

Medellín, junio 22 de 2012

Doctor  
Germán Campuzano Maya  
Editor Medicina & Laboratorio

Asunto: sífilis congénita: ¿cuántas enfermedades están en esta situación?

Cordial saludo.

He leído el Protocolo de sífilis congénita y gestacional del Ministerio de la Protección Social, República de Colombia, publicado en el número 3-4, volumen 18 de Medicina & Laboratorio y quisiera compartir con Usted y con los lectores de la Publicación, una reflexión en torno a la situación de la sífilis congénita en nuestro país.

La sífilis, como infección de transmisión sexual con consecuencias severas para la salud en todas sus etapas, adquiere un interés particular cuando se tiene en consideración su posibilidad de transmisión durante la gestación, en especial, porque la detección de la infección hace parte del control prenatal que se le debe realizar a toda gestante que habite en el territorio nacional, y su tratamiento es sencillo y económico.

Las gestantes infectadas con *Treponema pallidum*, agente causal de la sífilis, pueden transmitir la infección durante el embarazo por vía hematogena, o durante el parto por contacto con las lesiones y como consecuencia, el feto o el recién nacido desarrolla sífilis congénita, la cual se manifiesta de forma primaria o tardía. Tanto la sífilis congénita primaria como la sífilis congénita tardía tienen consecuencias adversas para los fetos o los neonatos que la padecen: la primaria se presenta antes del segundo año de vida y se asocia con una alta morbilidad, en especial cuando el neonato presenta serias deformidades, mientras que la tardía se manifiesta después de los dos años, semeja a la sífilis terciaria y perdura durante toda la vida.

Si bien las pruebas no treponémicas y algunas de las treponémicas están dentro del Listado de Procedimientos y Servicios del Plan Obligatorio de Salud vigente desde el 1 de enero de 2012 [1], y el diagnóstico de la infección en las gestantes infectadas se debe realizar durante el control prenatal para tratarlas y evitar la transmisión vertical, hasta la semana 21 de este año se han reportado 829 casos de sífilis congénita en todo el territorio nacional [2], cifra que refleja no sólo la frecuencia de esta infección, sino las fallas para lograr el tratamiento exitoso de las gestantes que la padecen, sin tener en cuenta la posibilidad que aún se presente subregistro y la cantidad de casos sea incluso mayor.

Bajo este panorama, es inevitable preguntarse ¿cuáles son las razones para que se sigan presentando casos de sífilis congénita? Para responder a este interrogante, se hace necesario el análisis de algunas situaciones, entre ellas las relacionadas con la transmisión de la bacteria, el diagnóstico de la infección, la adherencia y la permanencia de las gestantes en los programas de control prenatal, el tratamiento de las gestantes infectadas y el seguimiento de éstas:

- La transmisión de *T. pallidum* al feto se puede producir en cualquier mujer que se haya infectado por vía sexual o por otro mecanismo y que no haya sido tratada. En una gestante que no haya recibido tratamiento para la sífilis, la tasa de transmisión de la infección es del 70% en aquellas con sífilis primaria y del 90% al 100% en aquellas con sífilis secundaria [3], por lo cual resulta imprescindible que se realice un diagnóstico rápido de la infección y se instaure el tratamiento de forma inmediata.

Hasta la semana 21 del presente año se han reportado 2.108 casos de sífilis gestacional en todo el territorio nacional [4], y similar a lo que sucede con el reporte de los casos de sífilis congénita, la cifra de gestantes con sífilis puede ser incluso mayor si aun se presenta subregistro o subdiagnóstico de la enfermedad. En caso que estas 2.108 gestantes no hubiesen recibido o no reciban el tratamiento para la infección, se sumarán a la lista de gestantes que ya han dado origen a más de 800 casos de sífilis congénita durante este año.

- Para el diagnóstico de la sífilis se cuenta con pruebas no treponémicas y treponémicas. Las pruebas no treponémicas VDRL (por *Venereal Disease Research Laboratory*) y RPR (por *Rapid Plasma Reagin*), y las pruebas treponémicas FTA-Abs (por *Fluorescent Treponemal Antibody absorption*) y TPHA (por *Treponema pallidum hemagglutination assay*) están incluidas en el Plan Obligatorio de Salud vigente [1].

De acuerdo con el Protocolo de sífilis congénita y gestacional del Ministerio de la Protección Social, las pruebas treponémicas se deben realizar en algunas pacientes para confirmar los resultados de VDRL o RPR; sin embargo, su costo elevado, su realización en pocos laboratorios clínicos y la necesidad subyacente de la remisión a otro laboratorio, puede afectar y retrasar tanto el diagnóstico como el tratamiento de la gestante. Además, hay otras pruebas treponémicas como MHA-TP (por *Microhaemagglutination assau for antibodies to Treponema pallidum*) y TP-PA (por *Treponema pallidum particle agglutination*) que no están incluidas en el Plan Obligatorio de Salud, por lo cual su utilidad y aplicación disminuye. En este sentido, es de interés que en el Protocolo se recomiende el uso de pruebas que no se encuentran disponibles en el país o en caso de las que sí lo están, su disponibilidad es limitada.

Lo anterior evidencia que hay una desarticulación entre la generación de los protocolos o guías de manejo y la disponibilidad de las pruebas recomendadas para poder cumplirlo, por lo cual es necesario que en el medio se refuercen las herramientas diagnósticas que se recomiendan en los protocolos, tanto en las instituciones de salud privadas como en las públicas, y para éstas últimas, se debería contar con el apoyo de las entidades estatales respectivas.

- La Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo incluye las pruebas no treponémicas dentro de los exámenes paraclínicos que se deben realizar a la gestante en la primera consulta del control prenatal [5] y se recomienda su repetición entre la semana 28 a la 32 [6, 7], ya que Colombia es un país con alta incidencia de sífilis.

Adicionalmente, en las gestantes con alto riesgo de infección se debe realizar un seguimiento mensual hasta el final de la gestación, de forma que se detecte rápidamente un proceso de reinfección o de infección en el último trimestre y se instaure el tratamiento adecuado [7]; sin embargo, las deficiencias en la accesibilidad a los servicios de salud limitan la realización de un control prenatal adecuado, ya que el acceso a estos servicios en ocasiones se ve afectado por las condiciones socioeconómicas o culturales de las gestantes;

es por ello que los organismos de salud deberían establecer los mecanismos necesarios para garantizar la accesibilidad y la continuidad de las gestantes en los programas de control prenatal.

- El tratamiento para los pacientes con sífilis, incluyendo a las gestantes, es la penicilina. Ésta tiene un costo bajo y es de gran efectividad, ya que el microorganismo no presenta resistencia. Por lo tanto, si una gestante con diagnóstico confirmado no recibe el tratamiento, lo abandona (cuando se requieren dosis múltiples de penicilina según el estadio) o presenta una reinfección, incrementa el riesgo de transmisión al feto. Adicionalmente, si el diagnóstico se realiza en el tercer trimestre y se suministra la última dosis en las cuatro semanas previas al parto, el neonato padecerá sífilis congénita y deberá recibir tratamiento al nacer.

Por lo anterior, los organismos de salud deben velar por el tratamiento de las pacientes con el esquema adecuado y durante todo el tiempo que se requiera, como también deben ofrecer a la paciente la educación y la orientación necesaria para evitar posibles reinfecciones. No sobra reiterar la importancia de que los organismos de salud establezcan los mecanismos necesarios para garantizar la accesibilidad y la continuidad de las gestantes durante todo el proceso.

Es así, como el diagnóstico de más de 800 casos de sífilis congénita en las primeras 21 semanas del año es una situación que se debe tomar como alarmante por todos los integrantes y organizaciones que componen al sistema de salud colombiano, por lo que se deben analizar todos los posibles factores relacionados con la falla o la inexistencia del tratamiento en las gestantes infectadas y se deben tomar las medidas necesarias para lograr una disminución, o incluso la desaparición de casos de neonatos con sífilis en el territorio nacional.

Además, si se tiene en cuenta que el total de casos de sífilis congénita reportados en 2009, 2010 y 2011, correspondieron a 2.214 [8], 2.131 [9] y 2.203 [10], respectivamente, se evidencia que las medidas que se han tomado desde los principales organismos de salud del país no han sido suficientes. Si se disponen de las pruebas tamiz y de algunas de las confirmatorias, el diagnóstico de los casos es obligatorio y la notificación también es obligatoria, ¿qué ha estado fallando durante estos tres años y medio?, ¿más de 2.000 casos anuales de sífilis congénita no son suficientes para que se tomen y se cumplan las medidas necesarias que garanticen el tratamiento de las gestantes con sífilis?, ¿cuántos casos adicionales de sífilis congénita se requieren para que se tomen estas medidas? Adicionalmente, ¿cuántos de los casos de neonatos con sífilis corresponden a las gestantes diagnosticadas durante el mismo periodo de tiempo?, ¿o estos casos corresponden a aquellas que por una u otra razón no se diagnosticaron y por lo tanto no recibieron tratamiento?

La situación actual sólo refleja que como sucede en muchos otros problemas de salud que afectan a la población colombiana, aun son más los interrogantes que las respuestas; el eje de las medidas que adoptan las instituciones centrales de salud sigue siendo el diseño de protocolos para el diagnóstico y el manejo de las enfermedades, pero no el diseño y puesta en marcha de medidas que realmente garanticen el tratamiento de los pacientes. ¿En cuántas enfermedades estará sucediendo lo mismo, una notificación obligatoria de los casos sin reducción evidente del número a través del tiempo, o incluso peor, un aumento de éstos?

La inclusión de las pruebas diagnósticas en el Plan Obligatorio de Salud y la creación de una norma técnica o de guías para el diagnóstico y manejo de los pacientes, no garantiza la solu-

ción de los principales problemas de salud pública de la población colombiana: se necesita la actuación articulada e inmediata de todos los integrantes, las organizaciones estatales y privadas del sector de la salud, incluyendo a las entidades promotoras de servicios de salud, que por su responsabilidad médica, social y jurídica están en la obligación de proporcionar todos los mecanismos para que la atención primaria en salud sea accesible, coordinada, integral y longitudinal.

Agradezco su atención,

**Natalia María Guevara Arismendy**

Microbióloga y Bioanalista, estudiante de Maestría en Microbiología y Bioanálisis, énfasis en Hematología, Universidad de Antioquia.

Coordinadora Científica Editora Médica Colombiana S.A.

Correspondencia: Cra 43C # 5-33. Medellín, Colombia.

E-mail: infoedi@edimeco.com

## Bibliografía

---

1. **República de Colombia, Ministerio de Salud y de Protección Social.** Listado de procedimientos y servicios del POS del régimen contributivo-2011. Disponible en: <http://www.pos.gov.co/Paginas/procedimientos.aspx> Consultado el 22 de junio de 2012.
2. **República de Colombia, Instituto Nacional de Salud, Sistema de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA, Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública.** Sífilis congénita. Casos semanales y acumulado año 2012. <http://www.ins.gov.co/?idcategoria=94412#> Consultado el 22 de junio de 2012.
3. **República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud.** Protocolo de sífilis congénita y gestacional. 2007.
4. **República de Colombia, Instituto Nacional de Salud, Sistema de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA, Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública.** Sífilis gestacional. Casos semanales y acumulado año 2012. <http://www.ins.gov.co/?idcategoria=94413#> Consultado el 22 de junio de 2012.
5. **República de Colombia, Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción y Prevención.** Norma técnica para la detección temprana de alteraciones del embarazo.
6. **Gallego-Vélez L.I, Vallejo-López W.E, Vélez-Álvarez G.E, Gómez-Dávila J.G.** Guía diagnóstico y manejo de la sífilis gestacional y congénita. Nacer Centro Asociado al CLAP/SMR-OPS/OMS de la Universidad de Antioquia. 2008.
7. **República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud.** Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias03.pdf> Consultado el 22 de junio de 2012.
8. **República de Colombia, Instituto Nacional de Salud, Sistema de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA, Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública.** Casos totales en la semana epidemiológica 51 y acumulados del año. 2009. <http://www.ins.gov.co/?idcategoria=12165> Consultado el 22 de junio de 2012.
9. **República de Colombia, Instituto Nacional de Salud, Sistema de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA, Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública.** Sífilis congénita. Casos semanales y acumulados en la semana epidemiológica 52 de 2010. <http://www.ins.gov.co/?idcategoria=85465> Consultado el 22 de junio de 2012.
10. **República de Colombia, Instituto Nacional de Salud, Sistema de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA, Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública.** Sífilis congénita. Casos semanales y acumulados. 2011. <http://www.ins.gov.co/?idcategoria=91765> Consultado el 22 de junio de 2012.