

SITUACIÓN DE LA SÍFILIS EN 20 PAÍSES DE LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE: AÑO 2006

SYPHILIS SITUATION IN 20 LATIN AMERICAN AND CARIBBEAN COUNTRIES: YEAR 2006

Enrique Galban¹ & Adele S Benzaken²

RESUMEN

Introducción: Las infecciones de transmisión sexual, en especial a sífilis, se encuentran entre las principales causas de enfermedad en el mundo y en la mayoría de los países de la América Latina. **Objetivo:** realizar una exploración de la situación de la sífilis y la sífilis congénita en los países de la región y disponer de una aproximación a la situación epidemiológica actual y sus tendencias. **Métodos:** se realizó un estudio de corte transversal y para la obtención de los datos se diseñó una encuesta que fue validada en el mes de diciembre del 2007 y enviada posteriormente a los coordinadores de programas nacionales de 20 países de la región. El periodo de ejecución y llenado de la información transcurrió entre enero y febrero del 2008 y se solicitó información de los últimos cuatro años (periodo 2003 - 2007). **Resultados:** todos los países poseen servicios de Vigilancia Epidemiológica y en la mayoría de ellos la sífilis total y congénita son enfermedades de notificación obligatoria. Existen, al menos, 10 países cuyas tasas de incidencia de sífilis congénita están por encima de 0,5 X 1.000 Nacidos vivos a pesar de que la subnotificación de casos en la región es grande. Latinoamérica y Caribe notifican en el 2006 un pequeño porcentaje del total de los casos de sífilis y sífilis congénita que la OMS/OPS estima ocurren en el área y según la opinión de los jefes de programas y expertos nacionales la tendencia de estas infecciones en la mitad de los países de la región es al aumento o desconocida. **Conclusión:** La sífilis congénita continúa siendo un serio problema de salud en la región. La información disponible sobre sífilis en términos de incidencia, prevalencia, tendencias, prioridades de intervención, coberturas de atención a grupos vulnerables, disponibilidad de recursos humanos y materiales es insuficiente en muchos países. Se observa en la región la existencia de oportunidades para el desarrollo de trabajo colaborativo conjunto entre los países miembros.-

Palabras-clave: sífilis congénita, América Latina y Caribe, DST

ABSTRACT

Introduction: Sexually transmitted infections, especially syphilis, are found among the main causes for illnesses in the world and in the majority of Latin American countries. **Objective:** investigate the situation of syphilis and congenital syphilis in countries of the region and obtain an approximation of the current epidemiological situation and its tendencies. **Methods:** a study of transversal cut was performed and to obtain data a questionnaire was validated in the month of December of 2007 and later sent to the national program coordinators of 20 countries in the region. The implementation and information gathering period took place between January and February of 2008 and data regarding the last 4 years of the programs (from 2003 to 2007) was requested. **Results:** all countries have Epidemiological Surveillance services and, for the most part, total and congenital syphilis are illnesses of mandatory notification. There are at least 10 countries where congenital syphilis incidence rates are above 0,5 X 1.000 newborns, even when a high number of cases are not notified in the region. Latin America and the Caribbean notified in 2006 a percentage of total syphilis and congenital syphilis cases that is smaller than that estimated by the WHO/PAHO for the region. According to national experts and directors of national programs, the tendency of these infections in half of the countries of the region are either rising or is unknown. **Conclusion:** congenital syphilis continues to be a serious health problem in the region. The available information about syphilis regarding its incidence, prevalence, tendencies, intervention priorities, assistance to vulnerable groups, and availability of human and material resources is insufficient in many countries. There is opportunity to develop a collaborative work between member nations

Keywords: congenital syphilis, Latin American and Caribbean countries, STD

INTRODUCCION

Las infecciones de transmisión sexual se encuentran entre las principales causas de enfermedad en el mundo y en la mayoría de los países de la América Latina y ellas tienen consecuencias económicas, sociales y sanitarias muy importantes ya que algunas como la sífilis suelen afectar de manera muy importante a las mujeres en edad reproductiva y a sus hijos, razón por lo que los programas de salud deben brindarle atención preferencial.

La mayor importancia, que tiene la sífilis para la salud pública es su capacidad de transmisión de una mujer gestante infectada a su hijo, durante cualquier momento de la gravidez, lo que puede originar elevadas tasas de mortalidad perinatal, infantil y en menores de 5 años en aquellos lugares donde persisten niveles altos de prevalencias de infección treponémica.

La probabilidad de infección fetal es cercana al 70% si la madre se encuentra en las fases primaria o secundaria de la enfermedad pero se reduce al 30% durante las etapas tardías de la infección materna (sífilis latente tardía y terciaria) y se estima que dos terceras partes de los embarazos en mujeres infectadas por *treponema pallidum* resultan en sífilis congénita muerte fetal ó aborto espontáneo^{1,2}.

Ello contrasta con el elevado nivel resolutivo y de costo-beneficio que puede obtenerse con la implantación de planes y programas adecuados para su prevención y control. Estas actividades deberán integrarse a intervenciones destinadas a prevenir la morbilidad y mortalidad fetal, neonatal e infantil y la evaluación de su ejecución deben representar indicadores de la calidad de la atención prenatal.

Entre los factores que contribuyen a la persistencia de la sífilis congénita como problema de salud pública cabe destacar la falta de percepción de los proveedores de salud de que la sífilis materna y congénita pueden tener consecuencias graves y con ello la ausencia o las bajas coberturas de programas de prevención; la

¹Instituto de Gastroenterología, Cuba, e Vice-Presidente da Associação LatinoAmericana e Caribenha para o controle das DST- ALAC-DST

²Fundação Alfredo da Matta, Manaus, Amazonas, Brasil e Presidente da Associação LatinoAmericana e Caribenha para o controle das DST- ALAC-DST

existencia de barreras para el acceso a los servicios de control prenatal; y el estigma y la discriminación relacionados con las infecciones de transmisión sexual.

A pesar de que está comprobado desde hace muchos años que estas complicaciones podrían ser totalmente prevenibles con tecnologías asequibles y de muy bajo costo, la enfermedad permanece como uno de los grandes problemas de salud pública a nivel global.

La Organización Mundial de la Salud ha estimado que alrededor de 12 millones de nuevos casos de sífilis ocurren cada año en el mundo en la población adulta, 90% de ellos en países en desarrollo. Para Latinoamérica y el Caribe el estimado de la incidencia anual de casos de sífilis en población adulta es de 3 millones²⁻⁸.

La situación epidemiológica actual a nivel global de la sífilis, suele ser muy variable, su magnitud se está incrementando aún en lugares donde se le consideraba bajo control, como en algunas regiones de Europa oriental y occidental, en las que se observa incremento de la incidencia en años recientes⁹⁻¹³.

Aunque en la mayor parte de los países existe la política de ofrecer pruebas de diagnóstico para sífilis y tratamientos gratuito a las gestantes que resulten positivas, la realidad es bien diferente, pues se conoce que en grandes regiones del mundo esto no sucede así. Por ejemplo en África Subsahariana menos del 30% de las gestantes son estudiadas para sífilis^{12,13} y en algunos países de Latinoamérica esta cifra alcanza valores semejantes^{1,6}.

A diferencia de lo que sucede con el VIH/SIDA, en que la información epidemiológica acerca de su incidencia prevalencia y tendencia es bien conocida, para el resto de las ITS, es muy poco lo que se sabe, aun a pesar de que reconocerse que solo las llamadas curables (sífilis, gonorrea, clamidia y trichomoniasis) representan uno de los problemas de salud más comunes y que son una de las causas más frecuentes de búsqueda de servicios de salud de la población mayor de 15 años en países en desarrollo.

También es bien conocido que la repercusión de sus posibles secuelas en las personas de ambos sexos son muy importantes ya que se relacionan de manera directa con el incremento de la morbilidad y mortalidad materna e infantil y el cáncer genital y que juegan un categórico papel facilitador en la transmisión sexual del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)¹⁻¹³.

Las estadísticas, publicadas, acerca de la frecuencia y distribución de las ITS en los países de la región proveen una información muy limitada. Por una parte existe subregistro o subnotificación que en algunos países puede alcanzar niveles altos o bien que una parte importante de los casos son atendidos en servicios de salud privados que no suelen notificar de manera sistemática y por otra se conoce que muchas de estas infecciones cursan de manera asintomática y por tanto no demandan atención de los servicios y que solamente pueden ser identificadas mediante el empleo de programas de pesquisa activa.

Por todas estas razones nos planteamos el objetivo de mejorar la visión que tenemos acerca de la situación epidemiológica y las tendencias de las sífilis en la región de Latinoamérica y el Caribe.

En septiembre del 2007 en el marco del Primer Encuentro Internacional de la Asociación latinoamericana y del Caribe para el control de las ITS (ALAC-ITS) realizado en la ciudad de Porto

Alegre, Brasil, fue solicitado a un grupo de Coordinadores Nacionales de Programas de ITS/VIH/SIDA (o sus representantes presentes en el evento), su colaboración para, bajo el auspicio de la Asociación Latinoamericana y del Caribe para el Estudio de las ITS (ALAC – ITS) la realización de un estudio sobre la situación de las ITS incluyendo la sífilis y sífilis congénita y de los programas de control, lo cual fue aprobado por unanimidad.

OBJETIVO

Realizar una exploración de la situación de la sífilis y la sífilis congénita en los países de la región y disponer de una aproximación a la situación epidemiológica actual y sus tendencias.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de corte transversal y para la obtención de los datos se diseñó una encuesta que fue validada en el mes de diciembre del 2007 y enviada posteriormente a los coordinadores de programas nacionales de 20 países de la región.

El periodo de ejecución y llenado de la información transcurrió entre enero y febrero del 2008 y se solicitó información de los últimos cuatro años (periodo 2003 - 2007).

El cuestionario empleado exploraba información sobre los componentes de los programas de sífilis considerados más importantes y que entre otros incluían el funcionamiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica, y la situación epidemiológica de las sífilis (incidencia, prevalencia y tendencia),

Los cuestionarios una vez llenados y aprobada la información ofrecida por los coordinadores nacionales de cada país fueron devueltos para procesamiento y análisis ulterior.

Finalmente en el mes de marzo del 2008, se realizó en Lima, Perú una reunión con la participación de los coordinadores nacionales o sus representantes de 19 de los 20 países de la región incluidos en el proyecto donde se discutieron los resultados y se hicieron los ajustes finales a los resultados de la encuesta y sus conclusiones.

RESULTADOS

La encuesta enviada a los coordinadores de los programas nacionales de 20 países fue completada y devuelta por 19 de ellos (95%) en el tiempo previsto con la única excepción de Haití (**Grafico 1**).

Se pudo conocer que en todos los países el programa de prevención y control de sífilis está integrado a los servicios de atención primaria, en trece de ellos de manera completa y en otros seis parcialmente.

Todos los países refieren haber realizado, en los últimos cuatro años, campañas de prevención acerca de la sífilis y otras ITS. Las actividades de promoción de búsqueda de servicios regulares de salud, cuando se tienen síntomas sospechosos es la actividad educativa que han realizado un menor número de países, en periodo analizado.

La edad promedio de las primeras relaciones sexuales osciló entre los 13 años, para hembras y varones, en Panamá Costa Rica y Venezuela y los 18 años en Perú y México. El valor modal (que más se repite) para la región fue de 15 años para ambos sexos.

Grafico 1. Países participantes



El manejo sintomático es aceptado como política de atención de casos de las ITS en general, en todos los países de la región, si bien, en la mayoría de ellos (15 de 19) el diagnóstico de la sífilis se combina con el manejo etiológico mediante el empleo de VDRL, RPR o de pruebas rápidas.

Los médicos generales y especialistas en dermatología, urología y ginecología son los responsabilizados con la atención de los casos en un mayor número de países, aunque también el personal de enfermería y especialistas en ITS atienden casos en la mitad de ellos.

En diez países, las coordinaciones nacionales estiman que se pueden estar atendiendo en el sector informal (farmacias, curanderos, amigos, etc.) entre el 25% y 50% de los casos sintomáticos de todas las ITS incluyendo sífilis y en otros cinco, aunque se reconoce que este es un problema importante no se tiene idea de cual es la proporción que no es atendida en los servicios regulares de salud.

Este dato pudiera representar un indicador indirecto del nivel de subregistro existente en la región para las ITS y también de la alta probabilidad de personas que pudieran estar recibiendo tratamientos inadecuados para sus infecciones.

Con excepción de Colombia y Paraguay todos los países informan realizar actividades de referencia y control de parejas

de casos índices, once de diez y nueve de los que informan (57,9%) lo hacen exclusivamente a través de la pareja y otros cuatro emplean la estrategia combinada de pareja y proveedor de salud.

Esta actividad ya se está realizando en la región en las clínicas prenatales, de planificación familiar y consultas externas de los hospitales, pero es en las clínicas especializadas de ITS y las de la atención primaria donde lo realizan el mayor número de países. No obstante lo anterior en la gran mayoría se estima que el control de parejas no alcanza el 25% de los contactos referidos.

La existencia de programas de tamizaje (screening) de sífilis en población general se realiza en 17 de 19 países. Solo los programas de Guatemala y Nicaragua no incluyen la pesquisa en la población general.

La aplicación de intervenciones específicas diferenciadas a subpoblaciones vulnerables también fue explorada en el cuestionario y solo los programas de dos países (Colombia y Nicaragua) no contemplan actividades sistemáticas con estos grupos. Los profesionales del sexo comercial de ambos sexos es la población vulnerable mayormente tenida en cuenta en estas actividades y las ITS que son pesquisadas por un mayor número de países son: sífilis (8), VIH (6) y gonorrea (5). Diez países refieren pesquisar sistemáticamente sífilis en las gestantes.

La atención médica diferenciada para estos grupos se realiza en la mayor parte de los países de la región. Colombia es la excepción y Argentina no brindó información al respecto. Son los profesionales del sexo comercial femeninos y masculinos las subpoblaciones vulnerables mayormente beneficiadas por esta actividad en un mayor número de países: 16 para las mujeres y 9 para los varones. Los HSH son tenidos en cuenta por doce programas, los adolescentes por siete y los reclusos por seis. Algunos pocos países brindan atención diferenciada a subgrupos de emigrantes y camioneros.

Solamente Bolivia y Uruguay no incluyen la sífilis en su listado de enfermedades de declaración obligatoria, en Brasil es compulsoria solo notificación de sífilis en gestantes y sífilis congénita, pero no en la población general, Uruguay notifica exclusivamente sífilis congénita y República Dominicana lo hace de manera global sin diferenciar en gestantes o congénita: Como se puede apreciar hay algunos países que están comprometidos con la eliminación de la sífilis congénita, donde aun esta entidad es un serio problema de salud y sin embargo ella no es de notificación compulsoria.

Las pruebas rápidas para el diagnóstico de sífilis están introducidas en aproximadamente un tercio de los países y ellas son usadas preferentemente para subpoblaciones vulnerables específicas (reclusos, HSH, Profesionales del sexo comercial y pacientes con TB) y también en las maternidades a gestantes que no la recibieron en la atención prenatal.

El 95% de los países de la región comparte fronteras geográficas y la totalidad de los Coordinadores de los Programas Nacionales de ITS/VIH/SIDA opinaron que debieran existir pro-

gramas conjuntos interpaíses pero solo en 8 de los 19 se realizan algunas intervenciones de control a ambos lados de la frontera.

Epidemiología

No resulta fácil caracterizar con precisión y exactitud la situación epidemiológica de la sífilis en la región pues los sistemas de vigilancia y notificación de casos difieren de un país a otro, las prioridades de cada país y los recursos disponibles para su atención son disímiles y también las coberturas que alcanzan los programas en muchos países son heterogéneas.

Aun así hemos logrado reunir alguna información bastante reciente relacionada con la incidencia y prevalencia de la sífilis y la sífilis congénita y sus tendencias y cuando la información cuantitativa, sobre estos aspectos, no ha estado disponible, se ha indagado y conseguido la opinión de expertos locales.

Incidencia

La **Tabla 1** muestra los casos de sífilis, sífilis congénita y ulcera genital notificados en el año 2006 por 19 países de la región. En total se notificaron 72605 casos de sífilis, de ellos 64.182 casos en adultos notificados tanto por etiología como sintómicamente y 8.423 casos de sífilis congénita.

La Organización Mundial de la Salud estimó en 1999 que la incidencia de casos nuevos de sífilis en adultos, en la región de Latinoamérica y el Caribe era de 3 millones por año, por lo que considerando, de manera conservadora, que esa cantidad no hubiera aumentado en los siete años subsiguientes los 64.182 casos notificados en el año 2006 representan apenas el 2,14%, cifra que tal vez podría alcanzar el 3% si hubieran estado disponibles datos de notificación de Haití.

Tabla 1. Casos de sífilis, sífilis congénita y ulcera genital notificados por Países de la región de Latinoamérica y El Caribe. 2006

PAIS	SIFILIS	SIFILIS CONGENITA	ULCERAS GENITALES	TOTAL
ARGENTINA	6.272	579	...	6.851
BOLIVIA	....	....	7.504	7.504
BRASIL	....	5.789	....	5.789
CHILE	2.993	53	....	3.046
COSTA RICA	1.040	96	....	1.136
COLOMBIA	3.000	773	....	3.773
CUBA	1.970	0	....	1.970
ECUADOR	1.885	110	2.073	4.068
EL SALVADOR	443	9	....	452
HONDURAS	626	46	100	772
GUATEMALA	234	5	394	633
MEXICO	2.562	78	....	2.640
NICARAGUA	662	5	....	667
PANAMA	....	16	....	16
PARAGUAY	1.065	220	32	1.317
PERU	4.521	517	4.391	9.429
REP. DOMINICANA	....	...	....	....
URUGUAY	1.415	125	....	1.540
VENEZUELA	3.000	2	18.000	21.002
HAITI	NO INFORMO	NO INFORMO	NO INFORMO	
TOTAL	31.688	8.423	32.494	72.625

Este elemento, unido a la gran proporción de casos que son atendidos en el sector informal ya comentada, permite tener una idea aproximada de la pequeña proporción del total de los casos posibles esperados que estamos identificando en nuestra región, aun cuando el estimado de la OMS pudieran estar sobrevaluado en hasta un improbable 50%.

Para que se tenga una idea de la importancia del subregistro/subnotificación de casos de sífilis en Latinoamérica y el Caribe, digamos que para el mismo periodo la OMS estimó para Estados Unidos entre 80 mil y 90 mil casos nuevos de sífilis (100.000 casos para América del Norte) y ese año fueron notificados 36,935 casos de sífilis, lo que significa que este país alcanzó entre un 41% y 46% de su estimado (que se podría considerar bajo también si el estimado de la OMS fuera preciso), pero que comparativamente con lo que sucede en nuestra región es alrededor de 20 veces mayor¹⁰⁻¹².

Cuatro países (Brasil, Bolivia, Panamá y República Dominicana) no notifican casos de sífilis en el año 2006 y Argentina, Perú y Venezuela estiman una subnotificación del orden del 50%. Grafico No. 2

Sífilis congénita

Se registran en el año 8.423 casos de sífilis congénita.

El compromiso de eliminar la sífilis congénita ha vuelto a ser asumido por todos los países de la región pero aun, al menos, en 12 de las 20 naciones no se alcanza la cifra de incidencia mínima aceptable (0,5 X cada 1.000 nacidos vivos). Bolivia, Paraguay y Haití son probablemente los países que deben hacer mayor esfuerzo para alcanzar la meta propuesta.

Algunos de estos países no contemplan la sífilis congénita como enfermedad de declaración obligatoria y solo 10 naciones tienen programas de tamizaje sistemático de sífilis en gestantes. Estos dos elementos son fundamentales para enfrentar con éxito la eliminación de la sífilis congénita toda vez que estas infeccio-

nes son fundamentalmente latencias y que es necesario conocer (Grafico 3).

Prevalencia

Siete países (Uruguay, Paraguay, Chile, Cuba, El Salvador, Argentina y Perú) disponen de datos de resultados de personas positivas a VDRL o RPR en donantes de sangre voluntarios. La prevalencia en este grupo oscila entre menos de 0,5% en Montevideo en el año 2006 y cerca del 5% en Paraguay en el año 2004.

En las gestantes, 10 países proveen información y las tasas de prevalencia de VDRL o RPR positivas se sitúan también entre menos de 0,5% en Chile en el año 2006 y algo más de 4% en Paraguay en el 2004 y más de 3% en gestantes residentes en las principales ciudades de Bolivia en el 2006, datos que son consistentes con la situación epidemiológica de la sífilis congénita en estos dos últimos países.

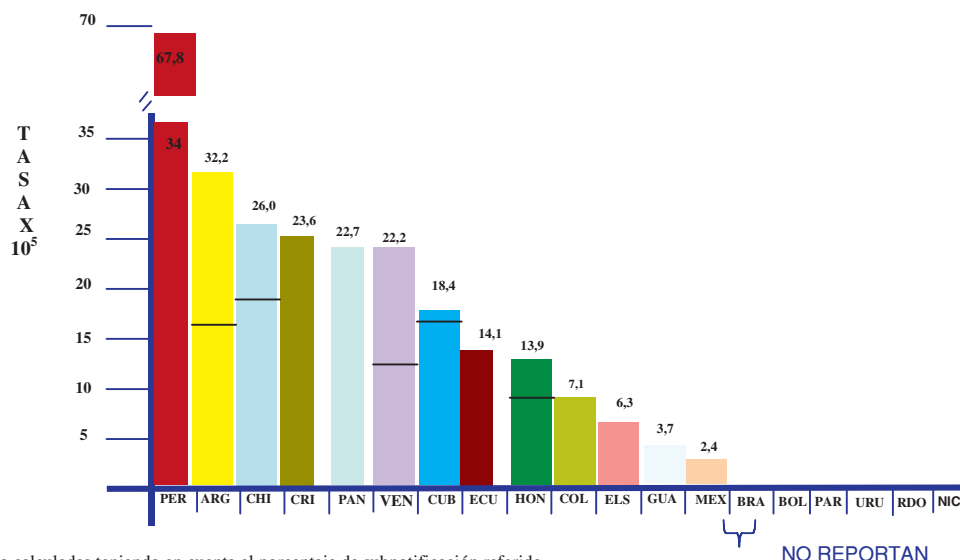
Entre las mujeres profesionales del sexo comercial la prevalencia fue estudiada recientemente en 9 países y sus valores oscilaron entre más de 18% en el Paraguay en un estudio de prevalencia nacional realizado entre los años 2005-2006 y 0,5% en una investigación realizada en el año 2006 en 20 ciudades del Perú.

En los varones profesionales del sexo se informan tres estudios: Guatemala Ciudad capital 2007; 7%, Paraguay 2005-2006 estudio de cobertura nacional 12,5% y Perú 2007 en 10 ciudades 15,9%.

Otros grupos estudiados fueron los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) con valores de prevalencia que oscilan entre poco más del 4% en Panamá y cerca del 14% en Guatemala Capital. Reclusos varones del Perú 4% y reclusas de Brasil 22%, personas que viven en la calle en Brasil 13% y adolescentes de Córdoba, Argentina 8,5%.

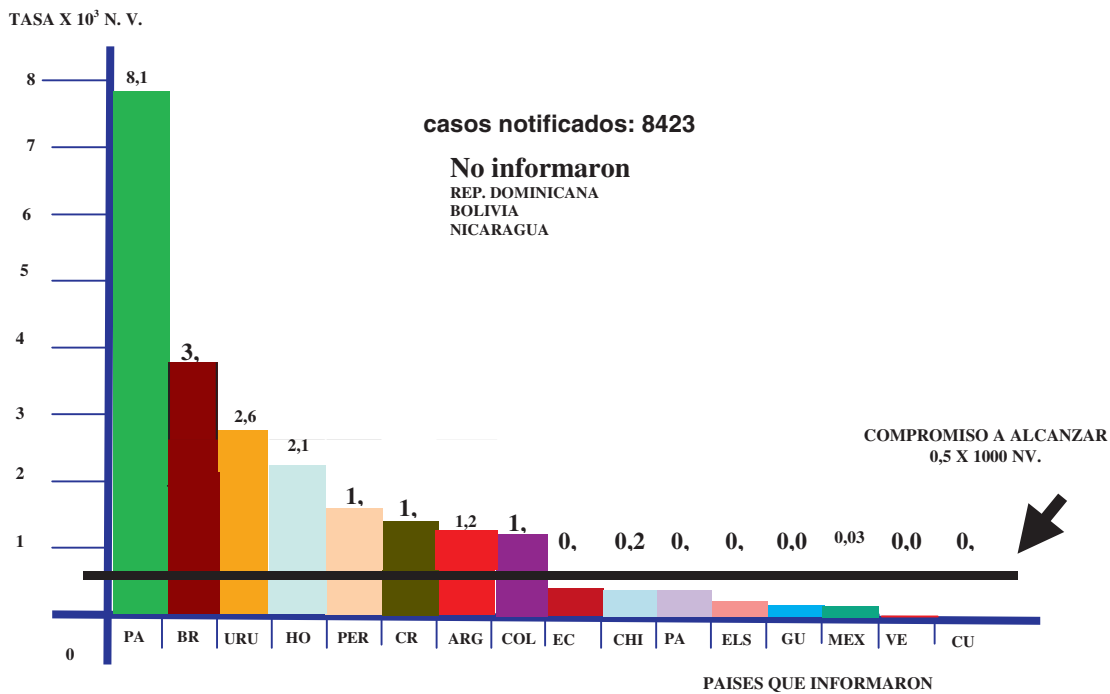
La tendencia de la sífilis en adultos, en opinión de los jefes de programas nacionales tiene tendencia ascendente en Costa Rica, Perú, Panamá, Uruguay, Venezuela y Argentina y es ignorada y

Grafico 2. Tasas de incidencia y porcentaje de subnotificación estimado países latinoamérica y El Caribe. Año 2006



Nota/Las tasas de algunos países ha sido calculadas teniendo en cuenta el porcentaje de subnotificación referido

Grafico 3. Incidencia de sífilis congénita. Países Latinoamérica y Caribe año 2006
Tasas estimadas con ajuste al % de subregistro referido



Las tasas de incidencia de sífilis congénita de Brasil, Peru y Argentina fueron calculadas teniendo en cuenta su estimado de subnotificación.

por lo tanto probablemente desfavorable también, en Colombia, Brasil, Paraguay, República Dominicana y Bolivia. En tres países (Ecuador, Guatemala y Honduras) se considera estable y en otros cinco descendente (Nicaragua, Cuba, El Salvador, Chile y México).

Por su parte la sífilis congénita tiene tendencia ascendente o desconocida en 9 países (Honduras Uruguay, Argentina, Paraguay, Colombia, Brasil, República Dominicana, Guatemala y Bolivia) y es descendente o estable en Venezuela, Nicaragua, Cuba, Costa Rica, El Salvador, Panamá, Perú, México, Venezuela y Chile.

De manera general se puede afirmar que la situación de la sífilis en la región de Latinoamérica y Caribe es aun desfavorable, pero a pesar de ello se identifican algunos elementos que pueden contribuir a favorecer su control en el futuro próximo como son los siguientes:

- La totalidad de los países de la región poseen programas integrados en los servicios de Atención Primaria
- El Manejo Sintómic ha sido aceptado como política de manejo de casos de ITS en el sector público de todos los países y en varios de ellos ya es admitido también en el sector privado y siempre que es posible se combina con el diagnóstico etiológico.
- Las Consultas para los pacientes con sospecha de ITS son gratuitas en el 74% de los países, los tratamientos en el 84%, los exámenes de laboratorio en el 68%, las actividades educativas en el 95%, el suministro de condones en consultas en el 79% y el ofrecimiento de la prueba de VIH en el 63%

- El 84,2% de los países (16) refieren hacer referencia de parejas.
 - La mayor parte de los países poseen servicios de pesquisa y atención en, al menos, un subgrupo vulnerable, siendo las profesionales del sexo comercial el subgrupo incluido por una mayor cantidad de naciones.
 - Todos los países poseen servicios Vigilancia Epidemiológica y en la mayoría de ellos la sífilis total y congénita son enfermedades de notificación obligatoria.
 - El 100% de los jefes o coordinadores de programas de los países concuerdan en que es necesario desarrollar programas o intervenciones de prevención y control de ITS en áreas prioritizadas de fronteras.
 - A pesar de que se han ofrecido una cantidad considerable de cursos nacionales de capacitación sobre manejo sintómic y consejería en ITS en la región, hay unanimidad de criterio acerca de la necesidad de disponer de cursos regionales, regulares o periódicos, que permitan elevar aun más el nivel científico-técnico de las personas que trabajan en los programas.
 - La mayor parte de los países incluyen en sus programas actividades de investigación siendo las de tipo conductuales las que se realizan por una mayor cantidad de naciones
- Pero también pudimos identificar un grupo de elementos negativos que podrían dificultar el control de las ITS en la región como los siguientes:
- En más de la mitad de los países hay una elevada proporción de casos de sífilis que se estima se están atendiendo en el sector informal.

- El control de parejas no alcanza el 25% de los casos en la mayoría de los países.
- Es aun muy limitado el número de naciones que realizan pesquisa a algunos grupos vulnerables (reclusos, UDI y a personas con otras ITS).
- En dos estados, donde la sífilis congénita es un importante problema de salud, no es enfermedad de notificación compulsoria.
- Existen, al menos, 10 países cuyas tasas de incidencia de sífilis congénita están por encima de 0,5 X 1.000 Nacidos Vivos. Bolivia, Paraguay, Republica Dominicana y Haití representan, en la región, la mayor prioridad.
- Según la opinión de los jefes de programas y expertos locales la tendencia de las infecciones por sífilis y sífilis congénita en la mitad de los países de la región es al aumento o desconocida.
- La subnotificación de casos en la región es notoria: Latinoamérica y Caribe notifican en el 2006 apenas un pequeño porcentaje del total de los casos de sífilis y sífilis congénita que la OMS /OPS estima ocurren en el área.
- Los jefes de programas identifican carencia de capacitación en la áreas de gerencia de programas, vigilancia epidemiológica, y métodos de investigación.

CONCLUSION

La sífilis congénita continúa siendo un serio problema de salud en la región y se hace necesario hacer un gran esfuerzo para cumplir el compromiso de eliminación en los países en que ello aun no se ha conseguido.

La información disponible sobre sífilis en términos de incidencia, prevalencia, tendencias, prioridades de intervención, coberturas de atención a grupos vulnerables, disponibilidad de recursos humanos y materiales es insuficiente en muchos países y en ocasiones los elementos disponibles no son utilizados adecuadamente para tomar las decisiones más acertadas que contribuyan a modificar la realidad existente.

A pesar de las dificultades y deficiencias identificadas, se observa en la región la existencia de oportunidades para el desarrollo de trabajo colaborativo conjunto entre los países miembros, y poder impactar la situación existente, las cuales deben ser aprovechadas en los años venideros.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Valderrama J, Zacarias F. Eliminación de la Sífilis Congénita en Latino América y El Caribe. Sífilis maternal y Sífilis congénita en América Latina un problema grave de solución sencilla. Marco de Referencia para su implementación. OPS; Washington; 2005.
2. Organización Panamericana de la Salud, Unidad VIH/SIDA. Hoja informativa sobre sífilis congénita. Washington DC: OPS. Febrero de 2004, Hallado en: http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/sifilis_cong_hi.pdf. Accesado en 1 de mayo de 2004.
3. ONUSIDA/ Organización Mundial de la Salud. Pautas para la vigilancia de las infecciones de Transmisión Sexual 1999. WHO/CHS/HSI/99.2 UNAIDS/00.03S
4. Organización Mundial de la Salud. Guías para el Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. Ginebra: OMS; 2005.
5. World Health Organization. Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections: overview and estimates. (WHO/HIV-AIDS/2001.02).
6. IDSCAP/USAID. Control of Sexually Transmitted Diseases. A handbook for the design and management of programs & UNAIDS. STI policies and principles for prevention and care; 1997.
7. World Health Organization. Sexually transmitted infections prevalence study methodology: guidelines for the implementation of STI prevalence surveys. Ginebra; 1999.
8. NAIDS/Organización Mundial de la Salud. Vigilancia del VIH de segunda generación. El Próximo decenio. (WHO/CDS/CSR/EDC/2000.5 UNAIDS/00.03S).
9. Organización Mundial de la Salud. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. Ginebra: WHO, 2001.
10. World Health Organization. STI meeting, Nov 2001 Guidelines for Management of Sexually Transmitted Infections. Ginebra: WHO; 2003.
11. CDC. STD Surveillance 2006. National Profile. Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/stats/pdf/national-profile.pdf>. Accesado en 12/11/2007.
12. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted disease surveillance. Atlanta: US Department of Health and Human Services; 2007.
13. Public Health Agency of Canada. STI data tables. Surveillance and Epidemiology Section, Community Acquired Infections Division, Centre for Infectious Disease Prevention and Control. 2007. www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/stddata_pre06_04/index_tab_e.htm. Accesado en 11/11/2007.

Endereço para correspondência:

ADELE SCHWARTZ BENZAKEN

Fundação Alfredo da Matta
Rua Codajás nº 24 - Cachoeirinha
CEP: 69065-130
Manaus, AM, Brasil.
Fone/Fax: (55) (92) 3663-3155
Celular: (55) (92) 9116-0135
E-mail: abenzaken@fuam.am.gov.br
adele@vivax.com.br

Recebido em: 13/12/2007.

Aprovado em: 21/01/2008.