



EL PLAN DE ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNA-INFANTIL DE LA SÍFILIS, UNA OPORTUNIDAD PARA INICIAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LA REGLAMENTACIÓN DE LA LEY ESTATUTARIA DE LA SALUD

La sífilis, infección causada por la bacteria *T. pallidum*, es un problema de salud pública a nivel mundial. Se estima que más de 12 millones de personas se infectan cada año, de las cuales 3 millones corresponden a América Latina y el Caribe (1). Respecto a los países de altos ingresos, es considerada una infección reemergente en el siglo XXI (2). La sífilis se transmite por relaciones sexuales no protegidas o a través de la placenta de la mujer gestante al feto. La sífilis gestacional se produce cuando una mujer infectada queda en embarazo o una gestante adquiere la infección sifilítica (3). La sífilis gestacional (SG) puede afectar al feto hasta en un 80 % de los casos, y causar aborto, óbito fetal, parto pretérmino, bajo peso al nacer o infección en el recién nacido o sífilis congénita (SC), que es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad perinatal (4).

La sífilis es una enfermedad curable, su tratamiento es con penicilina (5), y la transmisión materno-infantil de la infección es totalmente prevenible si es diagnosticada y tratada oportunamente (6). La incidencia de SC se puede disminuir con un control prenatal de buena calidad, en el que se apliquen estrategias que faciliten el diagnóstico y tratamiento oportuno a la madre. Con base en esta evidencia, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) lanzó, en el año 1995, el Plan de Acción para la Eliminación de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe. El plan planteaba como objetivo llevar la incidencia de sífilis congénita a menos de 5 casos por cada 10.000

nacidos vivos (NV) (7). Luego, en el año 2007, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó el Plan Global de Eliminación de la Sífilis Congénita (8), y en el año 2011 Colombia lanzó el Plan de Eliminación de la Transmisión Materno-Infantil de Sífilis y VIH (9).

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia informa para el año 2013 una razón de prevalencia de SG del 6,6 x 1000 recién nacidos vivos, y una tasa de incidencia de SG de 17 x 10.000 nacidos vivos (10), tres veces mayor que la meta de la estrategia de eliminación antes mencionada.

Con la intención de poder impactar de una mayor manera en la incidencia de la SG, el Ministerio de Salud y Seguridad Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, con el liderazgo de la Universidad Nacional, desarrollaron una nueva Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia para la Atención Integral de la SG y SC. Esta guía tiene como principales recomendaciones:

1. El uso de pruebas treponémicas de diagnóstico rápido en el punto de atención (PRA) con el fin de diagnosticar y tratar a la gestante en una sola consulta, estas pruebas no requieren de una sofisticada estructura de laboratorio para su realización, tienen una sensibilidad y especificidad similar a la de las pruebas treponémicas de laboratorio (11), se dispone del resultado en 30 minutos y son de bajo costo (12).
2. El diagnóstico de SG se divide en caso probable (si la PDA es positiva) y caso confirmado (cuando

luego de una PDA positiva, la serología es reactiva en cualquier dilución).

3. El tratamiento adecuado para prevenir SC es recibir al menos una dosis de penicilina benzatínica (2.400.000 UI intramuscular), aplicada 30 o más días antes del momento del parto. La penicilina se debe aplicar sin previa prueba de sensibilidad, y en el sitio de atención de la paciente si la PDA fue positiva.

Esta recomendación se basa en la evidencia que muestra que si se aplica al menos una dosis de penicilina benzatínica 4 semanas antes del parto, se evitarán más del 97 % de los casos de infección neonatal y que las reacciones alérgicas a la penicilina son muy raras (3 x 100.000) (13). Además, se toma en cuenta que los riesgos de tratar mujeres embarazadas con penicilina para prevenir la SC son muy bajos y no superan los beneficios de un tratamiento oportuno para el feto. En todo caso, se deberá realizar una entrevista médica minuciosa haciendo énfasis en historia de reacciones alérgicas a penicilinas o antecedentes de reacciones graves de hipersensibilidad. Ante la presencia de cualquiera de las dos, la paciente se debe remitir para desensibilización de penicilina y posterior aplicación del antibiótico.

Para alcanzar las metas de la estrategia se requiere lograr la adecuada implementación de la guía en todo el territorio nacional, de manera que se constituya en una herramienta que apunte el logro de las metas de la estrategia en la población colombiana. El país cuenta hoy en día con una normativa que debe ser tomada en cuenta para reforzar el plan de eliminación. El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (14), y, más recientemente, la Ley Estatutaria del Sector Salud (15), la Política de Atención Integral en Salud (16) con énfasis en el modelo integral de salud, y las redes de atención, ofrecen una gran oportunidad para lograr un acuerdo interprogramático e intersectorial a fin de obtener el resultado esperado en las metas de eliminación de la transmisión materno-infantil de la sífilis.

Recordemos que en Colombia la sífilis afecta especialmente poblaciones que viven en la margina-

lidad; con grandes inequidades en salud, educación y oportunidades; que sufren la violencia en general y, en especial, la violencia de género. Por otra parte, el diagnóstico y tratamiento de la sífilis congénita no moviliza la gran cantidad de recursos de los que se dispone para la infección por VIH. Por tanto, requerimos que se congreguen los grupos en la sociedad que cuentan con los recursos para actuar en favor de aquellos con poca capacidad de organización, movilización social y empoderamiento, tomando en cuenta el momento que vive el país, en el cual se requieren nuevas oportunidades y apoyo a la población con mayores desventajas para lograr una paz estable.

Bajo la nueva normatividad, es claro que los esfuerzos para lograr la eliminación de la SC deben ser coordinados desde el Ministerio de Salud, pero liderados por los entes territoriales del sector, con la participación de los otros actores del sistema de salud, tales como las aseguradoras, las instituciones prestadoras de servicios y los trabajadores de la salud. También deberán ser invitados otros sectores, por ejemplo, el sector social, las organizaciones comunitarias, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), la academia, las sociedades científicas y los medios de comunicación, entre otros. La estrategia ofrece la oportunidad de rescatar el papel de la atención primaria en el sistema de salud, de lograr la integralidad de la atención en el control prenatal, de organizar redes de instituciones para la atención de la gestante y de que los entes territoriales brinden soluciones a los problemas en las regiones de acuerdo con sus necesidades específicas. Por último, debe lograr que los aseguradores inviertan más recursos en la prevención de la enfermedad.

Para las sociedades científicas y la academia el desafío es mayor, se requieren acciones de educación formativa a nivel de las escuelas de medicina, enfermería y bacteriología, como también en los programas de posgrado de las especialidades clínicas de obstetricia, pediatría, infectología y dermatología sobre los contenidos de la guía y las nuevas tecnologías contenidas en sus recomendaciones, del control de calidad de las mismas y de los sistemas de vigilancia de la SG y SC.

Desde el punto de vista de la educación continuada, el papel de las sociedades científicas es crucial. Ellas también deberán liderar procesos intersectoriales en defensa de las mujeres gestantes para garantizar la integralidad de la atención

El no logro de los objetivos de la estrategia sería, en la práctica, un nuevo fracaso del sistema de salud, de la reforma, de la reglamentación de la Ley Estatutaria y una nueva frustración para la población colombiana.

Hernando Gaitán-Duarte, MD, MSc

Editor

Adriana Cruz-Aconcha, MD

Editora invitada

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted diseases: overview and estimates. Geneva: WHO; 2001. (WHO/CDS/CSR/EDC/2001.10). [visitado 2016 Mar 20]. Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/sti/who_hiv_aids_2001.02.pdf/.
2. Fenton KA, Breban R, Vardavas R, Okano JT, Martin T, et al. Infectious syphilis in high-income settings in the 21st century. *Lancet Infect Dis*. 2008;8:244-53. doi: 10.1016/S1473-3099(08)70065-3.
3. Kamb ML, Newman LM, Riley PL, Mark J, Hawkes SJ, Malik T, et al. A road map for the global elimination of congenital syphilis. *Obstet Gynecol Int*. 2010;3:12798. doi: 10.1155/2010/312798
4. Newman L, Kamb M, Hawkes S, Gomez G, Say L, Seuc A, et al. Global Estimates of Syphilis in Pregnancy and Associated Adverse Outcomes: Analysis of Multinational Antenatal Surveillance Data. *PLoS Med*. 2013;10:e1001396. doi: 10.1371/journal.pmed.1001396
5. Workowski KA, Bolan GA, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep*. 2015;64(RR-03):1-137.
6. WHO. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission (EMTCT) of HIV and syphilis. Geneva: WHO; 2014. [visitado 2016 Mar 20]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112858/1/9789241505888_eng.pdf?ua=1&ua=1.
7. Plan of action for the elimination of congenital syphilis. Washington, DC: Pan American Health Organization; 1995 (PAHO/WHO/Ce116/14).
8. World Health Organization. The Global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action. Geneva: WHO; 2007. [visitado 2016 Mar 20]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241595858/en/>.
9. Plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita. Colombia 2011-2015. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social. Bogotá D.C.;2011.
10. Datos propios de la estrategia para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita. Ministerio de Salud y Protección Social; 2015
11. Jafari Y, Peeling RW, Shivkumar S, Claessens C, Joseph L, Pai NP. Are *Treponema pallidum* specific rapid and point-of-care tests for syphilis accurate enough for screening in resource limited settings? Evidence from a meta-analysis. *PLoS One*. 2013;8:e54695. doi: 10.1371/journal.pone.0054695.
12. Sweeney S, Mosha JF, Terris-Prestholt F, Sollis KA, Kelly H, Changalucha J, et al. The costs of accessible quality assured syphilis diagnostics: informing quality systems for rapid syphilis tests in a Tanzanian setting. *Health Policy Plan*. 2014;29:633-41. doi: 10.1093/heapol/czt049.
13. Galvao TF, Silva MT, Serruya SJ, Newman LM, Klausner JD, Pereira MG, et al. Safety of benzathine penicillin for preventing congenital syphilis: a systematic review. *PLoS One*. 2013;8:e56463.
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. [visitado 2016 Mar 20]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley Estatutaria 1751 de 2015. [visitado 2016 Mar 20]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 2016. Política de atención en salud. [visitado 2016 Mar 20]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/politica-integral-de-atencion-en-salud.aspx>