



**ORGANIZACIÓN
PANAMERICANA
DE LA SALUD**

XXXVIII Reunión



**ORGANIZACIÓN
MUNDIAL
DE LA SALUD**

XLVII Reunión

Washington, D.C.
25 al 30 de septiembre de 1995

Tema 5.6.A del programa provisional

CD38/14 (Esp.)

24 julio 1995

ORIGINAL: ESPAÑOL

ELIMINACIÓN DE LA SÍFILIS CONGÉNITA EN LAS AMÉRICAS

La 116ª Reunión del Consejo Ejecutivo revisó el Documento CE116/14 anexo, en el cual se describen, en forma sucinta, los antecedentes y justificación del plan regional para la eliminación de la sífilis congénita como un problema de salud pública en las Américas. El documento contiene, además, las principales actividades que sería necesario realizar, tanto a nivel de la Secretaría, como a nivel de los países, para llevar a cabo este proyecto.

Durante la presentación del tema se suscitó una interesante discusión entre los delegados reconociendo, por una parte, la calidad técnica de la propuesta y, por otra, la falta de recursos financieros en la Región para su realización. Tomando en cuenta que esta propuesta es el resultado de la recomendación de la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana (septiembre de 1994), se solicita al Consejo Directivo que provea la orientación necesaria a la Secretaría sobre el curso a seguir, sobre las dos acciones siguientes: 1) apoyo técnico a los Estados Miembros que deseen comprometer recursos propios para la implementación del plan, y 2) búsqueda de recursos financieros adicionales, como parte del presupuesto extrarregular de la OPS, a nivel regional y de los países. El Comité Ejecutivo adoptó la Resolución CE116.R3, que se transcribe a continuación:

ELIMINACIÓN DE LA SÍFILIS CONGÉNITA EN LAS AMÉRICAS

LA 116ª REUNIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado y debatido el plan de acción para la eliminación de la sífilis congénita en las Américas (Documento CE116/14),

RESUELVE:

Recomendar a la XXXVIII Reunión del Consejo Directivo la aprobación de una resolución en los siguientes términos:

LA XXXVIII REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado y debatido el Documento CD38/14, que contiene el plan de acción para la eliminación de la sífilis congénita como problema de salud pública en las Américas;

Notando con satisfacción que la mayoría de los países cuentan con métodos establecidos para efectuar pruebas para la detección de la sífilis durante el embarazo y que es posible tener acceso a tratamientos poco costosos y eficaces;

Tomando nota de que, a pesar de los esfuerzos que se llevan a cabo en los niveles nacional y local, en todos los países siguen ocurriendo casos de sífilis congénita que podrían haberse evitado;

Consciente de que la vigilancia de la sífilis congénita servirá para evaluar tanto la calidad de los servicios de atención prenatal como el control de la sífilis en la comunidad, y comprendiendo que un sistema de vigilancia de este tipo está vinculado al avance de la vigilancia de las enfermedades transmisibles;

Reconociendo que las actividades de eliminación de la sífilis congénita deben ejecutarse como un componente integrado de los programas de salud reproductiva y de control de otras enfermedades de transmisión sexual, y

Teniendo presente el nivel de financiamiento necesario para ejecutar el plan desde ahora hasta el año 2000,

RESUELVE:

1. Tomar nota del plan de acción para la eliminación de la sífilis congénita de las Américas (Documento CD38/14).
2. Instar a los Estados Miembros a que aprueben las estrategias presentadas en el plan de acción y asignen los recursos necesarios para su ejecución.
3. Felicitar a los gobiernos por los esfuerzos desplegados hasta el momento y por los avances ya alcanzados con miras al control y la eliminación de la sífilis congénita.

comité ejecutivo del
consejo directivo



**ORGANIZACIÓN
PANAMERICANA
DE LA SALUD**

grupo de trabajo del
comité regional



**ORGANIZACIÓN
MUNDIAL
DE LA SALUD**

116.ª Reunión
Washington, D.C.
Junio 1995

CD38/14 (Esp.)
Anexo

Tema 4.7 del programa provisional

CE116/14 (Esp.)
2 mayo 1995
ORIGINAL: INGLÉS

PLAN DE ACCIÓN PARA LA ELIMINACIÓN DE LA SÍFILIS CONGÉNITA

La sífilis congénita es una enfermedad grave, pero prevenible, que podría eliminarse en los países de América Latina y el Caribe con la utilización de los servicios de salud existentes. En este documento se presenta información técnica sobre la prevención de la sífilis congénita, así como una propuesta regional para eliminar la sífilis congénita como problema de salud pública en las Américas. La Secretaría solicita la orientación del Comité Ejecutivo con respecto a: a) la validez técnica de la propuesta; b) la conveniencia y factibilidad de la adopción de la eliminación de la sífilis congénita como meta regional; y c) la participación de los Estados Miembros de la OPS en la iniciativa según la prevalencia de sífilis en las mujeres embarazadas, la cobertura y la calidad de la atención prenatal, y el estado de los programas de prevención y control de enfermedades de transmisión sexual, entre ellas la infección por el VIH/SIDA.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Resumen ejecutivo	3
1. Exposición del problema	5
2. Medidas regionales recientes para prevenir la sífilis congénita	6
3. Meta, propósito y objetivos	7
4. Estrategias y métodos	8
5. Actividades propuestas	13
6. Recursos	15
7. Definiciones	15
Referencias	

RESUMEN EJECUTIVO

La sífilis congénita es un acontecimiento centinela de salud que refleja el fracaso tanto de los programas de lucha contra la enfermedad como de los sistemas de atención prenatal en un país o distrito de salud. Su prevención es posible y prácticamente factible con la tecnología disponible en la infraestructura de salud actual. La incidencia de sífilis congénita en los países que notificaron a la OPS entre 1987 y 1992 se situó entre 2,2 y más de 250 por 100.000 nacidos vivos. En ciertos grupos de mujeres embarazadas de un grupo de países de América Latina y el Caribe, más de 90% de las tasas de seroprevalencia de sífilis notificadas se situaron entre el 1,7% y el 7,4%.

En 1994, la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana hizo un llamamiento a la formulación de un plan regional de acción para la eliminación de la sífilis congénita como problema de salud pública en las Américas.

El propósito del plan es reducir considerablemente la incidencia de sífilis congénita en la Región durante los próximos cinco años por medio de una serie de medidas graduales cuyo propósito es proporcionar tratamiento apropiado a mujeres embarazadas infectadas y reducir la prevalencia de sífilis en mujeres en edad de procrear. Estas medidas reducirán la transmisión materna de la sífilis al feto y otros resultados adversos del embarazo, al mismo tiempo que fortalecerán los servicios de salud.

Las medidas para alcanzar los objetivos del plan regional son las siguientes:

- establecer o fortalecer sistemas de vigilancia de la sífilis congénita;
- mejorar los procedimientos de prueba para detectar la sífilis materna y congénita;
- fortalecer la capacidad de los servicios de atención prenatal para proporcionar servicios apropiados de diagnóstico y tratamiento de la sífilis en las embarazadas.

El plan formará parte de un programa regional más amplio en contra de la infección por el VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) que se propone fortalecer los servicios de salud actuales y su capacidad para interrumpir la transmisión de agentes patógenos causantes de ETS, entre ellos el VIH, por medio de la promoción de la salud, la prevención, la detección temprana, el manejo clínico apropiado y la vigilancia.

La ejecución del plan requiere un enfoque multiprogramático con la participación de programas de salud materno-infantil, programas contra la infección por el VIH/SIDA y las ETS, servicios de laboratorio y otros servicios de salud. Los servicios deben

integrarse tanto a nivel nacional como a nivel local. El plan ofrece la oportunidad de mejorar la capacitación y utilización de profesionales paramédicos. Asimismo, indicará las ETS curables, que representan un carga costosa pero evitable para individuos y gobiernos que debe recibir atención prioritaria en la Región.

1. Exposición del problema

La sífilis congénita es una enfermedad grave pero prevenible que afecta a un total de 160.000 a 240.000 recién nacidos en la Región cada año¹. A diferencia de la infección por el VIH y de otras enfermedades virales de transmisión sexual que afectan a los neonatos, la sífilis congénita puede prevenirse y tratarse eficazmente *in útero*. Los diagnósticos y tratamientos oportunos de las mujeres embarazadas y la prevención de la reinfección, además de las intervenciones para prevenir la infección primaria, son instrumentos importantes en este proceso.

La sífilis congénita puede considerarse como un problema centinela de la salud porque refleja el fracaso tanto de los programas de control de la enfermedad como el de los servicios de atención prenatal que se ofrecen a la población. Sin embargo, los datos sobre la sífilis congénita son escasos porque actualmente no es una enfermedad de notificación obligatoria en muchos países y con frecuencia los casos no se diagnostican, en particular los asintomáticos y la mayoría de los casos que resultan en mortinatos. A pesar de las deficiencias de los datos, hay suficiente información para saber que la enfermedad es un problema creciente y que es necesario recopilar más datos (1).

En grupos determinados de mujeres embarazadas en un grupo de países, más de 90% de las tasas notificadas de seroprevalencia de sífilis se situaron entre el 1,7% y el 7,4% (cuadro 1). La incidencia de sífilis congénita en los países que notificaron la enfermedad a la OPS entre 1987 y 1992 fue de 2,2 a más de 250 por 100.000 nacidos vivos.¹ Los datos actuales de Brasil muestran tasas de seroprevalencia de la sífilis en las mujeres embarazadas que van del 2,3% al 11,5%. Las autoridades brasileñas calculan que en 1992 se produjeron 133.450 casos de sífilis congénita (2), los cuales afectaron a más del 3% de los 4.384.635 nacimientos ocurridos en el país. Incluso en Estados Unidos de América, hubo 4.398 casos de sífilis congénita notificados en 1991 (3). Sin embargo, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos han observado que, en muchos lugares del país donde se encuentran algunas de las tasas de incidencia más altas de sífilis adquirida en los adultos, la notificación de la sífilis congénita es deficiente. Una evaluación reciente revela una situación similar en Jamaica, donde las pruebas para la detección de la sífilis dan un resultado afirmativo para el 7% de las mujeres que asisten a servicios de atención

¹ Los cálculos de casos de sífilis congénita se basaron en los datos disponibles sobre seroprevalencia de la sífilis (cuadro 1), según los cuales más del 90% de las tasas de prevalencia notificadas se situaron entre el 1,7% y el 7,4%, y en la suposición de que la eficacia de los programas actuales de detección prenatal se sitúa entre el 40% y el 80%. Por lo tanto, las tasas de sífilis congénita deben oscilar aproximadamente entre 1,0% y 1,5% de los 16.000.000 de nacimientos, que se producen cada año en las Américas.

prenatal (2). Estas tasas de seroprevalencia reflejan la utilidad de las pruebas de detección sistemáticas en los servicios de atención prenatal de toda la Región.

Según un informe del Banco Mundial (5), en América Latina y el Caribe la carga de las enfermedades de transmisión sexual, entre ellas la infección por el VIH/SIDA, en términos de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), es la segunda en el mundo por orden de importancia, con unos 6,6 millones de AVAD perdidos en 1990. Aunque todavía es difícil calcular la carga en lo que atañe al costo, la mejora de los servicios y la vigilancia, que son objetivos del plan regional propuesto, pueden facilitar la captación de datos más exactos sobre el costo (4,5).

Utilizando como referencia la definición de caso de los CDC, el plan regional define un caso de sífilis congénita como el producto del parto (es decir, mortinato o nacido vivo) de una mujer con indicios serológicos de sífilis que no recibió un tratamiento adecuado durante el embarazo (6). Como la sífilis congénita refleja la sífilis materna en la sociedad, podría indicar también si la sífilis en los adultos se está manejando, diagnosticando y notificando en forma correcta o incorrecta en una localidad.

2. Medidas regionales recientes para prevenir la sífilis congénita

En 1991, la OPS apoyó el Seminario Panamericano sobre Sífilis Congénita, que fue convocado en Buenos Aires por la rama argentina de la Unión Latinoamericana contra las Enfermedades de Transmisión Sexual. El propósito de la reunión era sentar las bases de un estudio epidemiológico de la sífilis congénita en las Américas. El paso siguiente consistió en la organización de un Grupo Técnico Consultivo de Trabajo para la Eliminación de la Sífilis Congénita en las Américas, que se reunió en la OPS en agosto de 1992. El Grupo de Trabajo era multiprogramático y reflejaba la coordinación necesaria de los programas existentes en la Región para el éxito de la eliminación propuesta. Los participantes llegaron a un consenso sobre la integración de las actividades propuestas en programas de la OPS tales como el Programa de Salud Maternoinfantil y Población, el Programa sobre el SIDA y las Enfermedades de Transmisión Sexual, el Programa para la Mujer, la Salud y el Desarrollo, y el Programa de Desarrollo de Servicios de Salud.

En la Conferencia de Ministros de Salud de los Países Iberoamericanos que se celebró en Brasilia del 24 al 27 de mayo de 1993, los ministros examinaron una recomendación en la cual se ponía de relieve la necesidad de una propuesta amplia de eliminación de la sífilis congénita, además de las recomendaciones sobre prevención y control de la infección por el VIH/SIDA. Al mismo tiempo, la OMS organizó un grupo técnico oficioso y convocó una reunión en Ginebra en octubre de 1993. Por último, en 1994 la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana hizo un llamamiento a la formulación de una propuesta para la eliminación de la sífilis congénita en la Región de las Américas,

que se someterá a la consideración del Consejo Directivo en su próxima reunión de septiembre de 1995.

Mientras los profesionales de la salud consideraban iniciativas para atacar la sífilis materna y congénita en los países en desarrollo, los CDC respondían a un resurgimiento de la sífilis congénita en Estados Unidos modificando las pautas para la prevención y el tratamiento de la sífilis congénita, entre las cuales incluyeron una definición de casos nueva y más sensible (7). El propósito de estas pautas nuevas de los CDC es mejorar la vigilancia de la sífilis congénita y facilitar la adopción y evaluación de medidas programáticas para abordar el problema. La normalización y la mejora de los datos sobre vigilancia permitirán también evaluar con exactitud las repercusiones financieras de la sífilis congénita en el sistema de servicios de salud.

Los CDC están colaborando con la OPS y la OMS en la adopción de métodos para prevenir la sífilis materna y congénita y para velar por la ejecución de medidas de vigilancia e intervenciones. Un proyecto en colaboración que cabe destacar es el Programa de Competencia en la Realización de Pruebas Serológicas de la Sífilis, que llevan a cabo conjuntamente la OMS, la OPS y los CDC, y que ha conducido a medidas para la formulación de un programa centinela de vigilancia de laboratorios para la sífilis. Muchos países de la Región, entre ellos Brasil, Chile, Jamaica y Estados Unidos, ya han formulado pautas y adoptado otras medidas de lucha contra la sífilis congénita que a la larga llevarán a su eliminación.

La coordinación interinstitucional será indispensable para el éxito del plan, puesto que las actividades propuestas se integrarán en las labores de salud materno-infantil, prevención y control de la infección por el VIH/SIDA y las ETS, y programas de promoción de sistemas de salud e información para la gestión.

3. Meta, propósito y objetivos

La meta del plan regional quinquenal es establecer una base sólida a nivel regional para eliminar a la larga la sífilis congénita como problema de salud pública de las Américas. El progreso que se realice hacia la consecución de la meta se evaluará sobre la base del número de países que lleven a cabo planes de acción eficaces para eliminar la sífilis congénita. El propósito de esta iniciativa será apoyar a los países en sus esfuerzos por reducir considerablemente la incidencia de la sífilis congénita y, en algunos países, para alcanzar la meta de su eliminación para el año 2000. El progreso que se realice hacia ese fin se evaluará teniendo en cuenta las tasas de incidencia de sífilis congénita y la integridad de la notificación.

La meta y el propósito antedichos se alcanzarán con la adopción de una serie de medidas para obtener los siguientes resultados:

- Fortalecimiento de la detección, la vigilancia y la investigación de casos de sífilis congénita, medido sobre la base del porcentaje de madres sometidas a pruebas durante el parto y el porcentaje de casos de sífilis congénita investigados.
- Tratamiento temprano y apropiado de las mujeres embarazadas infectadas y sus compañeros sexuales, medido sobre la base de la cobertura de atención prenatal, el porcentaje de mujeres embarazadas sometidas a pruebas y el porcentaje de mujeres embarazadas y compañeros sexuales tratados.
- Reducción de la prevalencia de sífilis en las mujeres en edad de procrear, determinada sobre la base de las tasas de seroprevalencia en las mujeres embarazadas.
- Tratamiento y seguimiento de los recién nacidos infectados, evaluados sobre la base del porcentaje de casos de sífilis congénita que hayan recibido tratamiento y que hayan sido objeto de seguimiento.

La meta, el propósito y los resultados del plan de acción propuesto se ciñen a las recomendaciones formuladas en la Cumbre de las Américas, celebrada en Miami en diciembre de 1994. Los jefes de Estado del hemisferio expresaron el compromiso de brindar acceso universal a una canasta básica de servicios de salud, entre ellos pruebas de detección y tratamiento de las ETS, y atención prenatal oportuna y adecuada. Asimismo, el plan responde a las orientaciones estratégicas y programáticas de la OPS para 1995-1998.

Por último, el plan para la eliminación de la sífilis congénita formará parte de un programa regional más amplio de lucha contra la infección por el VIH/SIDA y las ETS que se propone fortalecer los servicios de salud actuales y su capacidad para interrumpir la transmisión de agentes patógenos causantes de enfermedades de transmisión sexual por medio de la detección, la localización de casos, el tratamiento eficaz de casos y compañeros sexuales, la promoción de la salud, la prevención, la participación comunitaria y la vigilancia activa.

4. Estrategias y métodos

4.1 *Establecer o fortalecer sistemas de vigilancia de la sífilis congénita por medio de lo siguiente:*

- La adopción de una definición de caso de sífilis congénita más sensible, similar a la propuesta por los CDC, que incluya todos los productos del parto, nacidos vivos o mortinatos, de mujeres con indicios serológicos de sífilis durante el parto

que no recibieron tratamiento o recibieron un tratamiento inadecuado durante el embarazo.

- El fomento de políticas para velar por que todas las mujeres que den a luz en establecimientos sanitarios sean sometidas a pruebas para detectar la sífilis.
- La promoción de la notificación e investigación de todos los casos de sífilis congénita.

Justificación y procedimientos: La vigilancia activa es un elemento decisivo del plan de acción, puesto que fortalece la capacidad del sistema de salud para detectar y documentar casos de sífilis congénita y actuar sobre la base de la información al respecto. En ese sentido, los países deben establecer un sistema de vigilancia de la sífilis congénita para llevar un registro y hacer un seguimiento de los hijos de mujeres a quienes las pruebas para detectar la sífilis les haya dado positivo en el momento del parto.

Las pruebas de las madres en el momento del parto permitirán vigilar y tratar a los recién nacidos y a las madres con sífilis. La investigación de los casos proporcionará información pertinente sobre la calidad de la atención prenatal y los motivos de la falta de utilización de los servicios de atención prenatal.

Los datos muestran que, aunque en algunos países de la Región se realizan pruebas para detectar la sífilis en el momento del parto, generalmente se hace en ciertos casos solamente; por ejemplo, cuando la mujer no recibió atención prenatal o tenía antecedentes de sífilis. A fin de aplicar eficazmente la definición propuesta de caso de sífilis congénita, es necesario estandarizar las pruebas sistemáticas durante el parto y considerarlas como la norma. Asimismo, someter a prueba a todas las mujeres en el momento del parto mejorará la capacidad del sistema para detectar fallas de los servicios de salud reproductiva al identificar mujeres que hayan llegado al término del embarazo sin pruebas serológicas para la sífilis o sin un tratamiento apropiado.

4.2 *Mejorar los procedimientos para detectar la sífilis en las mujeres embarazadas mediante lo siguiente:*

- La promoción del uso de pruebas sencillas y rápidas, cuyos resultados se obtengan el mismo día en los establecimientos de salud.
- Apoyo para pruebas prácticas de nuevos métodos de prueba rápidos a fin de permitir detectar la sífilis en lugares con servicios de laboratorio limitados.

Justificación y procedimientos: Este plan recomienda que las pruebas serológicas para detectar la sífilis en las mujeres embarazadas se realicen por lo menos dos veces: durante la atención prenatal y al llegar el parto. Como el feto podría contraer la infección desde la novena semana de gestación, la primera prueba debería realizarse en el primer trimestre del embarazo. Si esto no es posible, la mujer debe someterse a una prueba durante la primera consulta prenatal. Las mujeres con alto riesgo de contraer ETS deben volver a someterse a una prueba de detección en el último trimestre del embarazo. Como las lesiones de la sífilis congénita dependen de la edad gestacional en el momento de la infección, la detección oportuna de la sífilis materna es sumamente importante para evitar malformaciones irreversibles e incluso el aborto espontáneo. El plan recomienda la utilización de procedimientos de prueba como parte de la atención prenatal, a fin de que cada vez que una mujer embarazada se someta a una prueba, los resultados y el tratamiento apropiado estén disponibles cuanto antes, idealmente antes que la paciente se vaya del establecimiento sanitario. Un resultado de este tipo podría evaluarse sobre la base de un aumento del número de mujeres que reciban los resultados y a las que se les recete tratamiento durante la consulta prenatal en la cual se realice la prueba. Para eso se necesitan pruebas rápidas, como la prueba rápida de la reagina del plasma (RPR) o la prueba conocida como TRUST, que son pruebas de floculación macroscópica para las cuales no es necesario calentar el suero o usar un microscopio.

Se están realizando pruebas prácticas de métodos de prueba rápidos utilizando plasma obtenido por punción digital. Los resultados recientes de un estudio realizado por los CDC (datos inéditos) han demostrado que este método es muy sensible y razonablemente específico. Si estos resultados se confirman en más ensayos prácticos, el método de prueba rápida mediante punción digital podría permitir la extensión de las pruebas prenatales a mujeres que actualmente carecen de acceso a pruebas para la detección de la sífilis.

El plan recomienda el establecimiento de pautas para los laboratorios que garanticen la lectura inmediata de los resultados de la RPR como procedimiento corriente. El comunicar los resultados de las pruebas el mismo día contribuirá a la meta de reducir las oportunidades desperdiciadas de tratar a las mujeres embarazadas. Actualmente, algunos países están reemplazando la mayoría de las pruebas VDRL con la prueba RPR a fin de reducir el número de pacientes que no reciben tratamiento adecuado y oportuno (2). Con respecto a las pruebas en el momento del parto, el plan recomienda someter a la madre a pruebas, y no al recién nacido, porque en este los resultados a menudo no son concluyentes y podrían ser engañosos. De esta forma, la notificación de los casos de sífilis congénita se basará en indicios serológicos o epidemiológicos —obtenidos en el momento del parto— de sífilis materna que no ha recibido tratamiento o que ha recibido un tratamiento inadecuado. De hecho, sería ideal que ninguna madre o recién nacido saliera del hospital hasta que se supieran los resultados de las pruebas.

Por último, los resultados de las pruebas realizadas en el momento del parto servirán de indicadores del cumplimiento de las pautas para la detección y el tratamiento prenatales y la utilización de los servicios prenatales. Además, fortalecerán la capacidad del sistema de salud para detectar y tratar a recién nacidos infectados e investigar todos los casos, incluidos los mortinatos por sífilis.

4.3 Fortalecer la capacidad de los servicios de atención prenatal para proporcionar manejo clínico apropiado de la sífilis materna, por medio de lo siguiente:

- Formulación de pautas y promoción del tratamiento adecuado de las mujeres embarazadas seropositivas y sus compañeros sexuales en los servicios de atención prenatal.
- Fomento de la costumbre de acudir a los servicios prenatales en las mujeres en edad de procrear.
- Capacitación de profesionales paramédicos en la detección y el manejo clínico de la sífilis.
- Recomendación de administrar tratamiento a la madre y al hijo en todos los casos de sífilis congénita.

Justificación y procedimientos: La probabilidad de que una madre infectada que no ha recibido tratamiento transmita la sífilis a su hijo al nacimiento es de alrededor de 70% (8). En la Región, los casos de mortinatos relacionados con la sífilis rara vez se notifican, a pesar de que la muerte perinatal es el resultado de casi el 40% de los embarazos de mujeres que tienen sífilis y no reciben tratamiento (9). Las investigaciones sobre la sífilis congénita realizadas en Brasil, Argentina y Estados Unidos han demostrado que existe una estrecha relación entre la falta de atención materna prenatal o una atención inadecuada y la infección congénita de sífilis.

En un estudio realizado en Brasil en 1992, 21 de 913 mujeres (2,3%) en el Hospital de Clínicas de Puerto Alegre dieron resultado positivo para sífilis en el momento del parto (10). El porcentaje de mujeres que recibieron atención prenatal fue mayor entre aquellas con resultado positivo (93,6%), lo cual indica que la calidad de la atención prenatal era deficiente. En un informe del Ministerio de Salud de Brasil preparado en 1993 se llega a la conclusión de que, de los 4.384.635 mujeres embarazadas en 1991, 153.462 eran seropositivas para sífilis, lo cual resulta en 133.450 casos de sífilis congénita, aproximadamente, en un año (11).

En un estudio del 5% de los nacimientos ocurridos en grandes zonas urbanas de Argentina en 1993, se observó que 3% de las mujeres estudiadas en el momento del

parto tenían pruebas serológicas positivas para sífilis (12). La tasa de sífilis congénita era del 1,2%, mientras que la tasa de mortalidad neonatal era del 1,8%. De las mujeres encuestadas, 33% no consideraban que las consultas prenatales fuesen importantes; además, 5% no comprendían la necesidad de la atención prenatal.

En un estudio realizado en Estados Unidos en 1992, acerca de las características maternas de los casos de sífilis congénita en una zona urbana de Florida, se indicó la falta de atención prenatal oportuna y adecuada como el factor más estrechamente relacionado con la incidencia de sífilis congénita (13). Los autores llegaron a la conclusión de que la *calidad* de la atención prenatal era un factor importante: 75% de las mujeres estudiadas habían recibido atención prenatal pero ninguna había sido sometida a pruebas para detectar la sífilis ni había recibido tratamiento.

En investigaciones realizadas en Texas se observó que "la mayoría de los casos de sífilis congénita se debían a que las mujeres no recibían atención prenatal apropiada y a que en la localidad no se ofrecía atención apropiada desde el punto de vista étnico, ni diagnóstico y tratamiento médicamente adecuados" (14). Este estudio reveló que las mujeres estadounidenses de ascendencia hispanoamericana que no recibían atención prenatal presentaban probabilidades 25 veces mayores de tener un hijo afectado; en las mujeres hispanoamericanas nacidas en otros países que no recibían atención prenatal, las probabilidades de tener un hijo afectado eran 30 veces mayores que en las mujeres que recibían atención prenatal.

En cuanto a la idoneidad del tratamiento de la sífilis con penicilina G benzatínica, en varios estudios se ha comprobado la eficacia de 2,4 millones de unidades de penicilina, cualquiera que sea el momento de la gestación (15). Más aún, la penicilina es eficaz para prevenir la transmisión al feto y para tratar la infección si ya la adquirió (16).

Se recomienda que todas las pacientes en quienes la prueba para detectar la sífilis resulte positiva reciban orientación a fin de obtener su consentimiento voluntario para someterlas a pruebas de detección de la infección por el VIH, aunque todavía no se conoce la eficacia del tratamiento con penicilina en mujeres coinfectadas por el VIH. Cabe destacar que los tratamientos con medicamentos distintos de la penicilina no se consideran adecuados para la sífilis materna y congénita (17).

Los países deberían instituir o fortalecer normas para la notificación y el tratamiento de los compañeros sexuales, a fin de prevenir la reinfección de las mujeres a quienes la prueba para detectar la sífilis les haya dado positivo y hayan recibido tratamiento durante la atención prenatal. Estas normas deben incorporarse en los servicios de control de la infección por el VIH/SIDA y las ETS.

5. Actividades propuestas

5.1 *Actividades de la OPS*

La OPS llevará a cabo las siguientes actividades durante el período quinquenal comprendido en el plan. La consecución de cada una se evaluará sobre la base de indicadores verificables.

5.1.1 *Colaboración en la formulación de planes de acción nacionales para la eliminación de la sífilis congénita*

- Formulación de pautas programáticas y colaboración en la preparación de planes de acción para cada país.
- Preparación y pruebas prácticas de material didáctico para la planificación estratégica y gestión de programas, prestando especial atención a la eliminación de la sífilis congénita.
- Capacitación y difusión de material sobre planificación estratégica y gestión de programas, prestando especial atención a la eliminación de la sífilis congénita.

5.1.2 *Establecimiento de redes de control de calidad para las pruebas de la sífilis a nivel nacional y laboratorios internacionales de referencia*

- Apoyo para la preparación y el mantenimiento de normas en materia de calidad de las pruebas.
- Capacitación sobre métodos de prueba para detectar la sífilis.
- Promoción y fomento del vínculo de los laboratorios nacionales de referencia con el Programa de Competencia en la Realización de Pruebas Serológicas de la Sífilis, que llevan a cabo conjuntamente la OMS, la OPS y los CDC.
- Asistencia técnica directa a los países cuando sea necesario.

5.1.3 *Aplicación de pautas regionales para la vigilancia de la sífilis congénita e indicadores para el monitoreo de las pruebas y el tratamiento de la sífilis durante la atención prenatal*

- Adopción de pautas regionales para la vigilancia de la sífilis congénita y el monitoreo de las pruebas de detección y el tratamiento de la sífilis durante la atención prenatal.

- Capacitación sobre vigilancia de la sífilis congénita y monitoreo de los servicios de atención prenatal, y cooperación técnica directa de otros tipos a los países cuando sea necesario.
- Creación y mantenimiento de un sistema regional de vigilancia e información para vigilar el progreso de los países hacia la meta regional de eliminación de la sífilis congénita.
- Promoción de investigaciones operativas sobre mejoras de las técnicas de prueba en el marco del suministro de servicios de salud, incluidas las barreras sociales, culturales y económicas a la utilización de los servicios.

5.2 *Actividades a nivel nacional*

5.2.1 *Elaboración de un plan nacional de acción*

- Obtención de la información necesaria para evaluar y vigilar la sífilis congénita en departamentos, distritos o municipios del país, según corresponda.
- Preparación de un plan nacional de acción para eliminar la sífilis congénita.
- Capacitación y difusión de material sobre planificación estratégica y gestión de programas para el personal de distrito y municipal, incluidas las ONG.
- Planificación estratégica y gestión de programas para la asignación de recursos humanos y financieros a la eliminación de la sífilis a nivel de distrito y municipio.

5.2.2 *Establecimiento de una red nacional de control de calidad para las pruebas de la sífilis vinculada con la red regional OPS/OMS/CDC*

- Modificación o establecimiento de normas nacionales de calidad para las pruebas de la sífilis.
- Capacitación de personal de laboratorios nacionales, de distrito y municipales sobre normas de calidad y métodos para detectar la sífilis.
- Vinculación de los laboratorios de distrito y municipales a un programa nacional de competencia en la realización de las pruebas serológicas de la sífilis y vinculación de los laboratorios nacionales de referencia con la red regional OPS/OMS/CDC.

5.2.3 *Implantación de pautas nacionales para la vigilancia de la sífilis congénita y para el monitoreo de la detección y el tratamiento de la sífilis durante la atención prenatal*

- Adopción de pautas nacionales para la vigilancia de la sífilis congénita y para el monitoreo de la detección y el tratamiento de la sífilis durante la atención prenatal.
- Capacitación del personal sanitario de distrito y municipal sobre vigilancia de la sífilis congénita y monitoreo de los servicios de atención prenatal.
- Establecimiento y mantenimiento de un sistema nacional de vigilancia e información para monitorear el progreso realizado en todo el país hacia la meta nacional de eliminación de la sífilis congénita y notificación periódica al sistema regional de vigilancia e información.

6. **Recursos**

A fin de poner en práctica el plan propuesto, es indispensable el compromiso de la OPS y sus Estados Miembros. La OPS solicitará recursos financieros de organismos y programas de las Naciones Unidas y de otras organizaciones que trabajan en asuntos relacionados con la supervivencia infantil y la salud reproductiva, a fin de apoyar la formulación y ejecución del plan a nivel nacional. El cuadro 2 contiene un presupuesto para las actividades regionales de la OPS/AMRO.

En el presupuesto se tiene en cuenta la situación actual de las actividades regionales en curso (1995) y se señalan los recursos adicionales necesarios para llevar a cabo las actividades regionales del plan entre 1996 y 1999.

Cada Estado Miembro debe preparar un presupuesto detallado para la ejecución del plan nacional; en promedio, los Estados Miembros de la OPS necesitarán conseguir o asignar alrededor de US\$ 100.000 al año para la ejecución del plan.

7. **Definiciones**

Caso de sífilis congénita: Cada producto del parto (nacido vivo o mortinato) de una mujer con prueba serológica de sífilis positiva en el parto que no recibió un tratamiento adecuado durante el embarazo.

Tratamiento adecuado de la sífilis durante el embarazo: Tratamiento con dos dosis de 2.400.000 UI/IM de penicilina G benzatínica, administradas con un intervalo de una

semana, es decir un total de 4.800.000 UI/IM. Para la sífilis adquirida en una etapa tardía se administra una dosis adicional, para un total de 7.200.000 UI/IM.

Eliminación de la sífilis congénita como problema de salud pública: Se certificará la eliminación cuando las tasas de incidencia de sífilis congénita (incluidos los mortinatos) sean iguales o inferiores a 0,5 casos por 1.000 nacidos vivos, utilizando la definición de caso precedente. La justificación de definir la eliminación de esta manera se basa en dos resultados previstos que deberían alcanzarse en el proceso de eliminación: *a)* más de 95 % de las mujeres embarazadas infectadas deberían someterse a exámenes de detección y tratamiento durante el embarazo, y *b)* la prevalencia de sífilis durante el embarazo debería reducirse a menos de 1,0.

Cuadro 1

**Seroprevalencia de sífilis en mujeres embarazadas
en determinados países, por año**

País/región	Año	Fuente	Tasa % (n)	
Brasil ¹				
- Recife	1987	Clínica Barros Lima	11,5	(200)
- São Paulo	1990	Instituto Adolfo Lutz	5,6	(360)
- São Paulo	1991-1992	Maternidad Paulista*	5,6	(3.664)
- São Paulo	1992	Maternidad Vila Nova	2,7	(757)
- São Paulo	1993	Instituto Adolfo Lutz	4,1	(1.622)
- Porto Alegre	1991	Hospital de Clínicas de P.A.	3,5	(949)
- Porto Alegre	1992	Hospital de Clínicas de P.A.	2,3	(913)
Chile ¹	1993	Consultorios prenatales M.S.	1,9	(401.081)
Jamaica ¹	1993	Consultorios prenatales M.S.	7,0	(29.410)
Panamá ¹	1994	Centro Ruiz Magally	1,7	(940)
Paraguay ²				
- Asunción	1992	Centro de Salud B.O.H.	6,1	(314)
- Asunción	1992	Centro de Salud N.M.	5,7	(651)
Anguila ²	1991-1994	Ministerio de Salud	2,3	(128)
Bahamas ³	1992-1994	Ministerio de Salud	5,7	(8.149)
Islas Vírgenes Británicas ³	1991-1994	Ministerio de Salud	1,7	(541)
Granada ³	1991-1994	Ministerio de Salud	3,3	(2.208)
Guyana ³	1991-1994	Ministerio de Salud	7,4	(21.815)
Montserrat ³	1992-1994	Ministerio de Salud	3,5	(405)
St. Kitts y Nevis ³	1991-1994	Ministerio de Salud	0,7	(3.600)
Santa Lucía ³	1991-1994	Ministerio de Salud	5,0	(6.215)
San Vicente ³	1991-1994	Ministerio de Salud	5,8	(7.166)
Trinidad y Tabago ³	1991-1994	Ministerio de Salud	1,9	(59.034)

¹ Las cifras correspondientes a Brasil, Chile, Jamaica y Panamá fueron tomadas de Congenital Syphilis Rapid Assessments, 1995.

² Vera, Elisa, et al. 1992. The First Study of Pregnant Women in Paraguay: Prevalence of HIV, HBV, and Syphilis. Asunción: Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud.

³ Las cifras correspondientes a los países del Caribe (excepto Jamaica) fueron extraídas de informes trimestrales de vigilancia, OPS, 1991-1994.

Cuadro 2

**Plan para la eliminación de la sífilis congénita
Presupuesto de la OPS/AMRO para actividades regionales 1996-1999**

	Elemento presupuestario	1996	1997	1998	1999
1. PLANES DE ACCIÓN NACIONALES					
Elaborar pautas programáticas y colaborar en los planes nacionales	030	18.000	18.000	18.900	18.900
Asistencia temporal	040	24.900	24.900	26.145	25.145
3 meses de consultores por corto plazo al año					
Preparar y probar material didáctico en la práctica				-	-
Servicios contractuales	390	40.000	40.000		
Capacitación y difusión de materiales					
Treinta participantes al año	820	40.000	40.000	42.000	42.000
Impresión y distribución	550	8.000	8.400	8.820	9.261
TOTAL PARCIAL, OBJETIVO 1		130.900	131.300	95.865	96.306
2. REDES DE CONTROL DE CALIDAD					
Apoyar adopción y mantenimiento de normas de calidad					
2 meses de consultores por corto plazo al año	040	16.600	16.600	17.430	17.430
Compra de pruebas	550	10.000	10.500	11.025	11.576
Capacitación sobre métodos de prueba de la sífilis					
Treinta participantes al año	820	40.000	40.000	42.000	42.000
Promoción de vínculos entre laboratorios nacionales y el programa OPS/OPS/CDC					
1 mes de consultor por corto plazo al año	040	8.300	8.300	8.715	8.715
Seis participantes al año	820	8.000	8.000	8.400	8.400
Compra de pruebas	550	10.000	10.500	11.025	11.576
Capacitación sobre métodos de prueba de la sífilis					
Treinta participantes al año	820	40.000	40.000	42.000	42.000
Promoción de vínculos entre laboratorios nacionales y el programa OMS/OPS/CDC					
1 mes de consultores por corto plazo al año	040	8.300	8.300	8.715	8.715
Seis participantes al año	820	8.000	8.000	8.400	8.400
Compra de pruebas	550	10.000	10.500	11.025	11.576
Asistencia técnica directa si es necesario					
4 meses de consultores por corto plazo al año	040	33.200	33.200	34.860	34.860
TOTAL PARCIAL, OBJETIVO 2		126.100	127.100	133.455	134.558
3. PAUTAS PARA LA VIGILANCIA REGIONAL					
Pautas regionales para la vigilancia de la sífilis congénita					
2 meses de consultores por corto plazo al año	040	16.600	16.600	17.430	17.430
Impresión y distribución de materiales	550	10.000	10.000	10.500	10.500
Capacitación sobre vigilancia de la sífilis congénita					
Treinta participantes al año	820	40.000	40.000	42.000	42.000
Establec. y manten. de un sistema regional de vigilancia					
Asistencia temporal	030	36.000	36.000	37.800	37.800
Impresión y distribución de materiales	550	8.000	8.400	8.820	9.261
Promoción de investigaciones operativas					
Contratos nacionales (6 al año)	390	30.000	31.500	33.075	34.729
TOTAL PARCIAL, OBJETIVO 3		140.600	142.500	149.525	151.720
TOTAL DE LAS ACTIVIDADES REGIONALES		397.600	400.900	378.945	382.584

REFERENCIAS

1. PAHO 1992 AIDS, HIV & STD Annual Surveillance Report for the Americas, Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; 1994.
2. Datos reunidos mediante evaluaciones rápidas de la situación de la sífilis congénita en la Región; los consultores trabajaron en México, Panamá, Colombia, Jamaica, Brasil y Chile, febrero de 1995.
3. Dunn RA, Webster LA, Nakashima AK, Sylvester GA. Surveillance for geographic and secular trends in congenital syphilis—United States, 1983-1981. *MMWR* December 17, 1993. 42(SS-6):59-71.
4. Sabatier, R. HIV/TB co-epidemic reveals complexity of global vulnerability to disease. *Canadian AIDS News* 1994 Oct./Nov./Dec. 7(6):pp. 1,21.
5. Banco Mundial. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: invertir en salud*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
6. Centers for Disease Control and Prevention. 1993 Sexually transmitted diseases treatment guidelines. *MMWR* 1993 42(No. RR-14):i-102.
7. Zenker PN y Berman SM. Congenital Syphilis: Reporting and Reality. *American Journal of Public Health*. 1990 80(3):271-272.
8. Zenker PN y Berman SM. Congenital Syphilis: Trends and recommendations for evaluation and management. *Pediatric Infect Dis. J* 1991 10:516-22.
9. Ingraham NR. The value of penicillin alone in the prevention and treatment of congenital syphilis. *Acta Derm Venereol* 1951 31(suppl 24):60-88. Citado en: CDC. Surveillance for geographic and secular trends in congenital syphilis—United States, 1983-1991. *MMWR* December 1993 42(SS-6):59-71.
10. Becker Junior E, De Matos JC, Marcillac Matias M. Sabino Lahorgueda Cunha Filho J, Cintra Facin A, Bozko LP, Lemos N, Luz L. Protocolo de eliminação da sífilis congénita: a experiência do grupo de Porto Alegre, Brasil. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 1992. Documento inédito.

11. Programa Nacional para el Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual y el SIDA, Ministerio de Salud, Brasil. *Technical Bases for the Elimination of Congenital Syphilis*. WHO Background paper No. GPA/STD.SYPH.3. Presentado en la Reunión del Grupo Técnico Oficioso de la OMS sobre Prevención y Control de la Sífilis Congénita, Ginebra, octubre 11 a 13, 1993.
12. Parisi EA, Pereyra N, Oreglia Dos Santos M, Leguizamón R, Diorio E. Proyecto sífilis congénita. Capítulo argentino, ULACETS. Proyecto llevado a cabo en colaboración con la OPS/OMS.
13. Desenclos JA, Scaggs M, Wroten JE. Characteristics of mothers of live infants with congenital syphilis in Florida, 1987-1989. *Am J Epidemiol* 1992 136:657-61.
14. Mascola L et al. Congenital Syphilis: Why Is It Still Occurring? *The Journal of the American Medical Association*. October 6, 1984. 252(13):1719-1722.
15. Zenker PN y Berman SM. Congenital syphilis: trends and recommendations for evaluation and management. *Pediatric Infect Dis J* 1991 10:516-22.
16. Centers for Disease Control and Prevention. 1993 Sexually transmitted diseases treatment guidelines. *MMWR* 1993 42(No. RR-14):i-102.
17. Véase: "Management of the Patient with a History of Penicillin Allergy", en: *1993 STD Treatment Guidelines*, de los CDC, pp. 444-46.