MINISTERIO
DE SALUD PÚBLICA
República de Cuba

Atención integral y seguimiento de la madre y el recién nacido expuesto a sífilis en el marco de la iniciativa ETMI Plus

La Habana, diciembre de 2023

Antecedentes ETMI-Plus

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

50.° CONSEJO DIRECTIVO
62.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

CD50.R12 (Esp.)
ORIGINAL: ESPAÑOL

RESOLUCIÓN

CD50.R12

ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN PARA LA ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL DEL VIH Y DE LA SÍFILIS CONGÉNITA

EL 50.° CONSEJO DIRECTIVO,

2010

Estados miembros de OPS han asumido el compromiso de impulsar la ETMI de la infección por el VIH y la sífilis en la Región y establecieron metas al respecto para el 2015 (Resolución CD50.R12).

2015

Cuba, certificada como primer país del mundo en eliminar la TMI del VIH y la sífilis congénita.

55.° CONSEJO DIRECTIVO
62.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS

CD55.R5
Original: inglés

RESOLUCIÓN

CD55.R5

PLAN DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA INFECCIÓN POR EL VIH Y LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL 2016-2021

EL 55.° CONSEJO DIRECTIVO,

2016

Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021 (Resolución CD55.R5)

El plan de acción amplía la iniciativa de ETMI ("ETMI Plus"), se aprovecha la plataforma de salud maternoinfantil para incluir la eliminación de otras enfermedades transmisibles prevenibles en la Región, como la **hepatitis B.**

2019

OPS/OMS ratifica la condición de Cuba de eliminación de la TMI del VIH y la sífilis congénita.

2022

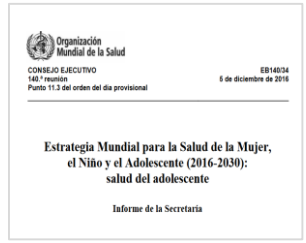
Visión

Generaciones libres de VIH, sífilis congénita y hepatitis B.

Vínculo con otras estrategias mundiales y regionales

1. **Objetivos de Desarrollo Sostenible**, en particular el objetivo 3 (ODS 3): garantizar la salud y el bienestar de todas las personas, particularmente en lo que corresponde a la salud reproductiva y maternoinfantil, las enfermedades transmisibles y no transmisibles, la cobertura universal de salud, y el acceso de todos a medicinas y vacunas de calidad, eficaces e inocuas a un precio asequible.

2. **Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2016-2030,** propone la visión de un mundo donde toda mujer, niño y adolescente, dondequiera que esté, pueda ver cumplido su derecho a la salud y al bienestar físico y mental.



3. **Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las enfermedades de transmisión sexual y las hepatitis víricas 2022-2030,** señalan el camino para lograr, de aquí al 2030, la desaparición del sida y la eliminación de las infecciones de transmisión sexual y de las hepatitis víricas como problemas de salud pública de trascendencia.

4. **Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales** (2015), de la OPS, se basa en la formulación y aplicación de políticas e intervenciones de salud pública coordinadas que tienen por finalidad eliminar la hepatitis B y C para el 2030.

5. **Plan de acción sobre inmunización (2016-2020),** recomienda que todos los países de la Región introduzcan la vacunación contra la hepatitis B en los menores de 1 año y que procuren alcanzar una cobertura de por lo menos 95%

Marco ETMI Plus - Cuba

Visión
Generaciones libres de VIH, sífilis congénita y hepatitis B.

Objetivo
Sostener la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH, sífilis y la hepatitis B.

Metas de impacto

- ≤2% de TMI del VIH.
- ≤0,5 casos de sífilis congénita por 1.000 NV (incluidos los mortinatos).
- ≤0,1% de prevalencia del HBsAg en los niño/as de 4-6 años de edad.

Marco de indicadores ETMI-sífilis

Indicadores clave de ETMI de la sífilis. Cuba, 2018-2022

Indicadores obligatorios	Metas	Resultados				
		2018	2019	2020	2021	2022
Incidencia de SC (por 1000 nacidos vivos, incluyendo mortinatos)	≤ 0,5	0,01	0,01	0,00	0,04	0,04
		(1/116,333)	(1/109,716)	(0/105,030)	(4 /99,093)	(4/95,402)
Cobertura de al menos una consulta prenatal	≥95%	98,00%	98,40%	97,70%	92,40%	100,00%
Cobertura de tamizaje para sífilis	≥95%	98,00%	98,40%	96,80%	100,00%	100,00%
Cobertura de tratamiento adecuado para sífilis	≥95%	99,70%	99,50%	99,80%	99,60%	99,6%

Fuente: Registros programáticos/Sistema de Información Estadística de enfermedades de declaración obligatoria
Sistema de Información Estadística de Natalidad

Marco estratégico: Acciones prioritarias

ABORDAJE INTEGRAL DEL RPC, GESTANTES, SUS PAREJAS, NIÑOS EXPUESTOS, MADRES CON RIESGO SUSTANCIAL DE ITS

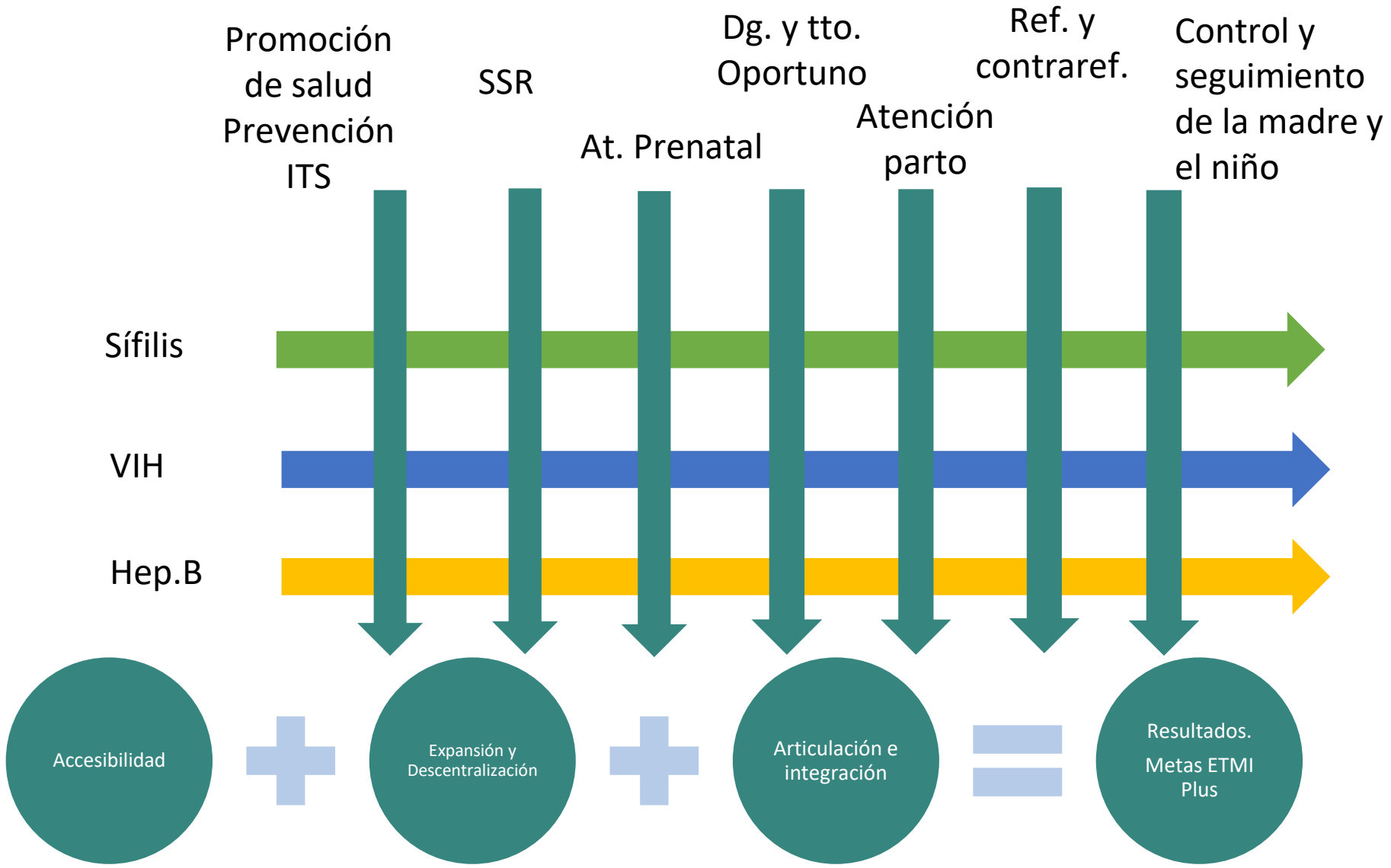
EXPANSIÓN DEL TAMIZAJE Y TRATAMIENTOS INMEDIATOS EN EL 1ER Y 2DO NIVEL DE ATENCIÓN

Cuidado pregestacional	Cuidado del embarazo y parto	Cuidado de la madre y de niños / niñas
▪ Atención oportuna y planificada del RPC, con énfasis en mujeres con riesgo sustancial a ITS. ▪ Acceso a Salud Sexual. ▪ Diagnóstico y tratamiento adecuados.	▪ Captación temprana del embarazo: seguimiento serológico para sífilis, HBV y VIH en cada trimestre según pauta nacional. ▪ Ofrecimiento activo de tamizaje a las parejas de la gestante. ▪ Diagnóstico oportuno y tratamiento adecuados. ▪ Importancia del uso de preservativo durante el embarazo.	▪ Diagnóstico oportuno y tratamiento adecuados. ▪ Seguimiento: confirmar o descartar la transmisión perinatal o post-natal de la infección como parte del cuidado de la salud.

DERECHOS HUMANOS, IGUALDAD DE GÉNERO Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA ACORDE A LAS NORMAS DE VIGILANCIA NACIONAL (PEN)

Trazabilidad del manejo coordinado



Estructura funcional ETMI-Plus

COMISIÓN NACIONAL DE SOSTENIBILIDAD DE LA ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL (ETMI) DEL VIH, LA SÍFILIS Y LA HEPATITIS B

- Grupo de trabajo: **DATOS** — 1
- Grupo de trabajo: **PROGRAMAS** — 2
- Grupo de trabajo: **LABORATORIOS** — 3
- Grupo de trabajo: **DERECHOS HUMANOS (DH), IGUALDAD DE GÉNERO (IG), PARTICIPACIÓN COMUNITARIA (PC)** — 4

Estructura comisiones ETMI-Plus

1. Grupo de trabajo: **DATOS**
   - Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud
2. Grupo de trabajo: **PROGRAMAS**
   - Dirección Nacional de Epidemiología (Epidemiología hospitalaria, Epidemiología del PAMI, ITS-VIH/Sida y hepatitis, Inmunizaciones)
   - Dirección de APS
   - Dirección de Asistencia Médica (PAMI, Hospitales, Enfermería)
   - Dirección de Medicamentos y Tecnologías
   - Prosalud (Promoción de salud maternoinfantil y Comunicación)
   - Grupos nacionales de Dermatología y Gastroenterología
   - Departamento de Comunicación social
   - EMSUME
   - EMCOMED
3. Grupo de trabajo: **LABORATORIOS**
   - Grupo Nacional de Microbiología
   - Instituto de Medicina Tropical ”Pedro Kourí”
   - LISIDA
4. Grupo de trabajo: **DH, IG, PC**
   - Prosalud-CNP (Prevención adolescentes y jóvenes / RedCub+ / Red de mujeres/Estrategia de género/MSC/Consejería/Área Jurídica.
   - CENESEX
   - Dirección Jurídica

Algoritmos de diagnóstico y tratamiento para el control de la infección perinatal por sífilis

Manejo de la gestante con serología reactiva

El tratamiento de las embarazadas con serología reactiva será indicado y controlado por el médico que primero conozca de este resultado.

Los EBS y GBT

Fuente: Sitio OPS. Hogar materno en Cuba. Misión para validar la eliminación de la transmisión vertical del VIH y la sífilis congénita. 2015

- Tienen la **máxima responsabilidad** de que se **cumpla el tratamiento controlado de gestantes** que en cualquier momento del embarazo tengan una **serología reactiva**;
- No se exime de responsabilidad al médico que primero conozca de este resultado –incluida la serología débil reactiva–, el que indicará y comprobará que se cumpla de inmediato el tratamiento, según el esquema recomendado;
- Indicará **estudio y tratamiento de las parejas sexuales**;
- **Anotará en forma legible en el carné obstétrico y en el tarjetón**, en un lugar visible de ambos documentos, que la gestante tiene una **serología reactiva (SR), especificando** la fecha, el tiempo de embarazo y la conducta seguida;
- **Interconsultará** el caso inmediatamente con el **obstetra del GBT** y ambos con el **dermatólogo del policlínico**, a fin de que en conjunto lleguen a una conclusión diagnóstica en el menor tiempo posible;
- **Controlará** que se cumpla el **seguimiento serológico mensual hasta el parto**;
- El **obstetra del GBT controlará la realización del VDRL** en todas las embarazadas con la periodicidad establecida y conocerá los resultados y el cumplimiento del tratamiento de las reactivas, así como las conclusiones del estudio. Lo **informará en las reuniones semanales del PAMI.**

Manejo de la gestante con serología reactiva

El dermatólogo:

- **Anotará en el carné obstétrico y tarjetón de la embarazada**, la **conclusión diagnóstica** y la clasificación si es un caso de sífilis, así como el **tratamiento recibido**.
- La **conclusión diagnóstica** de una gestante con serología reactiva deberá concluirse **antes de los 30 días**.
- Realizará **seguimiento serológico mensual** hasta el parto a toda embarazada con serología reactiva.

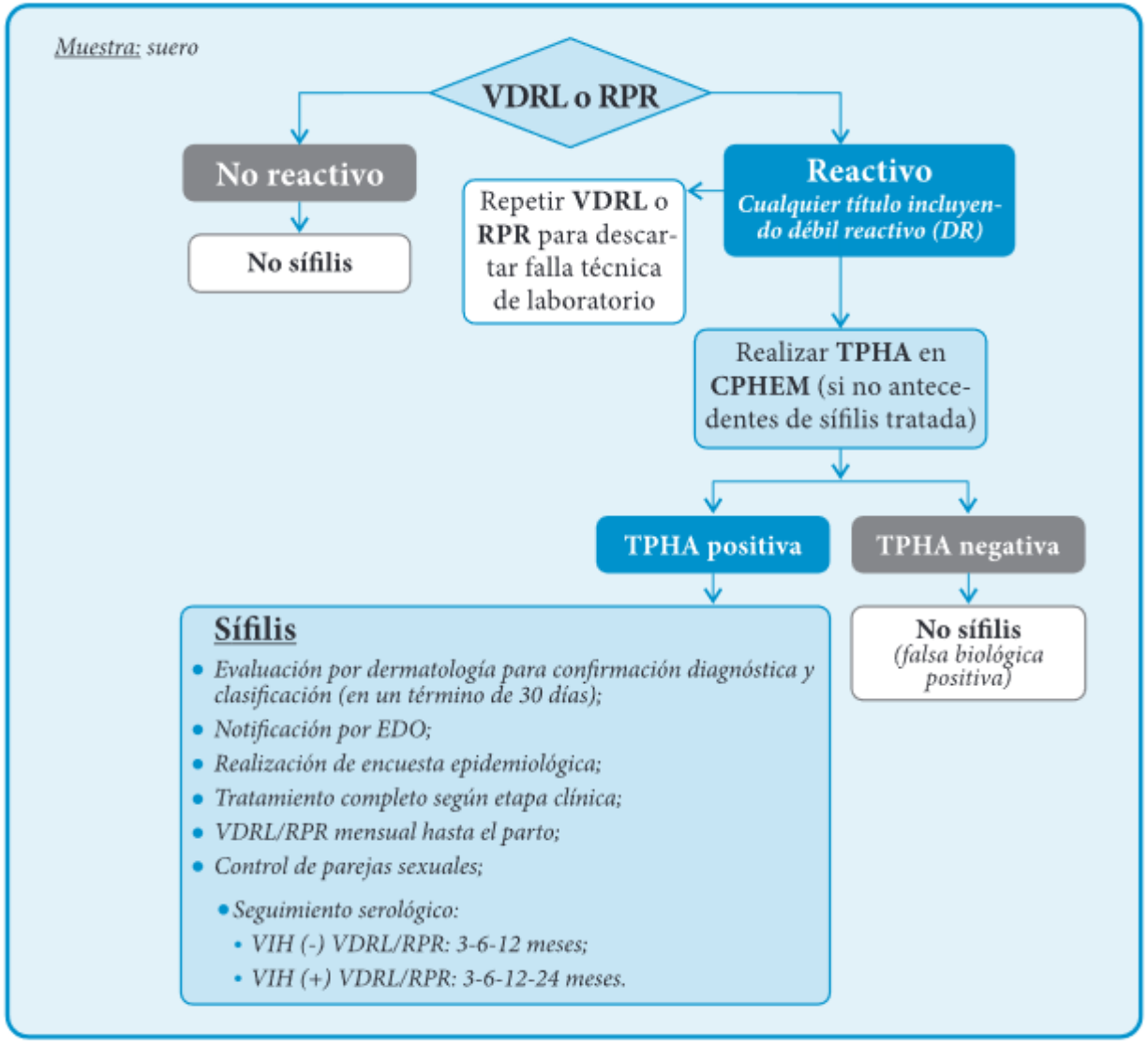
Los laboratorios:

- Mantendrán adecuadamente **actualizados los registros** establecidos.
- **Informarán** diariamente a estadísticas y a la enfermera especializada en ITS-VIH/sida las **serologías reactivas en gestantes o parejas sexuales de embarazadas**.
- I**dentificarán** los casos correspondientes a gestantes, **aclarando el trimestre del embarazo**.
- Cumplirán con el envío del **100 % de los sueros reactivos de gestantes para control de calidad**, y **conservarán los resultados del mismo durante un año**.

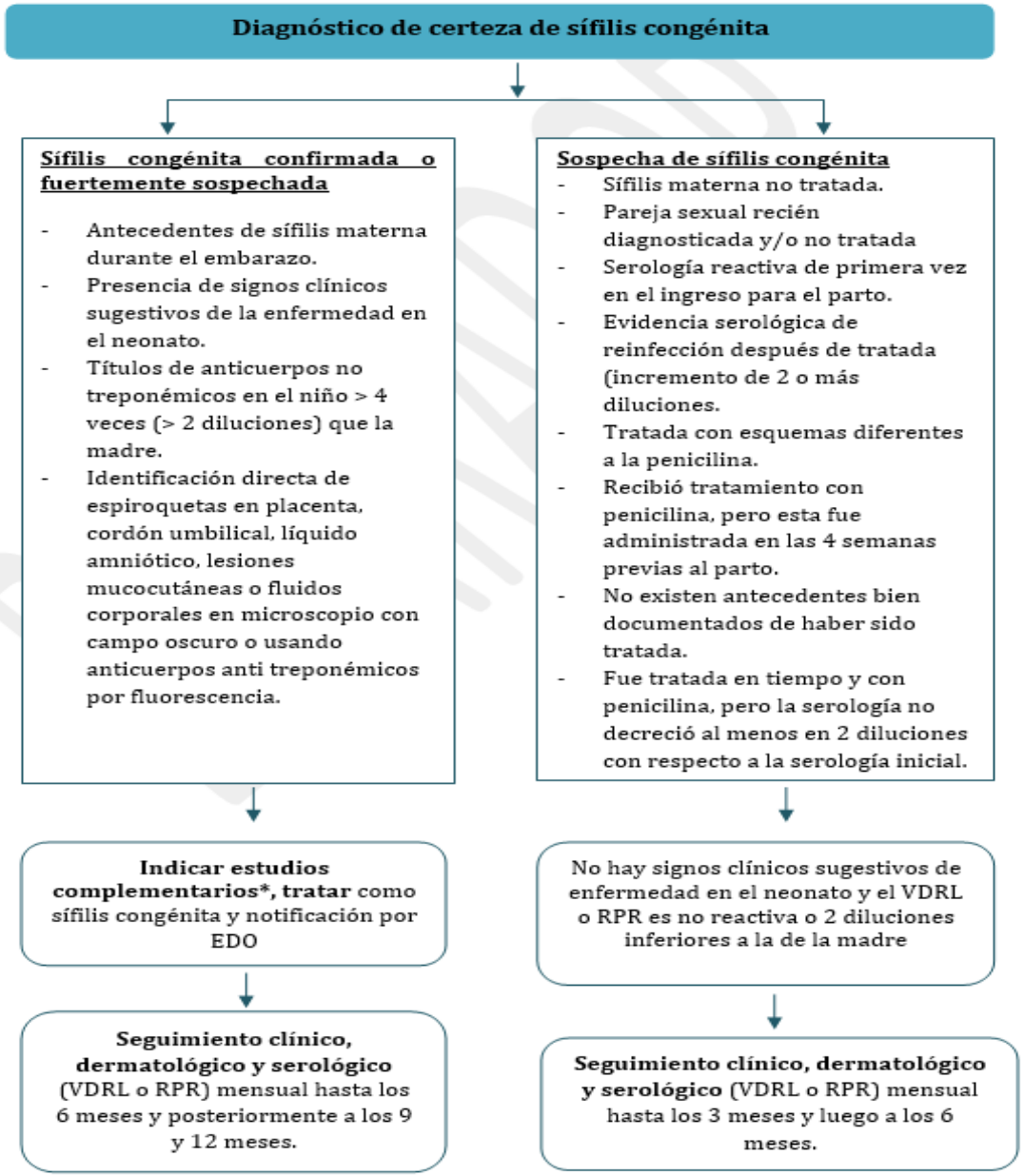
Los Departamentos de Estadística:

- Mantendrán **actualizados los registros establecidos** (registros de ingresos para partos, egresos, nacimientos, fallecidos).
- Establecerán **relaciones de trabajo con el departamento de epidemiología hospitalaria y laboratorio**.

Diagnóstico de sífilis en gestantes: en la captación, 2do. trimestre, 3er. trimestre y antes del parto. Procedimiento en los laboratorios de diagnóstico de sífilis (APS, ASS, ATS)



Algoritmo para el diagnóstico de certeza de la sífilis congénita



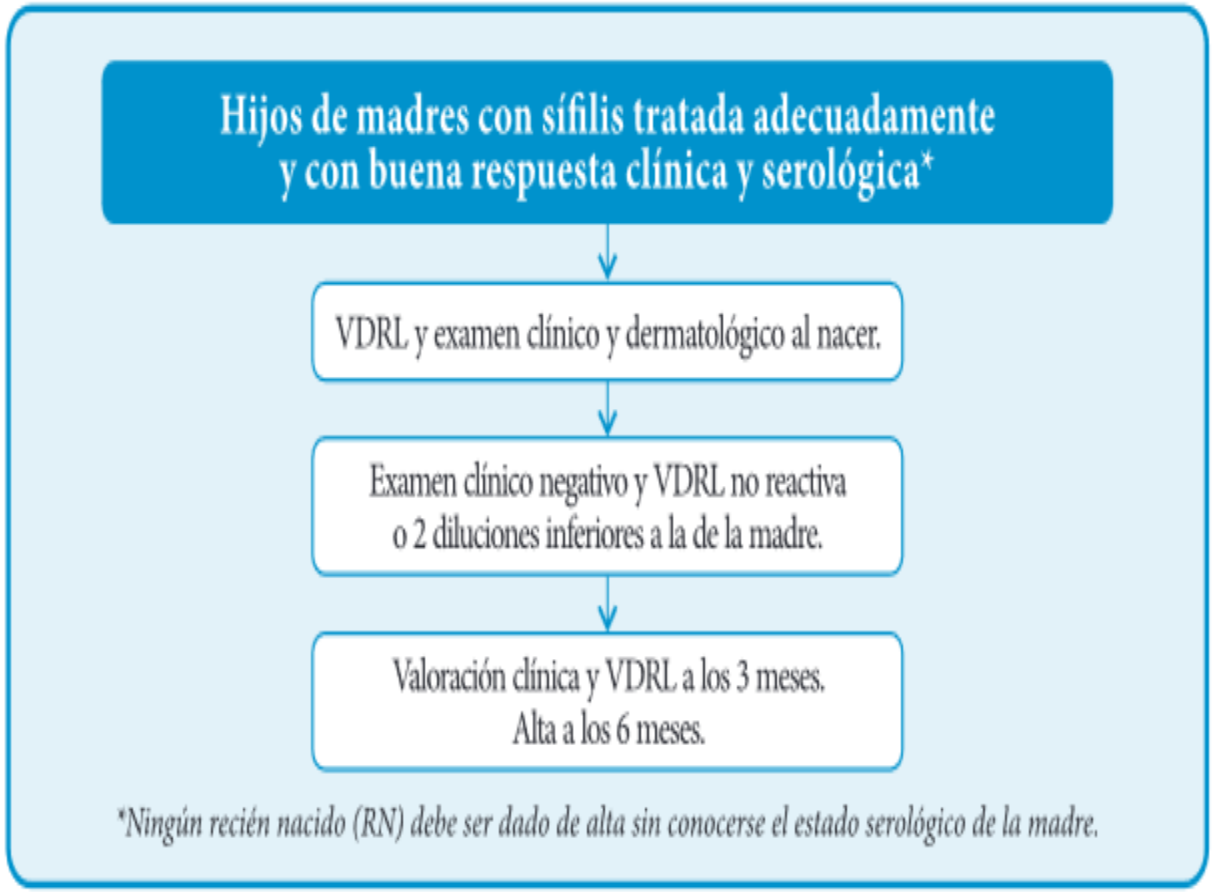
Para arribar al **diagnóstico de certeza de sífilis congénita** deben considerarse los términos:

1. Sífilis confirmada o fuertemente sospechada.
2. Sospecha de sífilis congénita

***Estudios complementarios recomendados** para estudio de neonatos con sospecha de sífilis congénita:

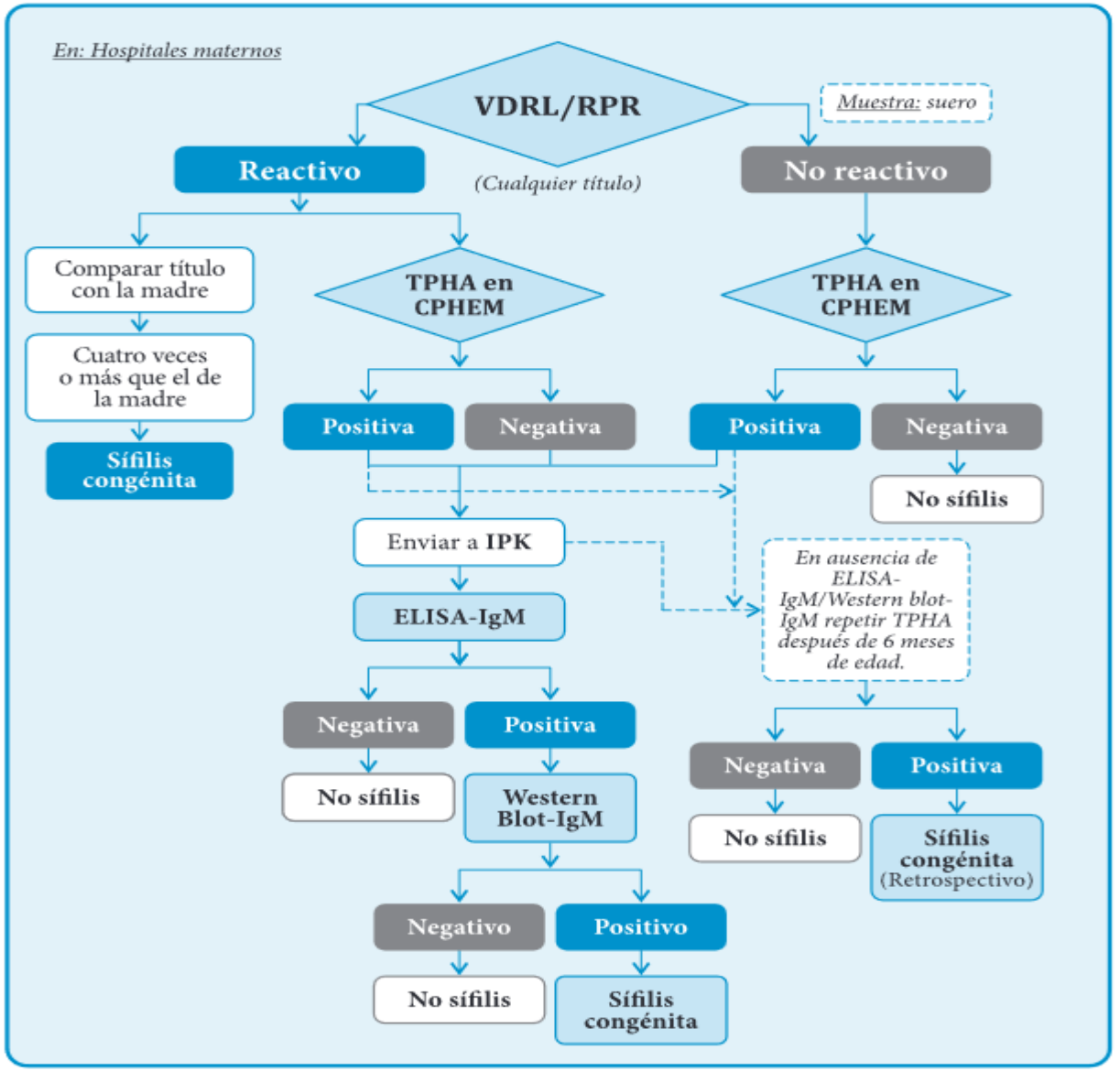
- ✓ Estudio del LCR (citoquímico y VDRL)
- ✓ Hemograma completo y plaquetas
- ✓ Radiografía de tórax
- ✓ Radiografía de huesos largos (a partir de la segunda semana de vida)
- ✓ Pruebas funcionales hepáticas
- ✓ Ultrasonido craneal
- ✓ Fondo de ojo
- ✓ Potenciales auditivos evocados
- ✓ Otros estudios de neuroimágenes en caso de ser necesario.

Seguimiento a hijos de madre con sífilis tratada adecuadamente y con buena respuesta clínica y serológica



Las muestras de suero de recién nacidos sospechosos de sífilis serán remitidas al Laboratorio Nacional de Referencia de Treponemas y patógenos especiales del IPK, para confirmación del diagnóstico (ELISA IgM/Western blot IgM).

Seguimiento a recién nacidos con sospecha de sífilis congénita



Manejo de la sífilis congénita

- **Cuando en el hospital ginecobstétrico no se pueda llegar al diagnóstico de sífilis congénita**, por ser controvertidos los elementos de que se disponen, el epidemiólogo municipal creará las condiciones para que en la **rediscusión del caso** participen otros especialistas de experiencia en la interpretación radiológica y con recursos para realizar otros exámenes (IgM, inmunofluorescencia u otros), **antes de los 28 días posteriores al nacimiento**.

- **Ante el nacimiento de un niño con sífilis congénita**, los epidemiólogos municipales y provinciales y el vicedirector de Higiene y Epidemiología del policlínico, convocarán a una **reunión a todos los que participaron en la atención a la madre y el recién nacido (médico y enfermera de la familia, dermatólogo, ginecóbstetra, pediatra y enfermera especializada de ITS-VIH/sida, GBT),** a la cual también asistirá el **director del policlínico**, para analizar los incumplimientos y proponer las medidas administrativas que correspondan, para evitar otros casos.

- El **informe final**, así como la encuesta del caso, serán enviados, al nivel central, por el epidemiólogo provincial para su discusión en la **comisión técnica nacional**.

Tratamiento de la sífilis en gestantes

Tratamiento recomendado

Penicilina G Benzatínica:
2.4 millones de U dosis única IM. Se administrará otra dosis de 2,4 millones de unidades a los siete días de la primera hasta completar 4.8 millones.

NO USAR EN GESTANTES TETRACICLINA NI DOXICICLINA.

Tratamiento alternativo

Las mismas que en pacientes no VIH e iguales recomendaciones para alérgicos.
Las embarazadas que refieran alergia a la Penicilina, deben ser valoradas por el Dermatólogo y el Obstetra para definir la conducta a seguir:

Ceftriaxone: dosis total 10 gramos. Dosis diaria 1 gramo IM diariamente durante 10 días.

Precaución con la reacción de Jarisch-Herxheimer:

- Alrededor del 40-45% de las gestantes con sífilis tratadas con penicilina.
- Comienza entre 2-24 horas de administrado el tratamiento.
- Síntomas: fiebre, escalofríos, mialgias, cefaleas y ocasionalmente, hipotensión. Puede conllevar a sufrimiento fetal e hidropesía.
- Se recomienda evaluación ecográfica fetal antes del inicio del tratamiento.

Tratamiento de recién nacidos expuestos a sífilis según escenarios

Escenario	Tratamiento de elección	Tratamiento alternativo
Escenario 1. Sífilis congénita confirmada o fuertemente sospechada: Hallazgos sugestivos de la enfermedad en el examen físico del neonato o VDRL con títulos > 4 veces (> dos diluciones) a los títulos maternos al parto u otras pruebas confirmatorias positivas.	-Penicilina G Cristalina acuosa 50.000 U/kg/dosis EV cada 12 horas los primeros 7 días de vida y después cada 8 horas por 10-14 días o Penicilina G procaínica 50.000 U/kg/día cada 24 horas IM por 10 días. - Análisis del LCR (VDRL y citoquímico) - Hemograma completo - Radiografías de tórax y huesos largos - Pruebas funcionales hepáticas - Fondo de ojos - Potenciales Evocados Auditivos de Tronco Cerebral - Estudios de neuroimágenes de ser necesarios	-Ceftriaxone 50-75 mg/kg/día EV cada 24 horas por 10 días.
Escenario 2. Sífilis congénita posible: Recién nacido asintomático, evaluación clínica negativa, serología no reactiva o dos diluciones menores que la materna. Si la madre: Sífilis no tratada, pareja sexual recién diagnosticada y/o no tratada, serología reactiva primera vez en el ingreso para el parto, evidencia serológica de reinfección después de tratada (incremento de dos o más diluciones), tratada con esquemas diferentes a la penicilina, recibió tratamiento con penicilina pero administrada en las 4 semanas previas al parto, pareja sexual no fue tratada, no antecedentes bien documentados de haber sido tratada la embarazada, fue tratada en tiempo y con penicilina pero curva serológica no decreció al menos en dos diluciones con respecto a la inicial.	Penicilina G cristalina acuosa (régimen preferido): 50.000 U/kg/dosis EV cada 12 horas los primeros 7 días de vida y después cada 8 horas por 10 días.	-Penicilina G Benzatínica 50.000 U/kg/dosis única IM o -Ceftriaxone 50-75 mg/kg/día EV o IM o cada 24 horas por 10 días o -Penicilina G procaínica 50.000 U/kg/día cada 24 horas IM por 10 días. [1]

[1] *Tiene mayor riesgo de absceso estériles en el sitio de inyección y toxicidad por procaína.*

Tratamiento de recién nacidos expuestos a sífilis según escenarios

Escenario	Tratamiento de elección	Tratamiento alternativo
Escenario 3. Sífilis congénita menos probable. Examen físico del neonato normal y VDRL con títulos ≤ 4 veces (≤ 2 diluciones) que los títulos maternos al parto y no existe ninguna de las condiciones señaladas anteriormente que expresan tratamiento nulo, incompleto o insuficiente.	Penicilina G Benzatínica 50.000 U/kg/dosis única IM. Considerar no tratar si VDRL en la madre disminuye al menos cuatro veces (2 diluciones) después de un tratamiento adecuado para sífilis temprana o permanece estable y con títulos bajos (VDRL ≤ 1:2 ≤ 1:4). ✓ VDRL, examen clínico y dermatológico al nacer.	Ceftriaxone 50-75 mg/kg/día EV cada 24 horas por 10 días.[1-2-3]
Escenario 4. Sífilis congénita improbable: Examen físico del neonato normal con VDRL con títulos ≤ 4 veces (≤ 2 diluciones) que los títulos maternos al parto. Si la madre: Recibió tratamiento adecuadamente antes de la gestación y VDRL/RPR se mantuvo baja y estable (VDRL ≤ 1:2 o RPR ≤ 1:4) antes y durante el embarazo y en el parto (seropersistencia).	✓ VDRL, examen clínico y dermatológico al nacer y actuación según resultados.	

Algunas consideraciones respecto al tratamiento antimicrobiano de la sífilis en neonatos:

- La ceftriaxona está contraindicada en neonatos que tienen tratamiento con soluciones de calcio, hasta 48 horas de suspendido este tratamiento, no debe utilizarse en pretérminos con riesgo de hiperbilirrubinemia, ni en neonatos a término con bilirrubina total ≥ 10 mg/dL.
- El sitio recomendado para la aplicación de la penicilina procaínica y la benzatínica es la cara mediolateral del muslo.
- Si se pierde más de un día de tratamiento de los regímenes recomendados se debe reiniciar el tratamiento.

[1] Tiene mayor riesgo de absceso estériles en el sitio de inyección y toxicidad por procaína.
[2] Utilizar en la sífilis congénita probada o altamente probable, si no hay disponibilidad de penicilina G (cristalina o procaínica).
[3] Indicada en sífilis congénita posible, sólo si se realiza estudio del LCR y es normal.

Estudio de caso

Adolescente de 15 años, con antecedente de sífilis y practicas de sexo transaccional. Captación de embarazo a las 18 semanas, se realiza la serología, VIH y AgS del primer trimestre con resultados negativos, no se realiza seguimiento serológico en el segundo trimestre y la serología del tercer trimestre se la realiza a las 38 semanas, con resultado 1:8 dil. Pareja negada al seguimiento serológico. Una semana después de conocerse los resultados de la serología de la gestante, se ingresa en Hogar materno de su municipio para iniciar tratamiento. A los 2 días de iniciado el tratamiento con Rocephin, comienza con pródromos de parto y es remitida al Hospital Materno, donde se realiza cesárea. En la historia clínica de la paciente no hay constancia de su serología reactiva ni del tratamiento impuesto. Se le indica complementarios al postparto, no transferidos los resultados a la historia clínica. Se comprueba en los registros del laboratorio del Hospital el resultado positivo de la serología de la gestante.

Egreso de puerperio quirúrgico a los 4 días de estadía sin incidencias. El recién nacido se capta en el área de salud a los 15 días, se sigue en el área de salud como un recién nacido sano. En la evaluación pediátrica realizada a los 2 meses, se constata al examen físico, lesiones hipocrómicas diseminadas a predominio de abdomen y miembros inferiores. Se indican complementarios al niño y a la madre, resultando Serología del niño 1:152 y de la madre 1:128, además de survey óseo y ultrasonido abdominal negativos. Se comienza de inmediato tratamiento antibiótico del niño y la madre.

a) Mencione los factores que inciden en el RPC de la madre. Qué acciones propondría para empoderar a las mujeres en edad fértil sobre el autocuidado de su salud?.
b) Identifique las principales deficiencias en el manejo de la gestante con serología reactiva y el niño expuesto.
c) Proponga 5 intervenciones clave para dar solución a las insuficiencias identificadas.

Fuente: Tomada de Cubadebate

"Muchas de las cosas que hemos menester, tienen espera, el niño no. El está haciendo ahora sus huesos, creando su sangre y ensayando sus sentidos, a él no se le puede responder mañana, él se llama ahora".

Gabriela Mistral (1889-1957)