

SIFILIS CONGENITA SITUACION ACTUAL EN LA ARGENTINA

Dra Gladys Silvia Ferrucci
Infectóloga Infantil



***Iniciativa Regional para la Disminución de la Transmisión
Materno-Infantil del VIH y de la Sífilis congénita en
América latina y el Caribe
2010-2011***

***Línea de base de seroprevalencia de Sífilis y VIH en
embarazadas***

Visión

Generaciones libres de sífilis congénita y transmisión de VIH.

Meta

Eliminación de la sífilis congénita y la transmisión materno infantil del VIH en ALC para el año 2015.

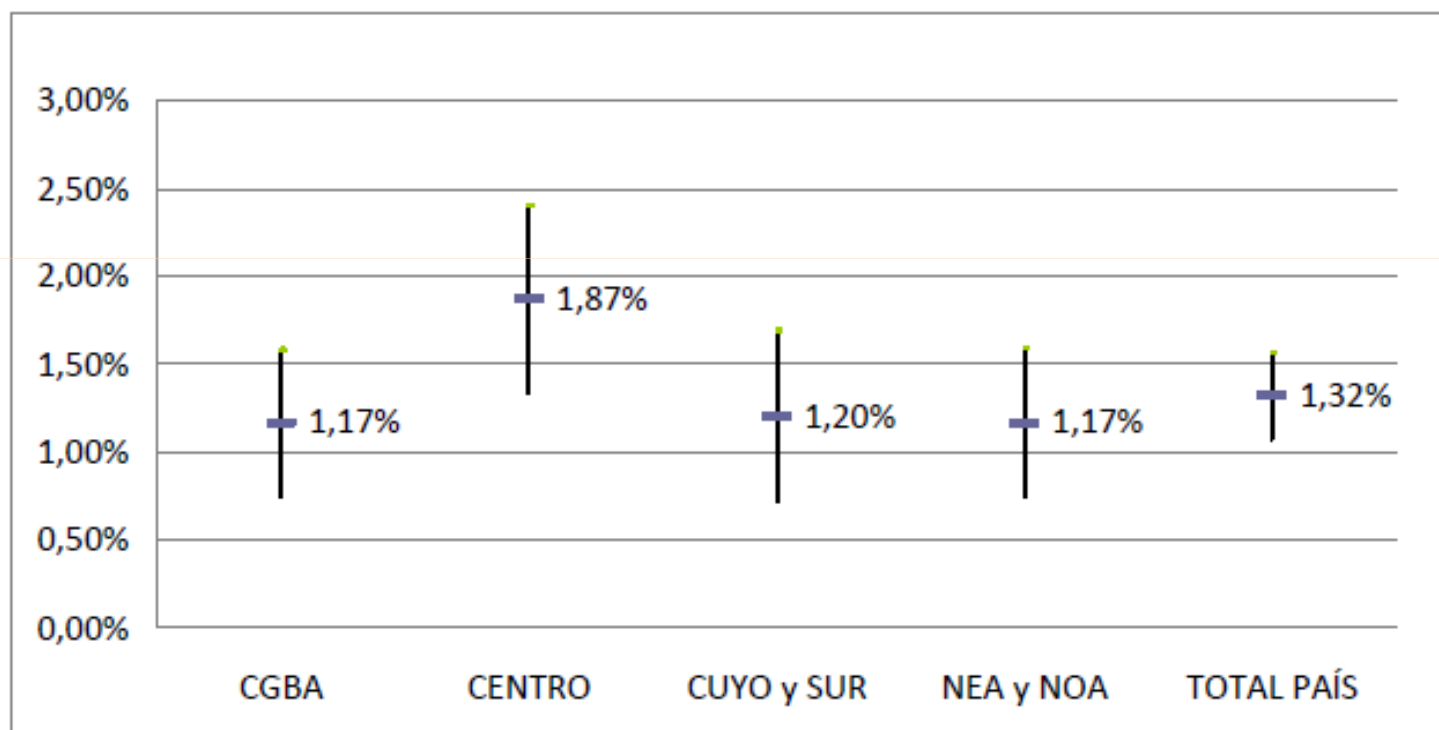
Disminuir a ≤ 2 % la transmisión del VIH y la tasa de incidencia de sífilis congénita a $\leq 0,5/1000$ nacidos vivos.



*Iniciativa Regional para la
Disminución de la Transmisión
Materno-Infantil del VIH y de
la Sífilis
2010-2011*

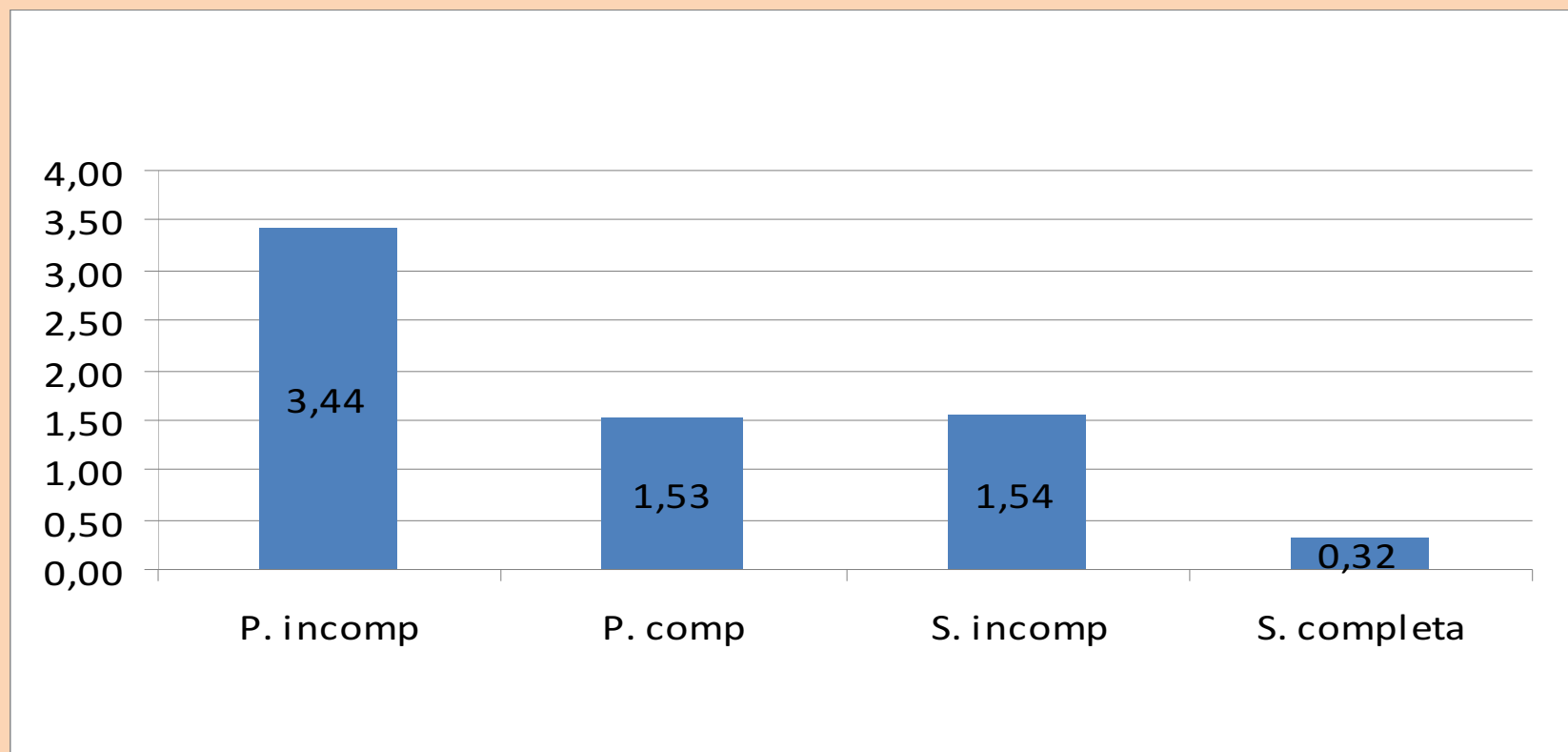
PREVALENCIA DE SÍFILIS EN EL PUERPERIO

Gráfico 3 – Estimación de prevalencia nacional y regional de sífilis en mujeres puérperas e IC95% (n = 6711)



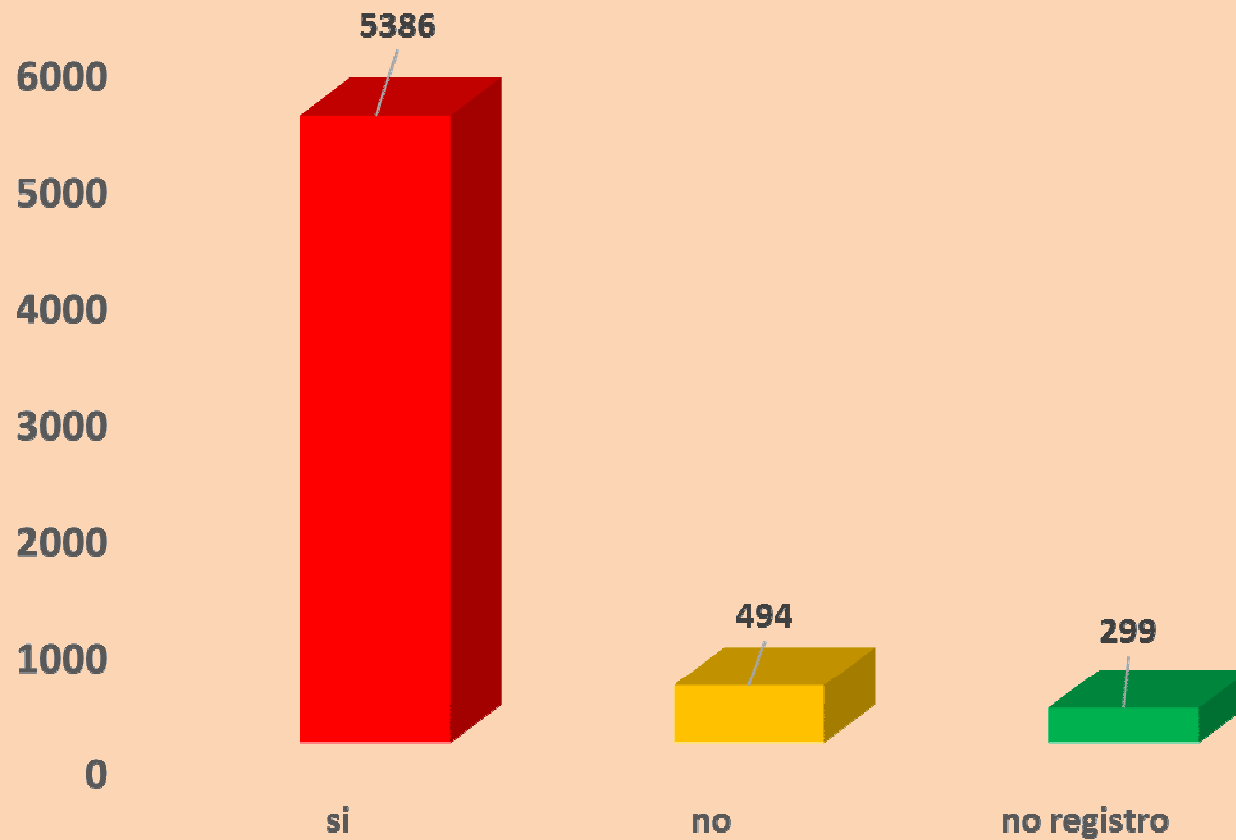
Seroprevalencia de VIH y sífilis en puérperas de Argentina

Prevalencia de sífilis en puérperas según el nivel de instrucción materno, Argentina 2010-2011



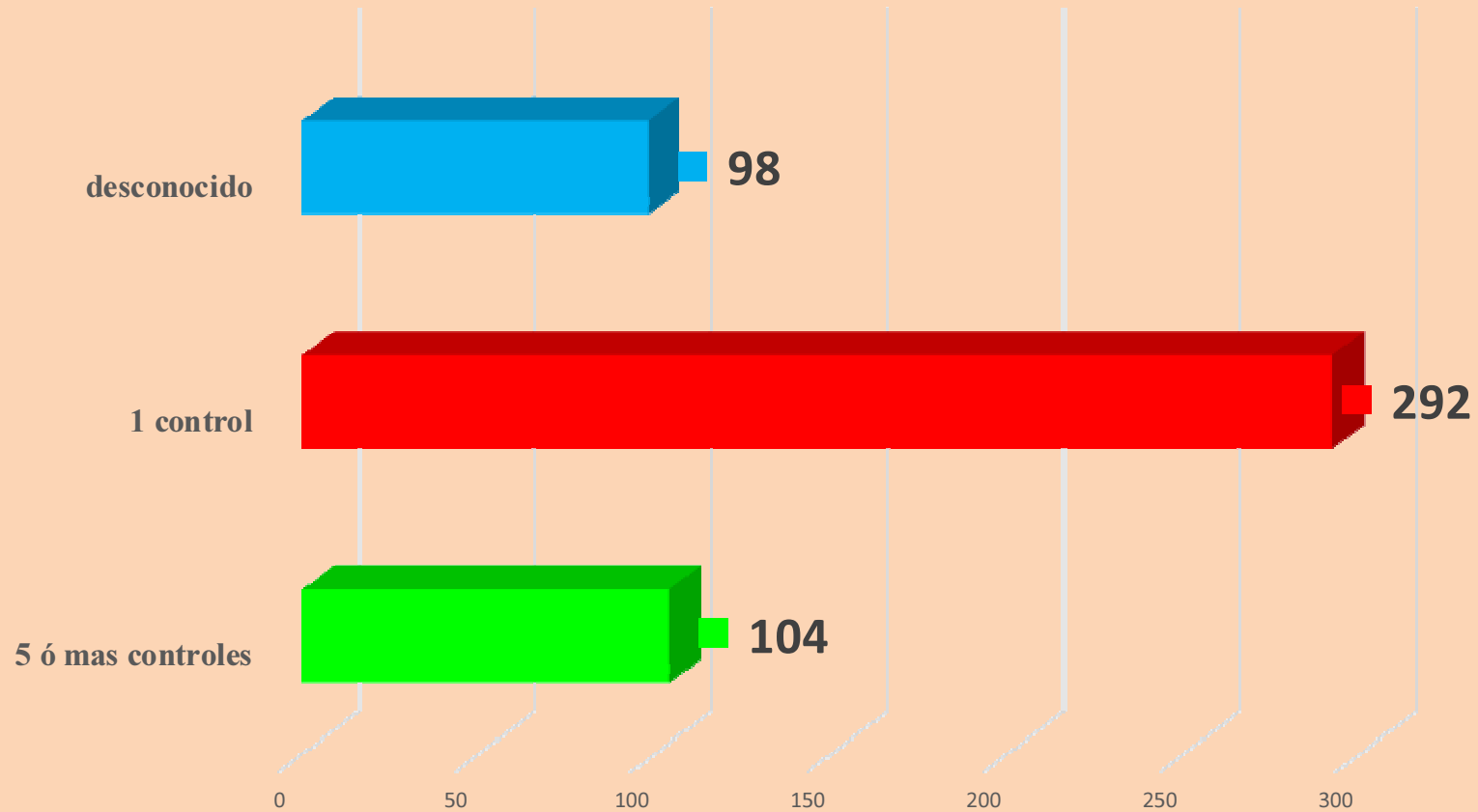
Seroprevalencia de VIH y sífilis en puérperas de Argentina

Mujeres con recién nacidos vivos que realizaron serología para Sífilis durante el embarazo



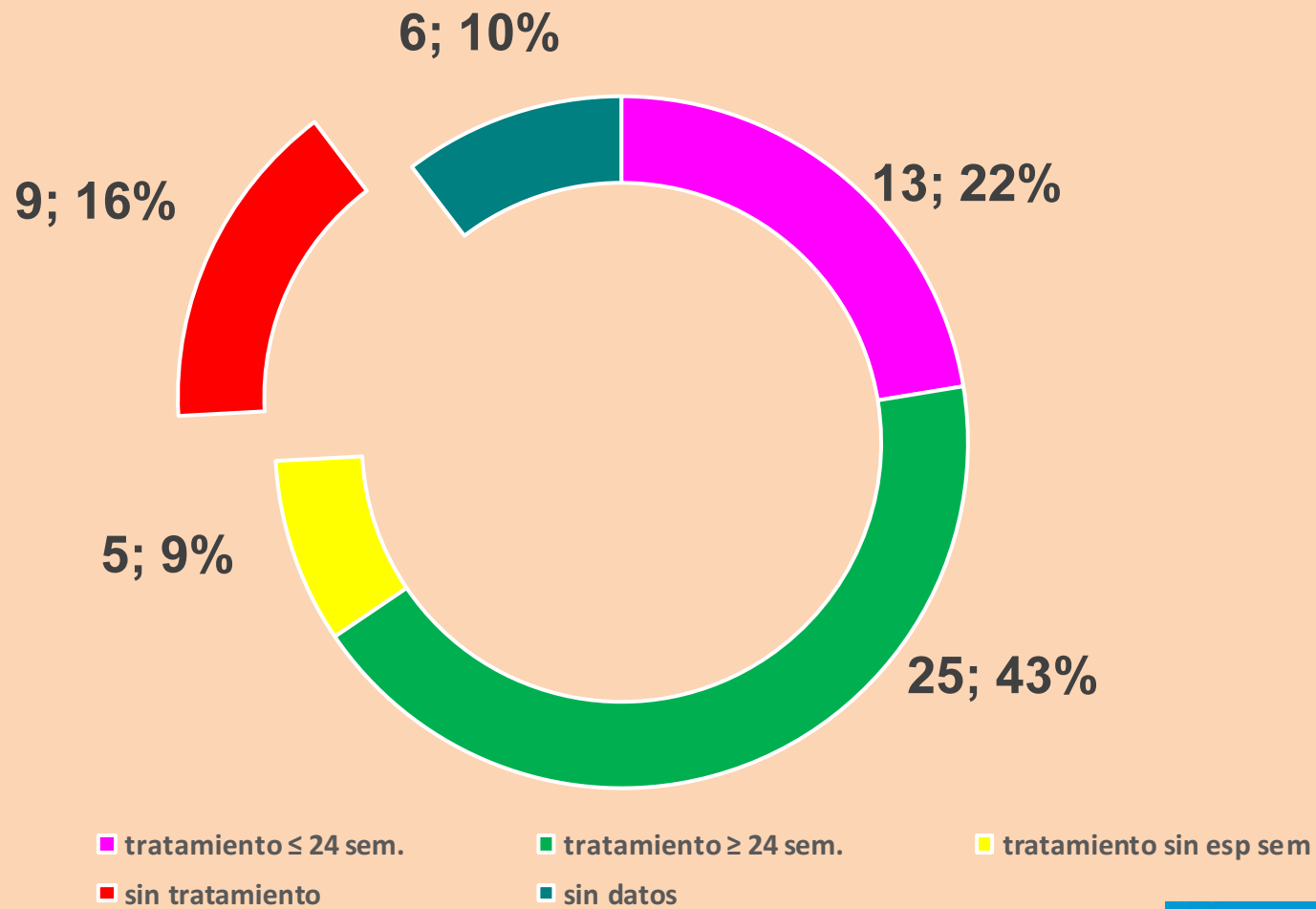
Seroprevalencia de VIH y sífilis en puérperas de Argentina

Mujeres que no realizaron prueba para Sifilis (n: 494) y cantidad de controles en el embarazo



Seroprevalencia de VIH y sífilis en puérperas de Argentina

Tratamiento con Penicilina en mujeres con diagnóstico de sífilis en el embarazo actual (n:58)



Seroprevalencia de VIH y sífilis en puérperas de Argentina

Retroalimentación entre asistencia y vigilancia

Provee información para seguimiento diagnóstico, tratamiento y controles.

Asistencia Individual

Produce información que sirve a la vigilancia epidemiológica

El tratamiento oportuno tiene importancia individual y epidemiológica/poblacional en la medida en que supone la prevención de nuevos futuros casos, interrumpiendo la cadena de transmisión

¿Qué se notifica como sífilis congénita?

- Recién nacido o mortinato cuya madre tuvo sífilis no tratada o fue inadecuadamente tratada, independientemente de la presencia de signos, síntomas o resultados de laboratorio.
- Recién nacido con evidencia clínica de sífilis congénita.
- Recién nacido con resultados de laboratorio compatibles con infección sifilítica (independientemente del tipo de tratamiento que recibió la madre durante el embarazo).

Modalidad de notificación:

Individual, nominal.

Periodicidad: Semanal.

Sífilis en el embarazo. Estudiadas para sífilis con pruebas treponémicas, porcentaje de positividad. Argentina por región 2012 – SE 48 2013

PROVINCIA	SE 1 A 52 de 2012			SE 1 a 48 de 2013		
	Estudiados	Casos positivos por pruebas treponémicas	% de positividad	Estudiados	Casos positivos por pruebas treponémicas	% de positividad
Centro	160963	2131	1,32%	145246	2043	1,41
Cuyo	31763	196	0,62%	30614	190	0,62
NEA	53741	545	1,01%	49162	713	1,45
NOA	45493	384	0,84%	57011	483	0,85
Sur	39590	82	0,21%	30634	67	0,22
Total PAIS ARGENTINA	331550	3338	1,01%	312667	3496	1,12

Sífilis temprana y sin especificar.

Casos y tasas acumuladas por 100000 habitantes
País Argentina por región. Año 2012-2013

	2012	2012	2013	2013	Dif tasas 2012/2013	S	P	C	D
	casos	tasas	casos	tasas					
CABA	807		1071			874	3	89	
Buenos Aires	1735	7,39	1277	8,17	11%	99	64	1006	1
Centro	2587	9,85	2946	11,22	14%	1265	104	1328	1
Cuyo	175	6,13	18	11,15	82%	276	1	23	0
NEA	380	10,33	337	9,16	-11%	187	27	103	0
NOA	554	11,28	875	17,82	58%	401	6	454	0
Sur	188	7,77	231	9,55	23%	60	4	163	0
Total	3884	9,68	4707	11,73	21%	2189	142	2071	1

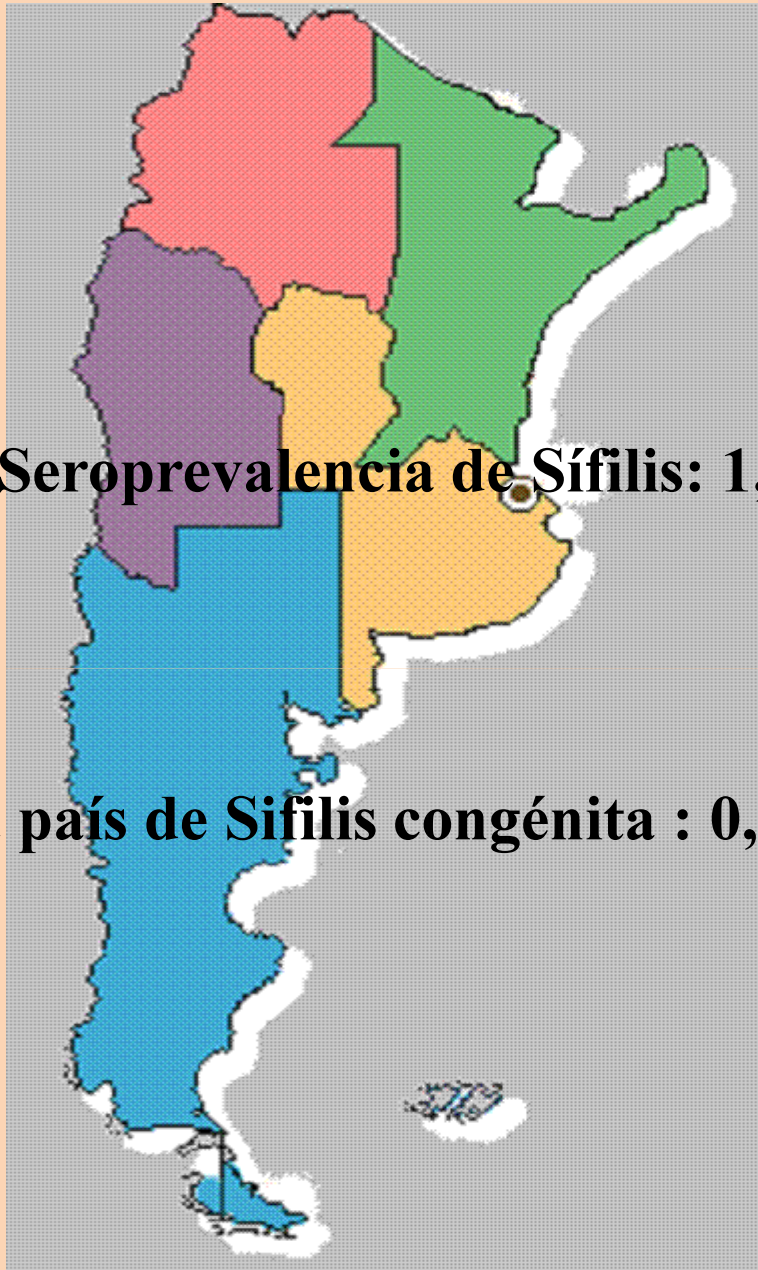
Sífilis congénita casos acumulados hasta semana epidemiológica 52 por región. País Argentina. Años 2012-2013

PROVINCIA	2012		2013	
	Sospechosos	Confirmados	Sospechosos	Confirmados
Centro	538	408	576	369
Cuyo	43	11	39	8
NEA	267	133	455	291
NOA	231	176	264	149
Sur	18	8	21	9
Total PAIS ARGENTINA	1097	736	1355	826

REGIONES DE ARGENTINA

Seroprevalencia de Sífilis: 1,32

Tasa país de Sífilis congénita : 0,93/1000 nacidos vivos



- Norte
- Centro
- Litoral
- Patagonia
- Cuyo

Msal. 2011



Sociedad Argentina de
Pediatría

CONGRESOS

7° Congreso
Argentino
de Infectología
Pediátrica

Fortalezas

- Estudio de seroprevalencia que nos expresa una línea de base en las puérperas con respecto a sífilis.
- Pruebas serológicas económicas y de fácil ejecución.

P no treponémicas	P treponémicas	Diagnóstico
Reactiva	Reactiva	Sífilis actual o pasada.
Reactiva	No reactiva	Inespecífico (otra patología??)
No reactiva	Reactiva	Sífilis tratada, sífilis primaria muy reciente, sífilis tardía, o reacción de prozona en sífilis secundaria.
No reactiva	No reactiva	Ausencia de infección o periodo de incubación.

Fortalezas

- Tratamiento económico y sencillo.
- Guías y orientación para el equipo de salud.



Debilidades

- Las pruebas requieren confirmación con pruebas treponémicas especialmente en la embarazada. **Se detectaron 133 VDRL reactivas en 6711 puérperas de las cuales 93 (70%) tuvieron confirmación diagnóstica en las pruebas treponémicas. Un 8% de las mujeres en control prenatal y con seguimiento en el sistema de salud no cuentan con el tamizaje para Sífilis.**
- El tratamiento a veces no se aplica por la sospecha de alergia a beta lactámicos. **El 15,5 % de las mujeres con sífilis en el embarazo no habían recibido tratamiento.**

Debilidades

- Evaluar cuales son los controles del embarazo no solo en cantidad sino en calidad. **Del total de 494 mujeres que no realizaron prueba de sífilis durante el embarazo, el 21% había tenido 5 o más controles del embarazo y el 59% tuvo al menos un control.**
- Un tema importante: la pareja o parejas sexuales. **Incluir en la definición de madre adecuadamente tratada, tratamiento de la pareja sexual.**
- **Indicación de preservativo.**

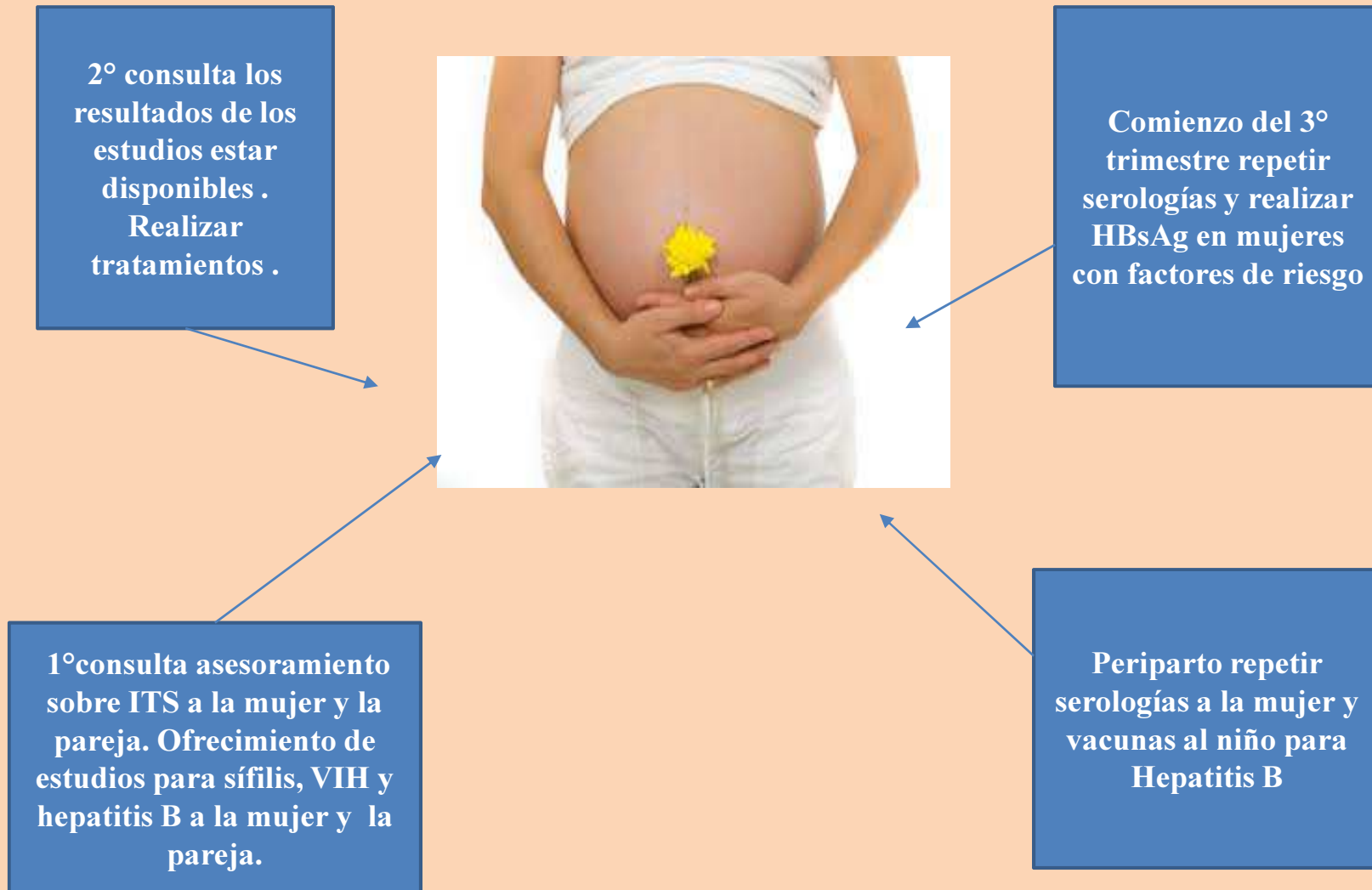
Amenazas

- Población de madres con bajo nivel de educación. **La realización de la prueba de sífilis durante el embarazo fue directamente proporcional al nivel educativo de la madre, ya que se efectuó la prueba en el 75,8% de las mujeres sin educación formal y en el 94,4% con secundaria completa o mayor.**
- Madres adolescentes con múltiples embarazos y parejas, con falta de contención y acompañamiento.
- No llegamos en la prevención en esta y en otras ITS. **El 33,5% (31) mujeres con sífilis al puerperio habían comenzado su embarazo sin sífilis.**

Oportunidades

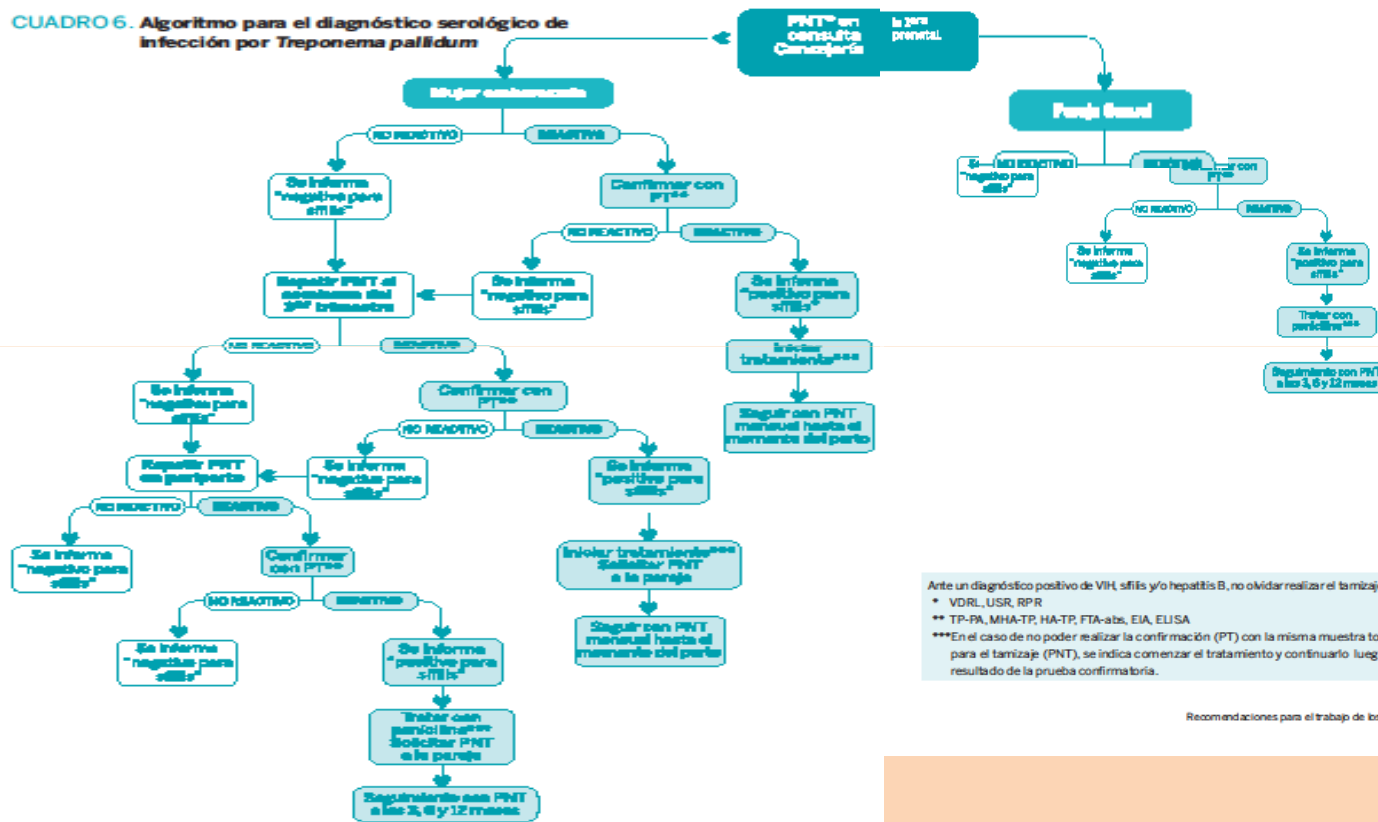
- Tomar todas las visitas al sistema de salud como oportunidades para el control de serología de ITS. Del total de 494 mujeres que no realizaron prueba de sífilis durante el embarazo, el 21% había tenido cinco o más controles del embarazo y el 59% tuvo al menos un control.
- Funcionar como equipo para mejorar la atención a la mujer embarazada. Todos los que participan desde médicos hasta trabajadores sociales, enfermeros, agentes sanitarios, odontólogos, médicos especialistas en imágenes, laboratorio, farmacia.
- Integrar la pareja si existe.
- Armar estrategias de atención para disminuir la transmisión de sífilis en el embarazo. Revisar circuitos de atención.

Algoritmo de gestión



Algoritmo Diagnóstico Sífilis

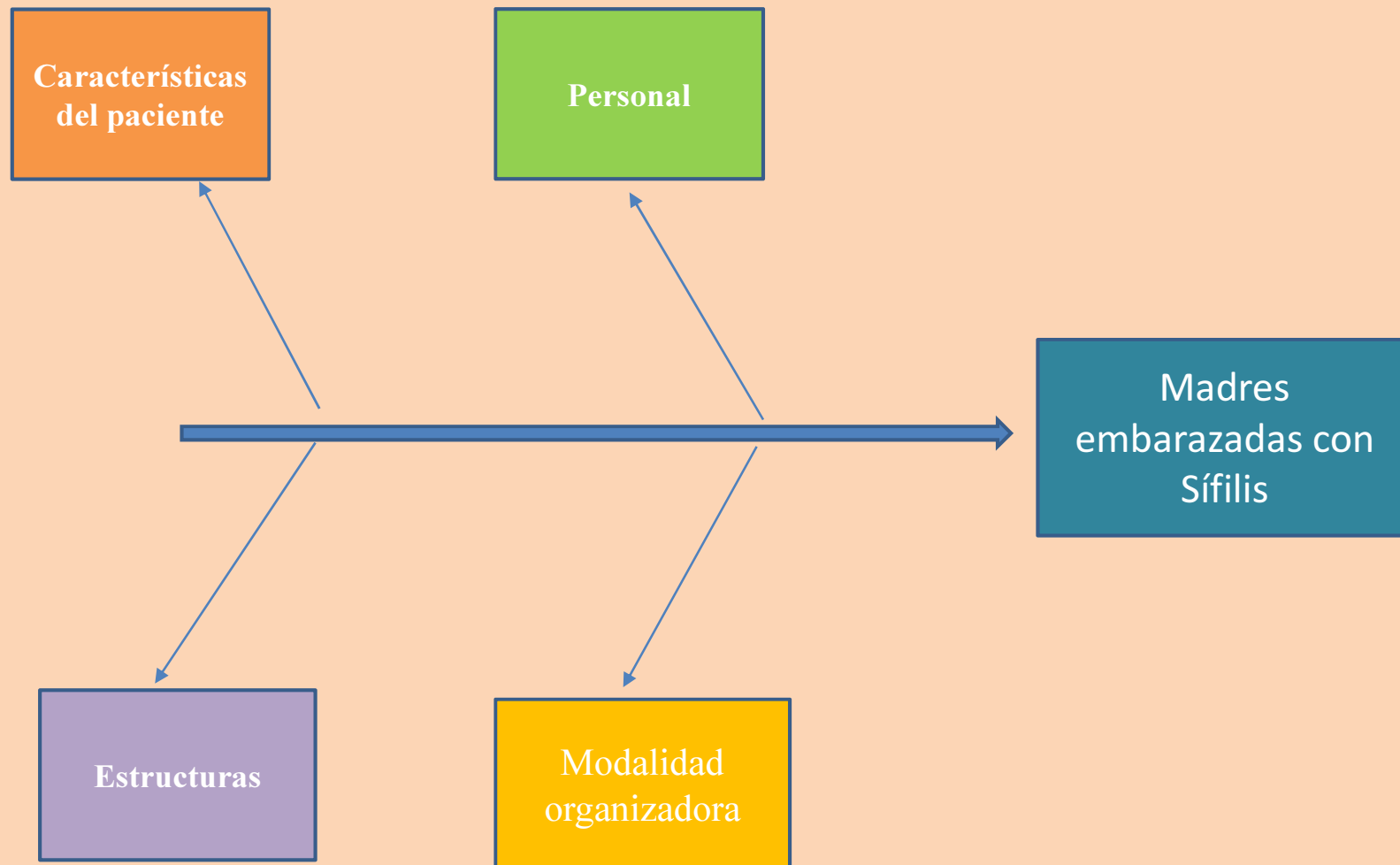
CUADRO 6. Algoritmo para el diagnóstico serológico de infección por *Treponema pallidum*



Ante un diagnóstico positivo de VIH, sífilis y/o hepatitis B, no olvidar realizar el tamizaje para otras ITS.
 * VDRL, USR, RPR
 ** TP-PA, MHA-TP, HA-TP, FTA-abs, EIA, ELISA
 ***En el caso de no poder realizar la confirmación (PT) con la misma muestra tomada para el tamizaje (PNT), se indica comenzar el tratamiento y continuarlo luego de obtener el resultado de la prueba confirmatoria.

Recomendaciones para el trabajo de los equipos de salud 27

Repensar circuitos de Atención



MUCHAS GRACIAS

