

Protocolo Brasileño para Infecciones de Transmisión Sexual 2020: vigilancia epidemiológica

doi: 10.1590/S1679-4974202100002.esp1

Carmen Silvia Bruniera Domingues¹ –  orcid.org/0000-0003-2784-9592

Leonor Henriette de Lannoy² –  orcid.org/0000-0002-9520-8538

Valeria Saraceni³ –  orcid.org/0000-0001-7360-6490

Alessandro Ricardo Caruso da Cunha² –  orcid.org/0000-0001-5441-1006

Gerson Fernando Mendes Pereira² –  orcid.org/0000-0001-8886-1662

¹Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Centro de Referência e Treinamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, São Paulo, SP, Brasil

²Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília, DF, Brasil

³Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Resumen

El artículo resume el capítulo sobre Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) que compone el Protocolo Clínico y Directrices Terapéuticas para Atención Integral a las Personas con Infecciones de Transmisión Sexual 2020 (PCDT-ITS 2020), publicado por la Secretaría de Vigilancia Sanitaria del Ministerio de Salud de Brasil y presenta algunas reflexiones sobre las nuevas definiciones de casos de la vigilancia de sífilis adquirida, sífilis en gestantes y sífilis congénita. El PCDT-ITS 2020 fue elaborado en base a la evidencia científica y validado en discusiones con especialistas. En este artículo, se presentan aspectos epidemiológicos y clínicos, así como pautas para los gerentes en el manejo programático y operativo de estas enfermedades, a los profesionales de la salud en la detección, diagnóstico y tratamiento de personas con ITS y sus parejas sexuales, además de estrategias para acciones de vigilancia, prevención y control.

Palabras clave: Vigilancia en Salud Pública; Sistemas de Información en Salud; Sífilis; Sífilis Congénita; Notificación de Enfermedades; Monitoreo Epidemiológico.

Dirección para correspondencia:

Carmen Silvia Bruniera Domingues – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Centro de Referência e Treinamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, Programa Estadual de IST/Aids de São Paulo, Rua Santa Cruz, nº 81, 1º andar, Vila Mariana, São Paulo, SP, Brasil. Código Postal: 04121-000

E-mail: carmen@crt.saude.sp.gov.br

Presentación

El artículo sintetiza el capítulo sobre vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual (ITS), que compone el Protocolo Clínico y Directrices Terapéuticas (PCDT) para Atención Integral a las Personas con ITS, publicado por la Secretaría de Vigilancia Sanitaria del Ministerio de Salud de Brasil. Para la elaboración del PCDT, se realiza la selección y el análisis de las evidencias disponibles en la literatura, a la que se agrega una discusión, en formato de un panel de especialistas, para elaboración de recomendaciones. El PCDT fue aprobado por la Comisión Nacional de Incorporación de Tecnologías al Sistema Único de Salud (Conitec)¹, y actualizado por el grupo de especialistas en ITS del PCDT-ITS 2020.²

Las infecciones de transmisión sexual están entre las enfermedades más comunes en todo el mundo. Afectan la salud y la vida de las personas, impactan la salud reproductiva e infantil, contribuyen para la infertilidad, provocan complicaciones durante el embarazo y el parto.

Introducción

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son causadas por virus, bacterias u otros microorganismos, transmitidas principalmente por contacto sexual sin uso de preservativos.² Consideradas un problema de salud pública, las ITS están entre las enfermedades más comunes en todo el mundo. Ellas afectan la salud y la vida de las personas, causan un impacto importante sobre la salud reproductiva e infantil, contribuyen para la infertilidad, provocan complicaciones durante el embarazo y el parto, y facilitan la transmisión sexual del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); y, en casos extremos, pueden conducir a la muerte fetal.³

En Brasil, las bases para prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS están bien establecidas, así como su modelo de vigilancia epidemiológica, compuesto por

notificación obligatoria, servicios centinela y estudios transversales en determinados grupos poblacionales.⁴

Las ITS que hacen parte de la lista nacional de notificación obligatoria^{5,6} incluyen los casos de sida (sida), VIH, VIH en gestantes, hepatitis virales, sífilis en gestantes, sífilis adquirida y síndrome de descarga uretral masculina⁷ (Figura 1). Los protocolos de VIH y hepatitis son específicos y tratados separadamente.⁸⁻¹¹ En todo el territorio nacional, la notificación obligatoria de la sífilis congénita, de la sífilis en gestantes y de la sífilis adquirida tuvo inicio en 1986, 2005 y 2010, respectivamente (Figura 1).

Los casos, sospechosos o confirmados, constantes de la lista nacional de notificación obligatoria se notifican a través del Sistema de Información de Agravamientos de Notificación (Sinan) y siguen un flujo ascendente, iniciado en las vigilancias municipales, pasando por las estatales hasta la nacional. En cada etapa de ese proceso, los diversos actores involucrados tienen la responsabilidad de coleccionar, analizar y divulgar las informaciones generadas por el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, contribuyendo a la mejoría de la situación de salud, subsidiando la planificación y la adopción de las medidas de control necesarias al conjunto o grupos específicos de la población brasileña, bien como al monitoreo y la evaluación de las políticas, planes y programas de salud.¹²

Este artículo tuvo como objetivo presentar algunas reflexiones sobre las nuevas definiciones de caso para la vigilancia de la sífilis adquirida, sífilis en gestantes y sífilis congénita, de acuerdo con el Protocolo Clínico y Directrices Terapéuticas (PCDT) para Atención Integral a las Personas con Infecciones de Transmisión Sexual 2020 ITS2020.²

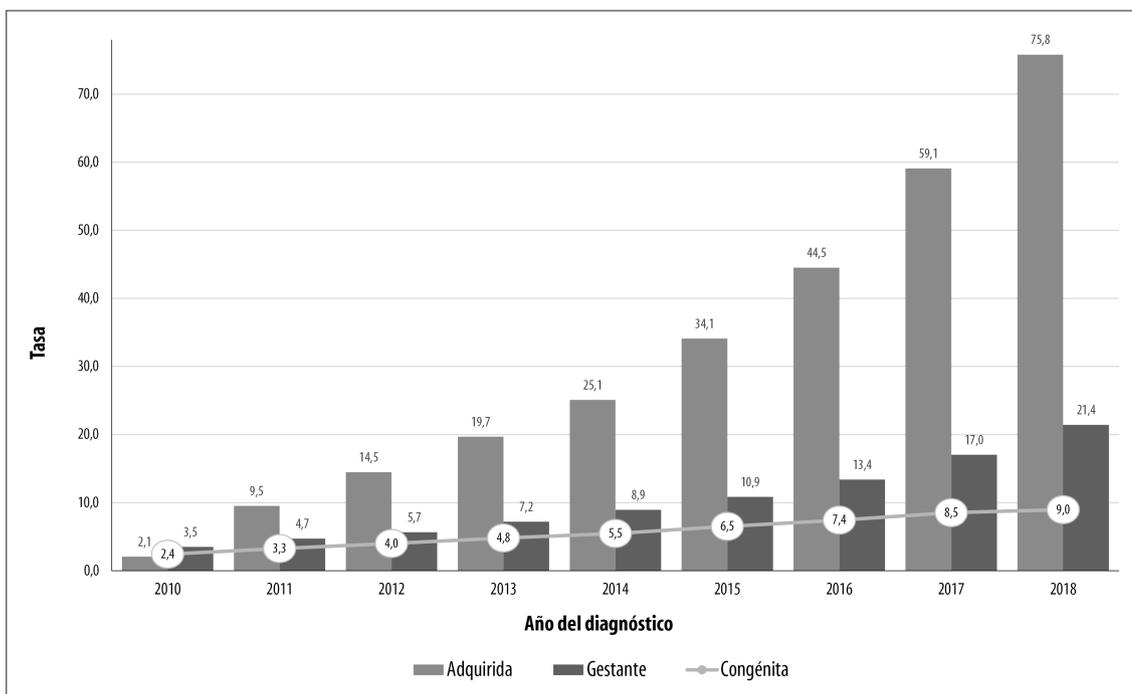
Aspectos epidemiológicos

Con base en los datos de prevalencia de 2009 a 2016, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó un total de 376,4 millones de casos incidentes de ITS, considerados curables. De ese total, 127,2 millones (IC_{95%} 95,1;165,9) eran casos estimados de clamidia, 86,9 millones (IC_{95%} 58,6;123,4) de gonorrea, 156,0 millones (IC_{95%} 103,4;231,2) de tricomoniasis y 6,3 millones (IC_{95%} 5,5;7,1) de sífilis. La prevalencia mundial estimada de sífilis en hombres y mujeres fue de 0,5% (IC_{95%} 0,4; 0,6), con valores regionales variando de 0,1 a 1,6%.¹³

Agravamiento	Notificación instituida en:	Resolución
Sida ^a	1986	Resolución N° 542, de 22 de diciembre de 1986
Sífilis congénita	1986	Resolución N° 542, de 22 de diciembre de 1986
Hepatitis B	1998	Resolución N° 4.052, de 23 de diciembre de 1998
Hepatitis C	1999	Resolución N° 1.461, de 22 de diciembre de 1999
VIH ^b en gestante y niño expuesto	2000	Resolución N° 993, de 4 de setiembre de 2000
Hepatitis virales (inclusión de las hepatitis A, D y E)	2003	Resolución N° 2.325, de 8 de diciembre de 2003
Sífilis en gestantes	2005	Resolución N° 33, de 14 de julio de 2005
Sífilis adquirida	2010	Resolución N° 2.472, de 31 de agosto de 2010
VIH ^b	2014	Resolución N° 1.271, de 6 de junio de 2014

Notas: a) Sida: síndrome de inmunodeficiencia adquirida; b) VIH: virus de inmunodeficiencia humana.

Figura 1 – Resoluciones que instituyeron la notificación obligatoria de las infecciones de transmisión sexual y la sífilis congénita, Brasil



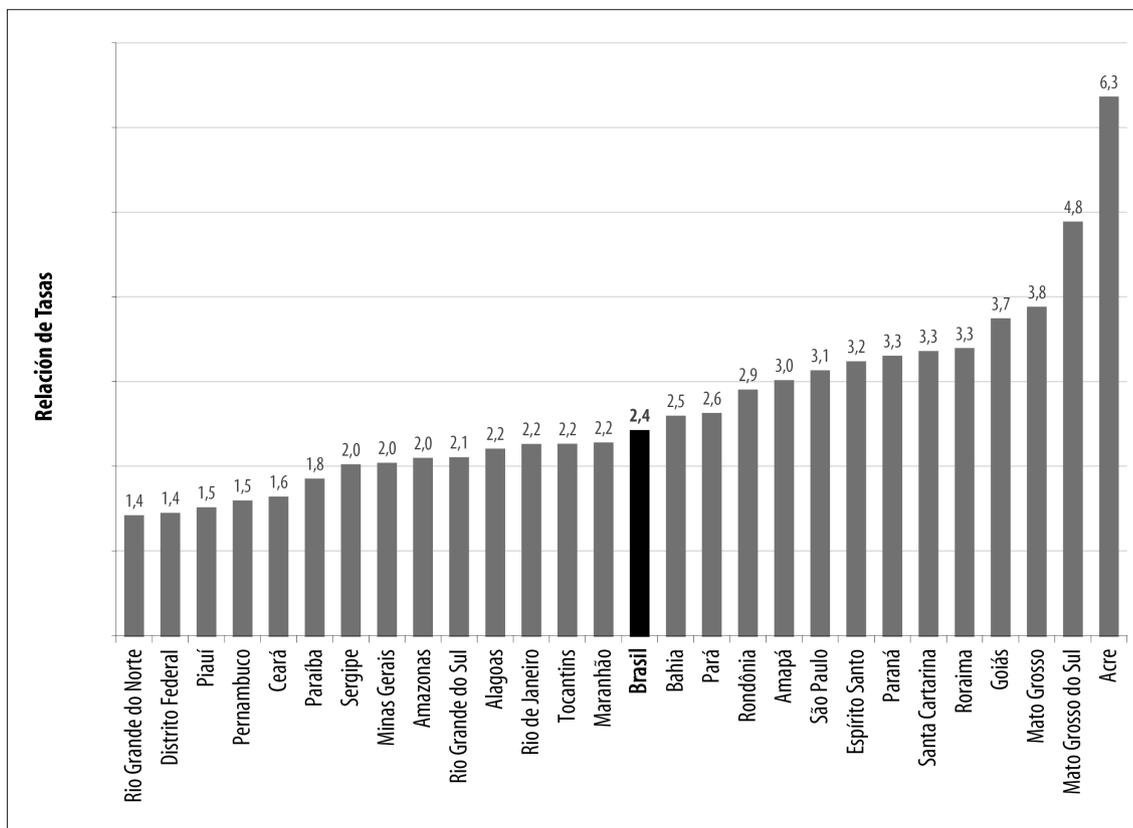
Fuente: Sistema de Información de Agravamientos de Notificación.

Figura 2 – Tasa de detección de sífilis adquirida (por 100 mil habitantes), tasa de detección de sífilis en gestantes y tasa de incidencia de sífilis congénita (por 1.000 nacidos vivos) según año de diagnóstico, Brasil, 2010-2018

En Brasil, la prevalencia de la sífilis puede estimarse a través de estudios transversales, realizados en poblaciones específicas.¹⁴⁻¹⁹ El grupo de parturientas venía siendo uno de los blancos de esos estudios, monitoreado por presentar prevalencia semejante a la de la población general femenina. Las estimativas nacionales variaron de 1,7% (IC_{95%} 1,2;2,2) en el año 2000 a 1,02% (IC_{95%} 0,84;1,25) en 2011-2012.¹⁴⁻¹⁷ Entre jóvenes conscriptos brasileños, la prevalencia de sífilis activa fue estimada por última vez en 2016, alcanzando el valor de 1,1% (IC_{95%} 0,85;1,40).¹⁸ La estimativa de sífilis activa en mujeres profesionales del sexo varió de 2,4% (IC_{95%} 1,7;3,4) en 2009 a 8,5% (IC_{95%} 7,3;9,7) en 2016.¹⁹

El creciente número de casos ha indicado la persistencia de esos agravamientos, los cuales, a pesar de evitables, continúan a desafiar los sistemas de salud. El país registró 650.258 casos de sífilis adquirida entre

2010 y 30/06/2019, 324.321 de sífilis en gestantes entre 2005 y 30/06/2019, y 214.891 de sífilis congénita entre 1998 y 30/06/2019.²⁰ En el período de 2014 a 2018 (Figura 2), la tasa de detección de sífilis adquirida triplicó (pasó de 25,1 para 75,8 casos por 100 mil habitantes), la de sífilis en gestantes aumentó 2,4 veces (pasó de 8,9 para 21,4 casos por 1.000 nacidos vivos), y la tasa de incidencia de sífilis congénita aumentó 1,6 veces (pasó de 5,5 para 9,0 casos por 1.000 nacidos vivos). En 2018, la relación de las tasas de detección de sífilis en gestantes y la incidencia de sífilis congénita fue de 2,4 gestantes con sífilis para un niño con sífilis congénita, aunque en 14 unidades de la federación (UF), esa relación está por debajo del nivel nacional (Figura 3). La incidencia de sífilis congénita todavía presenta valores muy superiores a los establecidos por la OMS, para la eliminación de ese agravamiento.²¹



Fuente: Sistema de Información de Agravamientos de Notificación.

Figura 3 – Relación de la tasa de detección de sífilis en gestantes y tasa de incidencia de sífilis congénita según unidades de la federación, Brasil, 2018

No obstante la elevada detección de casos, se sabe que la sífilis es un agravamiento de notificado por debajo de lo esperado,^{22, 23} con implicaciones para la respuesta a las ITS en el país, dado el número total de ocurrencias y aspectos relacionados a comportamiento y vulnerabilidad. Subestimar los casos puede comprometer la planificación del sistema de salud, en lo que

concierno al suministro continuo de insumos e implementación de acciones prioritarias, principalmente las dirigidas a las poblaciones con más vulnerabilidad.²

En 2017, para alinearse con las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Ministerio de Salud actualizó la definición de caso de sífilis adquirida, sífilis en gestantes y

Criterios para definición de caso de sífilis congénita
<p>Situación 1</p> <p>Todo recién nacido, mortinato o aborto de mujer con sífilis^a no tratada o tratada de forma no adecuada.^{b, c}</p>
<p>Situación 2^d</p> <p>Todo niño con menos de 13 años de edad y al menos una de las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manifestación clínica, alteración del líquido cefalorraquídeo o radiológica de sífilis congénita Y prueba no treponémica reactiva. - Títulos de pruebas no treponémicas do lactante mayores que los de la madre, en al menos 2 diluciones de muestras de sangre periférica, colectadas simultáneamente en el momento del parto. - Títulos de pruebas no treponémicas ascendentes en al menos 2 diluciones en el acompañamiento del niño expuesto.^e - Títulos de pruebas no treponémicas todavía reactivas luego de los 6 meses de edad, excepto en situación de seguimiento terapéutico. - Pruebas treponémicas reactivas después de los 18 meses de edad, sin diagnóstico previo de sífilis congénita.
<p>Situación 3</p> <p>Evidencia microbiológica^f de infección por <i>Treponema pallidum</i> en muestra de secreción nasal o lesión cutánea, biopsia o necropsia de niño, aborto o natimuerto.</p> <p>a) Ver definición de sífilis en gestantes. b) Tratamiento adecuado: tratamiento completo para estado clínico de sífilis con benzilpenicilina benzatina, iniciado hasta 30 días antes del parto. Gestantes que no se encuadran en esos criterios serán consideradas como tratadas de forma no adecuada. c) Para fines de definición de caso de sífilis congénita, no se considera el tratamiento de la pareja sexual de la madre. d) En esa situación, debe ser siempre alejada la posibilidad de sífilis adquirida en situación de violencia sexual. e) Seguimiento del niño expuesto: 1, 3, 6, 12 y 18 meses de edad. f) Detección de <i>Treponema pallidum</i> por medio de exámenes directos por microscopía (de campo oscuro o con material teñido).</p> <p>Nota: La pareja sexual de la gestante con sífilis NO hace parte de la definición de caso de sífilis congénita, en relación al tratamiento materno, adecuado o no adecuado. Sin embargo, el riesgo de reinfección por sífilis debe ser acompañado en todo el período de la atención prenatal. Así, se recomienda que todas las parejas sexuales de mujeres embarazadas con infecciones sexualmente transmisibles sean evaluadas y tratadas, para evitar reinfecciones en las gestantes que fueron tratadas adecuadamente, especialmente para la sífilis.</p>
Criterios para definición de caso de sífilis en gestantes
<p>Situación 1</p> <p>Mujer asintomática para sífilis que, durante el prenatal, parto y/o puerperio, presente al menos, una prueba reactiva – treponémica o no treponémica con cualquier titulación – y que no tenga registro de tratamiento previo.</p>
<p>Situación 2</p> <p>Mujer sintomática^a para sífilis que, durante el prenatal, parto y/o puerperio, presente por lo menos una prueba reactiva – treponémica o no treponémica – con cualquier titulación.</p>
<p>Situación 3</p> <p>Mujer que, durante el prenatal, parto y/o puerperio, presente prueba no treponémica reactiva con cualquier titulación y prueba treponémica reactiva, independientemente de sintomatología de sífilis y sin registro de tratamiento previo.</p> <p>a) Para más informaciones sobre sífilis, consultar la Guía de Vigilancia Sanitaria⁸ y los capítulos 5 y 6 del Protocolo Clínico y Directrices Terapéuticas para Atención Integral a las Personas con Infecciones de Transmisión Sexual 2020.²</p> <p>Nota: todos los casos de mujeres diagnosticadas con sífilis durante la atención prenatal, parto o puerperio deben ser notificados en la ficha de sífilis en gestantes. Casos confirmados de “cicatriz serológica” no deben ser notificados. Se considera “cicatriz serológica” a un tratamiento anterior para sífilis con documentación de la disminución de la titulación en al menos dos diluciones (ej.: una titulación de 1:16 antes del tratamiento que se torna menor o igual a 1:4 después del tratamiento).</p>

Continúa

Figura 4 – Criterios para definición de caso de sífilis congénita, sífilis en gestantes y sífilis adquirida, Brasil

Continuación

Criterios para definición de caso de sífilis adquirida
Situación 1 Individuo asintomático, con prueba no treponémica reactiva y con cualquier titulación y prueba treponémica reactiva, sin registro de tratamiento previo.
Situación 2 Individuo sintomático ³ para sífilis, con al menos una prueba reactiva – treponémica o no treponémica – con cualquier titulación.
a) Para más informaciones sobre sífilis, consultar la Guía de Vigilancia Sanitaria ⁸ y los capítulos 5 y 6 del Protocolo Clínico y Directrices Terapéuticas para Atención Integral a las Personas con Infecciones de Transmisión Sexual 2020. ² Nota: casos confirmados de “cicatriz serológica” no deben ser notificados. Se considera “cicatriz serológica” a un tratamiento anterior para sífilis con documentación de la disminución de la titulación en, al menos, dos diluciones.

Figura 4 – Criterios para definición de caso de sífilis congénita, sífilis en gestantes y sífilis adquirida, Brasil

sífilis congénita, por intermedio de la Nota Informativa N° 2 – SEI/2017 – DIAHV/SVS/MS.²⁴ Sin embargo, el formato electrónico del Sinan no había sido adaptado a las modificaciones promovidas en las fichas, lo que conllevó a algunas dificultades para alinear los criterios al nivel de los servicios de salud. La definición de caso es fundamental, debe ser clara y objetiva, ya que bien comprendida, establece un estándar que permite a un conjunto de criterios decidir si una persona presenta o no determinada enfermedad o agravamiento, tornando los casos comparables en la entrada del sistema de vigilancia.^{25, 26}

A seguir, se presentan las definiciones de caso de sífilis adquirida, sífilis en gestantes y sífilis congénita (Figura 4).

Sífilis adquirida

Para fines de vigilancia epidemiológica, se establecieron dos criterios definidores de caso, denominados de Situación 1 y Situación 2, que permiten notificar la sífilis adquirida. La definición de caso es amplia, posibilita la inclusión de individuos con sífilis en cualquier fase clínica de la enfermedad, especialmente cuando son clasificados por el primer criterio o Situación 1 (Figura 4).

La sífilis adquirida cuenta con una ficha de notificación e investigación que puede ser utilizada por las vigilancias epidemiológicas municipales y estatales. En el Sinan, se insertan solamente datos referentes a la notificación del caso, o sea, datos de identificación y demográficos de la persona acometida. Se espera que las variables correspondientes al componente de investigación epidemiológica, como datos clínicos

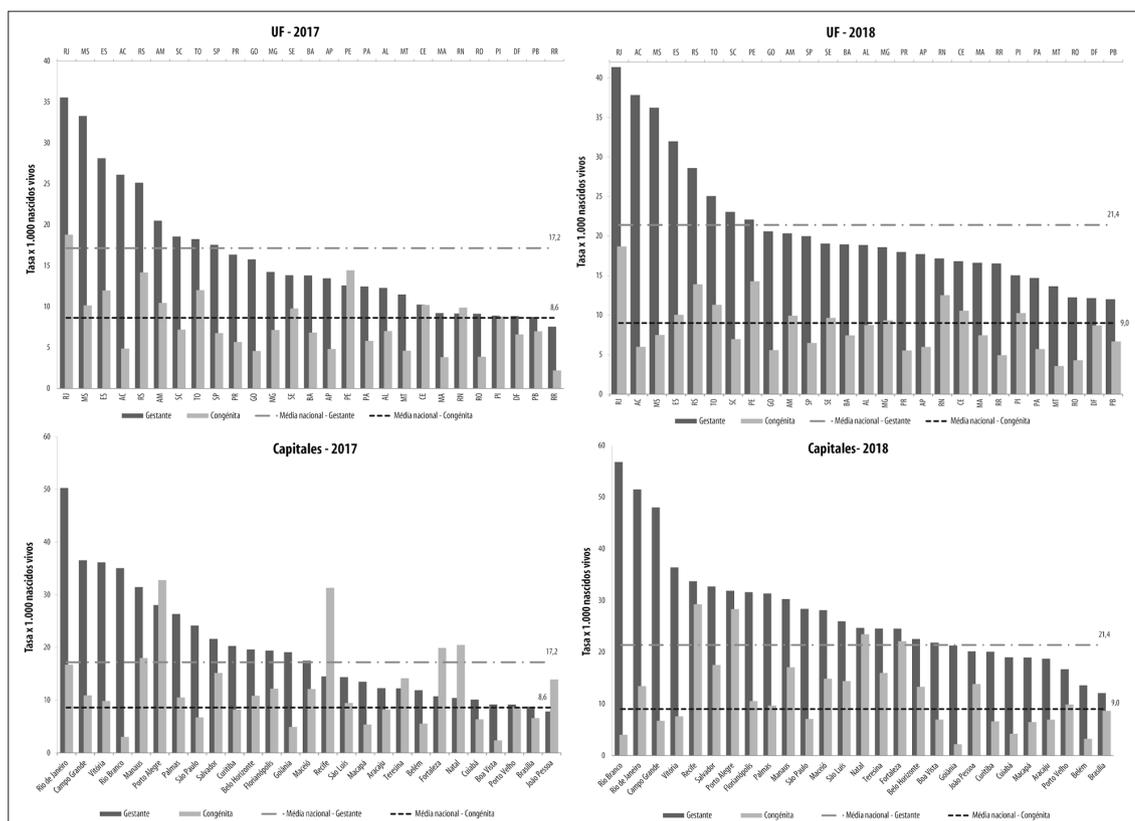
y de laboratorio, comportamiento y vulnerabilidad, también sean incluidos en el sistema, para la mejor comprensión del agravamiento.

Es importante poner a disposición informaciones sobre la fase clínica de la enfermedad, tipo de prueba diagnóstica (prueba treponémica y/o no treponémica), tratamiento realizado (bencilpenicilina benzatina u otro medicamento) y otros elementos que puedan contribuir con el análisis epidemiológico, bien como para la verificación del cumplimiento de la definición de caso establecida en el país. Además, es fundamental la diferenciación entre duplicaciones de caso y reinfecciones – estas, cuando el mismo individuo fue notificado repetidas veces.

Actualmente, en Brasil, el perfil de la sífilis adquirida está vinculado a la capacidad de detección y notificación de casos por los servicios de salud, y a las características demográficas de las personas acometidas – sexo, edad, raza/color de piel, escolaridad, residencia, otras. Los datos pueden referirse a casos prevalentes o incidentes, una vez que no es posible definir la fase clínica de la enfermedad. Sería importante identificar casos incidentes, clasificados como sífilis reciente, en la forma clínica primaria, secundaria y latente reciente (hasta un año de la infección), período considerado de mayor transmisibilidad del agente infeccioso, *Treponema pallidum*.²

Sífilis en gestantes

La nueva definición de caso de sífilis en gestantes, caracterizada por tres situaciones, se ha vuelto más sensible y abarcadora al incluir a las mujeres diagnosticadas en el momento del parto o en el puerperio,



Nota: 2017 – Casos notificados de gestante con sífilis durante la atención prenatal; 2018 – Casos notificados en el prenatal, parto o puerperio.
Fuente: Sistema de Información de Agravamientos de Notificación.

Figura 5 – Tasa de detección de sífilis en gestantes y tasa de incidencia de sífilis congénita (por 1.000 nacidos vivos) según unidades de la federación (UF) y capitales, Brasil, 2017-2018

contribuyendo a ampliar la detección de la enfermedad en el período gravídico-puerperal (Figura 4). No obstante, las notificaciones de parturientas y puerperas diagnosticadas con esa enfermedad deben realizarse utilizando la ficha de notificación de sífilis en gestante, cuyas variables de investigación están vinculadas, en su mayoría, a los datos obtenidos durante la atención prenatal.

El aumento de notificaciones de gestantes con sífilis, especialmente cuando la detección se realiza en el momento del parto o en el puerperio, puede no reflejar una reducción de la sífilis congénita, por oportunidades perdidas en el tratamiento materno. En 2017, cuando la notificación de la gestante era realizada exclusivamente en el período prenatal, fue posible observar tasas de incidencia de sífilis congénita superiores a las tasas de detección de sífilis en gestantes, en algunas UF y capitales brasileñas.²⁰ Desde 2018, con la

inserción de casos diagnosticados durante el parto o el puerperio, la tasa de detección de sífilis en gestantes aumentó, aunque sin mayor impacto en la reducción de sífilis congénita (Figura 5).

En la clasificación de casos por la Situación 1, existe la posibilidad de inclusión indebida de mujeres embarazadas con resultados de pruebas discordantes, especialmente cuando la prueba no treponémica es reactiva y la prueba treponémica no es reactiva. A menudo, los profesionales que realizan la notificación no recuerdan tener en cuenta la posibilidad de un resultado falso positivo de la prueba no treponémica y, por lo tanto, la necesidad de realizar otra prueba treponémica, con una metodología diferente.² Sin embargo, esta definición es bastante sensible y permite la inclusión de casos en los que los servicios no cuentan con los dos tipos de pruebas disponibles.

En la Situación 3, aunque la nota al pie de página señala que los casos confirmados de “cicatriz serológica” no deben ser reportados al sistema de vigilancia, aún es posible que ocurran notificaciones indebidas o subregistros, dependiendo del entendimiento de los profesionales. El concepto de “cicatriz serológica” se describe en el PCDT-ITS 2020, con el fin de informar mejor sobre el significado de “tratamiento previo para la sífilis”.²

Una nueva revisión en los criterios de definición de caso de sífilis en gestantes, con el cuidado de no perder en sensibilidad, podría contribuir con la calidad de los casos notificados. Posiblemente, una definición de caso con apenas dos criterios, por lo tanto más simples, sería de fácil comprensión para las vigilancias epidemiológicas.

Sífilis congénita

Desde que adquirió el estado de notificación obligatoria en 1986, la sífilis congénita tiene su definición de caso revisada periódicamente. Su última actualización, publicada a finales de 2017, estableció tres situaciones para la definición de caso (Figura 4). Uno de los principales cambios fue la exclusión del tratamiento de la pareja sexual en la descripción del tratamiento materno adecuado, contribuyendo con que la definición de caso brasileño sea más específica y alineada con conceptos internacionales.

En sus versiones anteriores, los criterios de casos buscaban acentuar la sensibilidad, con el fin de capturar el mayor número posible de ocurrencias. Esos criterios fueron importantes, especialmente en un momento en el que el país aún presentaba un elevado subregistro de casos e invisibilidad de la sífilis congénita.²⁷ Es probable que la retirada de la pareja sexual materna, actuando indirectamente en la definición del caso de sífilis congénita, haya tenido un impacto en la desaceleración de la tasa de incidencia de la infección. Entre 2016 y 2017, esta tasa aumentó en un 15%, de 7,4 a 8,5 casos por 1.000 nacidos vivos, respectivamente (Figura 2), mientras que, entre 2017 y 2018, en la vigencia de la nueva definición de caso, el aumento de la tasa de incidencia fue del 6%, pasando de 8,5 a 9,0 casos por 1.000 nacidos vivos.²⁰

La mayor parte de los casos de sífilis congénita se clasifica por la Situación 1, y la menor, por la Situación 3. La realización de necropsia de niño, aborto

o natimuerto, bien como la colecta de material de lesión cutánea o de secreción nasal para detección del *Treponema pallidum* en exámenes directos, por microscopia, son diagnósticos limitados a los servicios hospitalarios o de ambulatorio.²⁰

En cuanto a la Situación 2, se observa que los profesionales de la vigilancia tienen mayor dificultad para clasificar los casos en los siguientes componentes: (i) títulos de prueba no treponémicos ascendentes en al menos dos diluciones en el acompañamiento del niño expuesto; (ii) títulos de pruebas no treponémicas aún reactivos después de los seis meses de edad, excepto en una situación de seguimiento terapéutico; y (iii) pruebas treponémicas reactivas a partir de los 18 meses de edad, sin diagnóstico previo de sífilis congénita. Estos criterios se utilizan para definir el caso de sífilis congénita en la situación en la que el niño se considera expuesto a la sífilis en la maternidad y, durante el acompañamiento ambulatorio, presente alteraciones en las pruebas serológicas. También se utilizan para niños mayores de 18 meses, sin diagnóstico previo de sífilis congénita o exposición a sífilis materna. Cabe recordar: se debe descartar la posibilidad de sífilis adquirida por abuso sexual.²

La formación de los profesionales de la red de Atención Primaria a la Salud es de suma importancia en el manejo de los casos de sífilis congénita, así como en la conexión de los niños expuestos en los servicios ambulatorios, procedimientos cuya actualización y perfeccionamiento son fundamentales para evitar pérdida de oportunidades en el diagnóstico, tratamiento y subregistro de casos de sífilis congénita detectados después del alta de la maternidad.^{28, 29}

Se deben hacer esfuerzos para lograr la meta de eliminación de la sífilis congénita propuesta por la OPS/OMS - 0.5 caso por cada 1.000 nacidos vivos (incluyendo a los mortinatos)-,²¹ porque, a pesar del cambio en la definición de caso, tornándolo más específico, el número de ocurrencias se mantiene ascendente,²⁰ contribuyendo a elevar la tasa de incidencia a valores muy superiores a los esperados para su eliminación (Figura 2).

Consideraciones sobre vigilancia, prevención y control de las ITS

Reflexionando sobre la vigilancia de ITS, se observa que, en 2020, todavía no hay datos oficiales producidos

de manera sistemática, sobre gonorrea, clamidia, tricomoniasis o herpes genital en Brasil, ya que estas ITS no forman parte de la lista de notificación nacional obligatoria.⁶ Sin embargo, es posible estimar su prevalencia con el desarrollo de estudios en determinadas poblaciones, asistidas en servicios específicos.

El Ministerio de Salud ha instituido dos grandes proyectos para las ITS: 'Respuesta Rápida a la Sífilis', con el propósito de reducir la ocurrencia de sífilis adquirida y en gestantes, y eliminar la sífilis congénita;³⁰ e 'Infecciones de transmisión sexual: vigilancia en Brasil de la Etiología de las Uretritis y de las Úlceras Genitales y Análisis de la Resistencia Antimicrobiana', denominado proyecto SenGono, con el objetivo de monitorear la resistencia antimicrobiana de las cepas de *Neisseria gonorrhoeae* que circulan en el país, identificando los principales agentes causantes de secreciones uretrales y úlceras genitales, utilizando pruebas moleculares en servicios específicos.^{30,31}

Se puede acceder de manera rutinaria a importantes fuentes de información, además del Sinan, a través de la vigilancia epidemiológica municipal, estadual y federal, para obtener información adicional sobre las ITS, como el Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM), Sistema de Información sobre Nacidos Vivos (Sinasc), Sistema de Información Hospitalaria (SIH) y Sistema de Información Ambulatoria (SIA), y los sistemas para la realización de exámenes complementarios.³²

La prevención de las ITS sigue siendo un desafío. El desconocimiento o percepción de la situación de la sífilis en el país y sus determinantes sociales, las debilidades del sistema de salud, especialmente en el acceso y calidad de la atención prenatal, son condiciones que contribuyen a la persistencia de la sífilis congénita.^{33,34} Es importante mantener el compromiso político con la Salud Pública en todos los niveles de gestión, priorizando la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de la sífilis, la estrategia

más eficaz para lograr la eliminación de la sífilis congénita en Brasil.³⁵

Los sistemas de información en salud, especialmente el Sinan son herramientas importantes para las acciones de vigilancia.³⁶ Es fundamental actualizar y alinear entre las revisiones de definiciones de casos, el formulario de notificación e investigación epidemiológica, además del sistema de información destinado a recibir y preservar la base de estos datos. Se mejorará la calidad de la información a medida que los datos sean sistemáticamente recolectados, insertados y procesados en los sistemas, de acuerdo con los criterios establecidos para las definiciones de caso.

Las definiciones de caso de sífilis adquirida, sífilis en gestantes y sífilis congénita, basadas en criterios suficientemente sensibles y más específicos, permiten comparar el perfil epidemiológico brasileño con el de otros países. Además, producen información para que la vigilancia monitoree el comportamiento y las tendencias de la enfermedad, con la finalidad de recomendar medidas preventivas y de control, además de intensificar acciones en la atención prenatal, con el objetivo de interrumpir la cadena de transmisión vertical de la sífilis.

Contribución de los autores

Domingues CSB, de Lannoy LH, Saraceni V. Cunha ARC y Pereira GFM redactaron el manuscrito, aprobaron la versión final y son responsables por todos sus aspectos, incluyendo la garantía de su precisión e integridad.

Agradecimiento

Los autores agradecen la contribución sustancial, para la realización de este trabajo, de los miembros del grupo técnico de especialistas responsables por la elaboración del PCDT para Atención Integral a las Personas con ITS 2020.

Referencias

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/SCTIE nº 42, de 05 de outubro de 2018. Torna pública a decisão de aprovar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), no

âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2018 out 08 [citado 2020 jul 31]; Seção 1:88. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/Portaria/2018/Portaria_SCTIE_N42_05_10_2018.pdf

2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 2020 ago 31]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>
3. World Health Organization - WHO. Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016-2021: towards ending STIs [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2020 Jun 08]. 64p. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250253/WHO-RHR-16.09-spa.pdf;jsessionid=50EC-035F2937217ED7E54D126CDF3784?sequence=1>
4. Pereira GFM, Pimenta MC, Giozza SP, Caruso AR, Bastos FI, Guimarães MDC. HIV/aids, hepatites virais e outras IST no Brasil: tendências epidemiológicas. Rev Bras Epidemiol [internet]. 2019 set [citado 2020 jun 08];22(Suppl 1):e190001.supl1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190001.supl1>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.984, de 12 de setembro de 2014. Define a lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória, na forma do Anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2014 set 15 [citado 2020 maio 31]; Seção 1:59. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1984_12_09_2014.html
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação MS/GM nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2017 out 03 [citado 2020 jul 31]; Suplemento:288. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.553, de 17 de junho de 2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Vigilância Sentinela da Síndrome do Corrimento Uretral Masculino (VS-CUM) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2020 jun 18 [citado 2020 jun 29]; Seção 1:61. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.553-de-17-de-junho-de-2020-262147771>
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de vigilância em saúde: volume único [internet]. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [citado 2020 jul 31]. 740 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para hepatite B e coinfeções [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 2020 ago 31]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-hepatite-b-e-coinfeccoes>
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para hepatite C e coinfeções [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 2020 ago 31]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-hepatite-c-e-coinfeccoes>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Instrução Normativa nº 2, de 22 de novembro de 2005. Regulamenta as atividades da vigilância epidemiológica com relação à coleta, fluxo e a periodicidade de envio de dados da notificação compulsória de doenças por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2005 nov 22 [citado 2020 jun 10]. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/IN_2_2005.pdf
13. Rowley J, Hoorn SV, Korenromp E, Low N, Unemo M, Abu-Raddad LJ, et al. Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. Bull World Health Organ [Internet]. 2019 Aug [cited 2020 Jun 08];97(8):548-62. Available from: <https://dx.doi.org/10.2471/2FBLT.18.228486>

14. Rodrigues CS, Guimarães MDG, Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [internet]. 2004 [citado 2020 jun 09];16(3):168-75. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2004.v16n3/168-175/pt>
15. Szwarcwald CL, Barbosa Jr A, Miranda AE, Paz LC. Resultados do estudo sentinela-parturiente, 2006: desafios para o controle da sífilis congênita no Brasil. *DST – J Bras Doenças Sex Transm* [Internet]. 2007 nov [citado 2020 jun 09];19(3-4):128-33. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista19-3-2007/3.pdf>
16. Domingues RM, Szwarcwald CL, Souza Junior PR, Leal MC. Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: birth in Brazil study. *Rev Saúde Pública* [internet]. 2014 out [citado 2020 jun 09];48(5):766-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005114>
17. Cunha ARC, Merchan-Hamann E. Sífilis em parturientes no Brasil: prevalência e fatores associados, 2010 a 2011. *Rev Panam Salud Publica* [internet]. 2015 [citado 2020 jun 09];38(6):479-86. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2015.v38n6/479-486/>
18. Freitas FLS. Sífilis em jovens conscritos brasileiros: uma investigação descritiva [dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília;2018. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/33017/1/2018_FranciscaLidianeSampaioFreitas.pdf
19. Ferreira-Júnior O, Guimarães MDC, Damacena GN, Almeida WS, Souza-Júnior PRB, Szwarcwald CL. Prevalence estimates of HIV, syphilis, hepatitis B and C among female sex workers (FSW) in Brazil, 2016. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2018 May [citado 2020 jun 09];97(1Suppl):S3-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/md.00000000000009218>
20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Sífilis, 2019. *Boletim Epidemiol* [Internet]. 2019 out [citado 2020 ago 31];5(1). Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>
21. PanAmerican Health Organization - PAHO. New generations free of HIV, syphilis, hepatitis b, and chagas disease: EMTCT plus in the Americas, 2018 [Internet]. Washington, D.C.: PanAmerican Health Organization; 2019 [citado 2020 Jun 25]. 42p. Available from: <https://www.paho.org/en/documents/new-generations-free-hiv-syphilis-hepatitis-b-and-chagas-disease-americas-emtct-plus-2018>
22. Soeiro CMO, Miranda AE, Saraceni V, Santos MC, Talhari S, Ferreira LCL. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Amazonas State, Brazil: an evaluation using database linkage. *CadSaúde Pública* [Internet]. 2014 Apr [cited 2020 Jul 30];30(4):715-23. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00156312>
23. Lafeta KRG, Martelli Júnior H, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2016 mar [citado 2020 jul 30];19(1):63-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600010006>
24. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/Aids e Hepatites Virais. Nota Informativa nº 2, de 19 de setembro de 2017. Altera os critérios de definições de casos para notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 2020 jul 31]. (SEI/MS nº 0882971). Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Ges/Nota_Informativa_Sifilis.pdf
25. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Curso básico de vigilância epidemiológica em HIV e aids: caderno do aluno. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
26. Waldman EA. Vigilância em saúde pública, volume 7 [Internet]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998 [citado 2020 ago 31]. (Série Saúde & Cidadania). 253 p. Disponível em: <http://ead.saude.riopreto.sp.gov.br/pluginfile.php/303/course/summary/Saude%20%20Cidadania%20Volume07.pdf>
27. Tayra Â, Matida LH, Saraceni V, Paz LC, Ramos Júnior AN. Duas décadas de vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: a propósito das definições de caso. *DST - J Bras Doenças Sex Transm* [Internet]. 2007 nov [citado 2020 ago 31];19(3-4):111-9. Disponível em: http://www3.crt.saude.sp.gov.br/tvhivsifilis/artigos_manuais_textos/historia_ve_sifilis.pdf
28. Lago EG, Vaccari A, Fiori RM. Clinical features and follow-up of congenital syphilis. *Sex Transm Dis* [Internet]. 2013 Feb [cited 2020 Aug 31];40(2):85-94. Available from: <https://doi.org/10.1097/olq.0b013e31827bd688>
29. Cavalcante ANM, Araújo MAL, Nobre MA, Almeida RLF. Fatores associados ao seguimento não adequado de crianças com sífilis congênita. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2019 out [citado 2020 jul 31];53:95. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001284>

30. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis. Vigilância epidemiológica das infecções sexualmente transmissíveis no Brasil. *Bol Epidemiol* [Internet]. 2020 fev [citado 2020 jun 9];51(8):11-5. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/21/Boletim-epidemiologico-SVS-08.pdf>
31. Bazzo ML, Golfetto L, Gaspar PC, Pires AF, Ramos MC, Franchini M, et al. First nationwide antimicrobial susceptibility surveillance for *Neisseria gonorrhoeae* in Brazil, 2015-16. *J Antimicrob Chemother* [Internet]. 2018 Jul [cited 2020 Aug 31];73(7):1854-61. Available from: <https://doi.org/10.1093/jac/dky090>
32. Benzaken AS, Pereira GFM, Cunha ARC, Souza FMA, Saraceni V. Adequacy of prenatal care, diagnosis and treatment of syphilis in pregnancy: a study with open data from Brazilian state capitals. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2020 Dec [cited 2020 Aug 01]; 36(1):e00057219. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00057219>
33. Nonato SM, Melo APS, Guimaraes MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2015 out-dez [citado 2020 ago 31];24(4):681-94. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000400010>
34. Sanine PR, Castanheira ERL, Nunes LO, Andrade MC, Nasser MA, Nemes MIB. Sífilis congênita: avaliação em serviços de Atenção primária do estado de São Paulo, Brasil. *BIS Bol Inst Saúde (impr)* [Internet]. 2016 dez [citado 2020 ago 31];17(2):128-37. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1021661/bis-v17n2-saude-e-direitos-sexuais-128-137.pdf>
35. Domingues CSB, Pinto VM. Congenital syphilis in the 21st century: how to overcome the challenges? *DST - J Bras Doenças Sex Transm* [internet]. 2019 [cited 2020 Aug 31];31(3):77-8. Available from: <https://doi.org/10.5327/DST-2177-8264-201931301>
36. Saraceni V, Pereira GFM, Silveira MF, Araujo MAL, Miranda AE. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2017 abr [citado 2020 ago 01]; 41:e44. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.26633%2FRPSP.2017.44>

Recibido en 09/07/2020
Aprobado en 14/08/2020

Editora asociada: Taís Freire Galvão – [orcid.org/ 0000-0003-2072-4834](https://orcid.org/0000-0003-2072-4834)