Salud, gerenciar la vigilancia de la salud pública a nivel departamental, disponer las pruebas diagnósticas de mayor complejidad y gerenciar el manejo de insumos del Plan Nacional.
- Es responsabilidad del Ministerio de Salud, dirigir y controlar el sistema nacional de vigilancia de la salud pública.

1.5 Planeación y selección de datos

Fuentes de Información

- Instituciones prestadoras de servicios de salud
- Comunidad

- Laboratorio
- Agentes comunitarios de salud
- DANE

Registros:

- RIPS (consulta externa, de urgencias, hospitalización y procedimientos).
- Certificados de defunción
- Historia clínica
- Ficha única de notificación e investigación epidemiológica de caso - Sivigila.

1.6 Flujograma

- De la institución prestadora de servicios de salud a la dirección local de salud:
 - Inmediata individual de todo caso probable vía Sivigila.
 - Semanal colectiva de la presencia o ausencia de casos probables, compatibles o confirmados.
 - Semanal individual de casos probables, compatibles y confirmados a través de las variables de la ficha única del Sivigila.
- De la dirección local a la dirección seccional de salud:
 - Inmediata individual de todo caso probable con las variables básicas de la ficha única del Sivigila
 - Semanal colectiva de la presencia o ausencia de casos probables, compatibles o confirmados.
- Del laboratorio de salud pública a la dirección local o seccional de salud.
 - Semanal individual de todo caso confirmado.
- De la dirección seccional de salud al Ministerio de Salud:
 - Semanal colectiva de la presencia o ausencia de casos probables, compatibles o confirmados.

2. PROCESO

2.1 Decisiones políticas

- Inclusión de las acciones de atención materno infantil y del plan de eliminación de la sífilis congénita como prioridad en los planes de atención básica municipal y departamental.
- Inclusión en el Plan Obligatorio de Salud como una de las enfermedades prioritarias a nivel Nacional.

2.2 Definición de acciones técnicas

Con la madre durante el período de gestación

- Realizar pruebas no treponémicas en el primer y tercer trimestre de gestación y en el momento del parto. Mínimo en el primer trimestre y en el momento del parto según Resolución 412 de 2000.

Este examen debe repetirse en cualquier momento del embarazo ya sea por sospecha clínica de la enfermedad o por la presencia de factores de riesgo tales como: Tener varios compañeros sexuales, o un compañero sexual con mas de una pareja sexual, consumir sustancias psicoactivas, o antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.

Si la gestante vive en áreas rurales o suburbanas de difícil acceso o de difícil vinculación al control prenatal, la prueba se realiza en el momento de su captación.

Un resultado de una prueba no treponémica con diluciones iguales o mayores a ocho confirma sífilis activa en la gestante. En este caso debe solicitarse estudio de VIH previo consentimiento de la persona.

Una prueba no treponémica con diluciones inferiores a ocho (1-2-4 díls) no descarta la infección, por tanto es necesario realizar un nuevo control serológico a los 15 días para determinar incremento en los títulos o estudiar con FTA-ABS.

Tipo de muestra: Cuatro a cinco ml de suero tomado en ayunas.

Toma y envío de la muestra: En tubo seco estéril sin anticoagulante, se sangra a la madre. El suero se separa en tubo estéril tan pronto se retrae el coágulo.

Si la muestra requiere enviarse a un laboratorio de referencia, caso específico del FTA-ABS, se conserva y remite refrigerada, completamente sellada y debidamente rotulada.

Evaluación clínica de la gestante con una prueba no treponémica que confirma la infección para la clasificación del estadio de la enfermedad.

- Estadio primario, aparecen úlceras induradas e indoloras de piel y mucosas principalmente, en genitales.
- Estadio secundario, se caracteriza por una erupción que puede presentarse de muchas formas, la más frecuente es de tipo máculopapular que afecta principalmente las palmas de las manos y plantas de los pies. Pueden presentarse adenopatías generalizadas, fiebre, malestar general, esplenomegalia, odinofagia, cefalea y artralgias.
- Período de latencia, es variable y puede interrumpirse por recurrencias de los síntomas secundarios.
- Estadio terciario está marcado por aortitis, anomalías neurológicas y/o formación de gomas en piel, hueso y/o vísceras. Estas se presentan tardíamente 15 o más años después de la infección primaria.

- Esquema terapéutico

El medicamento de elección en todos los casos es la penicilina benzatínica, administrada así:

- Sífilis primaria, secundaria y latente temprana (evolución menor de un año): Penicilina G Benzatínica 2.4 millones de unidades I.M. al momento del diagnóstico y 2.4 millones de unidades I.M. a la semana siguiente.
- Sífilis latente tardía (evolución mayor de un año) o en los casos en que no se puede establecer el tiempo de evolución: Penicilina G. Benzatínica: 2.4 millones de unidades I.M. al momento del diagnóstico y dos dosis de 2.4 millones de unidades aplicadas cada una con un intervalo de una semana.
- Sífilis terciaria: Penicilina cristalina 2 a 4 millones de unidades I.V. cada 4 horas por 10 a 14 días o penicilina procainica 2.4 millones de unidades I.M. diarias por 10 a 14 días.

No deben utilizarse otros antibióticos como eritromicina o tetraciclina ya que no garantizan el tratamiento adecuado del feto y pueden presentarse efectos secundarios.

Para asegurar la curación de la enfermedad en el feto, el tratamiento en la gestante tiene que realizarse antes de la semana 34 de gestación.

- Seguimiento serológico así:
 - Sífilis primaria, secundaria y latente temprana: realizar pruebas no treponémicas a los 1, 3, 6, 9 y 12 meses después del tratamiento.
 - Sífilis latente tardía, terciaria y coinfección con el VIH: realizar pruebas no treponémicas a los 1, 3, 6, 12, 18 y 24 meses después del tratamiento.
 - Neurosífilis, control de LCR a los seis meses del tratamiento.
- Criterio para establecer curación: Disminución de los títulos en dos diluciones, en un plazo de tres meses. Después de los seis meses del tratamiento, los títulos deben encontrarse por debajo de 8 dils
- Realizar retratamiento de la gestante en los siguientes casos:
 - Si a los tres meses los títulos permanecen estables o sólo han disminuido en un título.
 - Si a los seis meses los títulos permanecen mayores o iguales a 1:8 dils
 - Si a los seis meses persiste la alteración en el L.C.R.
- El o los compañero(s) sexual(es) de la materna, debe ser evaluado clínica y serológicamente y tratado de acuerdo con los hallazgos.

Con el recién nacido: A partir de la clasificación como probable:

- Evaluación del tratamiento en la madre: Se considera que el tratamiento materno fue inadecuado, cuando la embarazada con sífilis no cumplió en su totalidad con el esquema ordenado o cuando el tratamiento realizado no era el recomendado para el estadio de la enfermedad, o cuando el tratamiento se realizó con un antibiótico diferente a la penicilina y cuando no se hizo el seguimiento normado.
- Definición de manejo ambulatorio u hospitalario: La hospitalización está indicada además en recién nacidos con lesiones ulcerativas, debe tenerse precauciones con los drenajes y secreciones ya que el recién nacido con sífilis congénita es altamente infectante.
- Notificación individual semanal y diligenciamiento de la ficha única del Sivigila.
- Estudio por laboratorio
 - **Examen solicitado:** Prueba no treponémica en el recién nacido y en la madre si no se tiene ésta prueba.
 - FTA-ABS-IgM: Se solicita a los niños cuyos títulos de la prueba no treponémica son menores a los de la madre, o a los recién nacidos con serología no reactiva pero cuyas madres presentaron reactividad del

VDRL , RPR o USR y recién nacido que presenta diluciones iguales o mayores de ocho pero menores a los títulos de la madre.

- **Tipo de muestra:** Cuatro a cinco mls de suero no hemolizado del recién nacido y de la madre.
- **Toma de la muestra:** En tubo seco estéril sin anticoagulante, se sangra a la madre y al recién nacido de sitio diferente al cordón umbilical. El suero se separa en tubo estéril tan pronto se retrae el coágulo.

Si la muestra requiere enviarse a un laboratorio de referencia, caso específico del FTA-ABS-IgM, se conserva y remite refrigerada, completamente sellada y debidamente rotulada.

- VDRL y citoquímico de líquido cefalorraquídeo.

Tipo y toma de muestra: Cinco ml de LCR obtenidos en tubo seco estéril por punción lumbar.

- **Esquema terapéutico:** Se inicia a partir del caso probable.

El antibiótico de elección en todos los casos es la penicilina y los esquemas recomendados son los siguientes:

- Recién nacido con sífilis sin compromiso del sistema nervioso central: Penicilina cristalina 100.000 a 150.000 unidades/kg/día IV por 10 días o penicilina procaínica 50.000 unidades/kg/día por 10 días.
- Recién nacido con neurosífilis: Penicilina cristalina 100.000 a 150.000 unidades/kg/día IV por 14 días.
- Recién nacido asintomático hijo de madre con tratamiento adecuado, pero suministrado después de la semana 34 de gestación: Penicilina G Benzatínica 50.000 unidades/kg en dosis única.
- Seguimiento:

Casos sin compromiso del sistema nervioso central:

Realizar prueba no treponémica en suero los 1, 3, 6, 9 y 12 meses del tratamiento.

Casos con compromiso de SNC: VDRL en LCR a los seis meses del tratamiento y en suero a los 18 y 24 meses.

- Criterios de curación:
 - Disminución de títulos en dos diluciones, en un plazo de tres meses. Después de los seis meses de tratamiento los títulos deben encontrarse por debajo de 1:8.

Realizar retratamiento en los siguientes casos:

- Si a los tres meses los títulos permanecen estables o han disminuido solo en un título.
- Si a los seis meses los títulos permanecen mayores o iguales a 1:8.
- Si a los seis meses persiste la alteración del LCR.

NINGUNA MADRE, NI NINGUN NIÑO DEBEN SER DADOS DE ALTA SIN CONOCER EL RESULTADO DE LA SEROLOGIA PARA SÍFILIS.

A nivel comunitario a partir del caso probable: en el recién nacido.

- Vigilancia de la salud pública:
 - Evaluación y tratamiento de los contactos sexuales de la gestante.
 - Estudio serológico, pruebas no treponémicas tres meses después del contacto, a todas las personas que manipularon sin precauciones al recién nacido, antes de iniciar el tratamiento y evaluación clínica de la presencia de lesiones, a éstas mismas personas, dos o tres semanas después de la exposición.
 - Realizar campañas de promoción de comportamientos saludables relacionados con la sexualidad y la reproducción.
 - Dar cumplimiento a las acciones y estrategias establecidas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
 - Realizar sondeos entre la población, para conocer las causas y posibles soluciones a los factores que limitan la accesibilidad a los servicios de atención prenatal y natal. Se sugiere trabajar con la metodología de grupos focales.
 - Realizar censo de parteras y establecer un programa de trabajo articulado, entre la institución de salud y este grupo de agentes comunitarios.
 - Fortalecer la vigilancia de la cobertura y calidad del control prenatal en la red de servicios de la localidad.
- **A nivel institucional:**
 - Evaluar la calidad del manejo de la gestante durante la atención prenatal.
 - Evaluación del riesgo de exposición del personal de salud durante la atención posnatal al recién nacido y proceder en igual forma que con los contactos de riesgo comunitarios.
 - Realizar el plan de mejoramiento institucional de acuerdo con las áreas críticas identificadas.

2.3 Definición de mecanismos operativos

- Designación de un coordinador de vigilancia de la salud pública en cada dirección local de salud y de vigilancia epidemiológica en cada institución prestadora de servicios de salud.
- Constitución y funcionamiento de los comité de vigilancia de la salud pública a nivel municipal y de vigilancia epidemiológica a nivel institucional.
- Vigilancia sobre el cumplimiento de los protocolos de atención materna y perinatal en las instituciones de salud.
- Asesoría, asistencia técnica, evaluación y control desde la dirección seccional a la vigilancia de la salud pública realizada por las direcciones locales y unidades prestadoras de servicios de salud.
- Coordinación con las instituciones formadoras del recurso humano en salud y a las asociaciones y sociedades científicas para la capacitación y divulgación de estas normas.

2.4 Clasificación final del caso:

Al egreso del paciente o cuando se disponga de los resultados de laboratorio, debe clasificarse como descartado, compatible o confirmado. Ver definiciones operativas numeral 1.2.

3. PRODUCTO

3.1 Evaluación de impacto

Se analiza con base en los cambios logrados en la situación epidemiológica a través de los siguientes indicadores:

- Proporción de incidencia de sífilis congénita por municipios en los últimos años.
- Tasa de mortalidad y letalidad.
- Participación porcentual de la sífilis congénita como causa de mortalidad perinatal e infantil.
- Tendencia de la sífilis congénita correlacionada con la cobertura del control prenatal.
- Prevalencia de sífilis en gestantes.
- Frecuencia de secuelas por sífilis congénita según tipo.
- Porcentaje de casos de sífilis congénita evitables (hijos de madres con antecedentes de control prenatal).

3.2 Evaluación del funcionamiento del sistema:

- Cumplimiento institucional en la notificación.
- Porcentaje de casos egresados por curación.
- Promedio de contactos examinados por cada investigado y tratamientos administrados.
- Distribución de los casos según criterios de confirmación.
- Porcentaje de casos de sífilis congénita en seguimiento.
- Porcentaje de casos confirmados estudiados para VIH.
- Porcentaje de gestantes estudiadas para sífilis en el primer y tercer trimestre del embarazo y al momento del parto.