



SÍFILIS EN TODAS SUS FORMAS (CIE 10: CIE 10: A 50.0 - A53.9)

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2012
(DATOS PROVISORIOS, SEMANAS 1 A 52)

DEFINICIÓN DE CASO

Caso Confirmado:

La definición de caso confirmado de sífilis varía en relación a la etapa en que se encuentre la persona, según se describe en Circular B51/24 del 23/05/2013

MODALIDAD DE VIGILANCIA

Universal.

El médico tratante debe notificar cada caso con todos los datos contenidos en el Boletín ENO.

CRITERIOS DE LABORATORIO

Descritos de acuerdo a la etapa diagnóstica en Circular B51/24 del 23/05/2013

INDICE

- [Antecedentes Generales](#)
- [Situación epidemiológica](#)
- [Determinantes Sociales de la Salud \(DSS\)](#)
- [Mediadas de manejo y control](#)
- [Comentarios y conclusiones](#)

Antecedentes generales

La sífilis, es provocada por la bacteria *Treponema pallidum*, la cual se encuentra ampliamente distribuida por el mundo, variando su incidencia en función de la ubicación geográfica y el nivel socio económico. Es adquirida principalmente a través de contacto sexual y transplacentaria, pero también puede adquirirse por transfusión de sangre humana contaminada y por inoculación accidental directa. La historia natural de la infección se caracteriza por presentar tres etapas clínicas sintomáticas: sífilis primaria, secundaria y terciaria. El diagnóstico precoz permite un tratamiento exitoso reduciendo las complicaciones y secuelas de la infección, la que puede convertirse en una enfermedad crónica¹.

A pesar de existir medidas profilácticas eficaces, como el uso del preservativo, y opciones terapéuticas costo efectivas, la sífilis sigue constituyendo un problema de Salud Pública a escala mundial, con 12 millones de personas infectadas cada año. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cifra estimada de gestantes con sífilis, es de 2 millones cada año, de los cuales aproximadamente un 25% termina en muerte fetal o aborto espontáneo y en otro 25% el recién nacido presenta bajo peso al nacer o infección grave congénita, dos factores asociados con un mayor riesgo de muerte perinatal².

En 2009, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) puso en marcha la iniciativa regional para reducir la tasa de sífilis congénita en las Américas a cifras menores a 0,5 casos por 1.000 nacidos³. En este contexto y asumiendo que tanto la infección por VIH como la sífilis, son importantes problemas de Salud Pública que afectan a un amplio grupo de población, considerándose patologías prevenibles mediante estrategias altamente costo efectivas, Chile asumió el compromiso adscribiendo a la "[Iniciativa de Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis en Latinoamérica](#)" impulsada por OPS y UNICEF⁴.

Para realizar el presente informe se utilizó la información de las bases ENO, las estadísticas vitales y de egresos hospitalarios del Departamento de estadísticas e información en salud (DEIS), utilizando los códigos CIE 10: A50.0-A53.9.

¹ Ministerio de Salud. Circular B51/24 del 23/05/2013 "Vigilancia epidemiológica de sífilis y gonorrea".

² Organización Panamericana de la Salud. Análisis de la situación al año 2010 Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en la Región de las Américas . 2012.

³ OPS. Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe: documento conceptual. Montevideo: CLAP/SMR; 2009

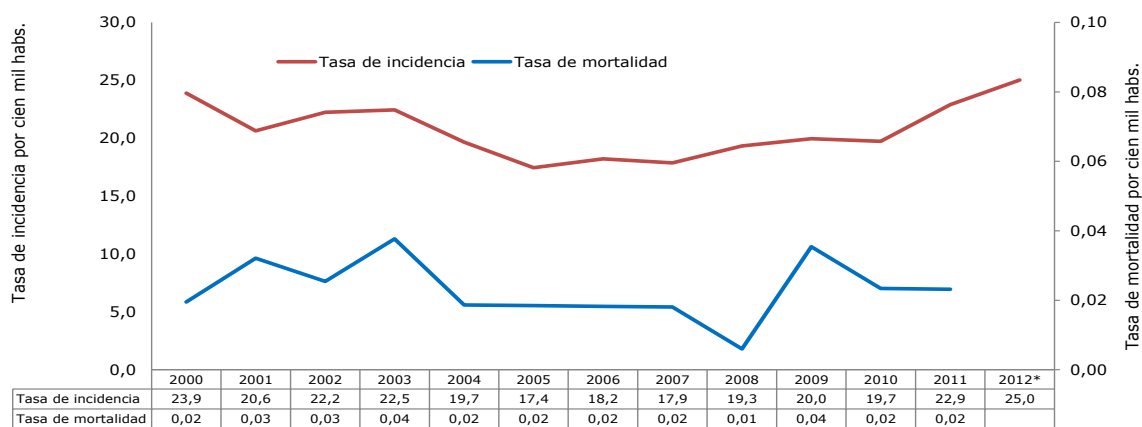
⁴ Ministerio de Salud. Norma General Técnica N° 0141 del 2012. Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y Sífilis.

Situación Epidemiológica

En el período 2004-2010, se observa una relativa estabilización de las tasas de sífilis, mostrando valores inferiores a 20,0 por cien mil hab., observándose la incidencia más baja en el año 2005, (17,4 por cien mil hab.). El año 2011 la tasa presenta un ascenso de un 10%, alcanzando el 2010 una tasa de 25,0 casos de sífilis por cien mil hab. (Gráfico 1)

Para el período 2000-2011, las tasas de mortalidad se mantienen relativamente estables entre 0,02 y 0,04 por cien mil hab. Desde el año 2000 al 2004 el mayor número de muertes se concentró en los menores de 1 año, todos ellos fallecidos por sífilis congénita (11 casos). Durante los años 2005, 2008 y 2009 no se registraron muertes en menores de 5 años por esta causa, sin embargo, en el 2010 y 2011 fallecieron 2 lactantes cada año causada por sífilis congénita. Se destaca que estas muertes pueden ser evitables, lo que sigue siendo un desafío para la Salud Pública en Chile.

Gráfico 1 Tasas de incidencia y mortalidad por sífilis en todas sus formas. Chile 2000-2012 (&)



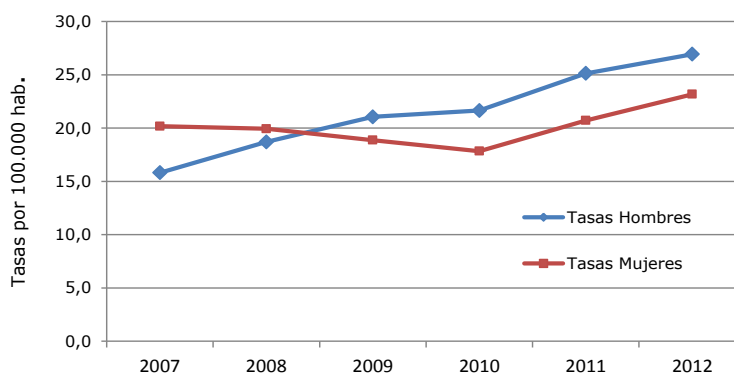
(*)2011 último año con datos de mortalidad disponible
 (&) Años 2011 y 2012, datos provisorios
 Fuente: Base de datos ENO.DEIS. MINSAL. Dpto. Epidemiología, MINSAL, Chile.

La tasa de egresos hospitalarios por sífilis en el periodo 2005 a 2010 ha fluctuado entre cifras de 1,4 a 1,6 casos hospitalizados por cien mil hab., representando el 0,02% del total de egresos. Los hombres hospitalizados por esta causa concentran el 57%. Del total de egresos por esta enfermedad, la sífilis congénita (CIE-10: A50) representa el 55% en el año 2010., dando cuenta de la gravedad e importancia de la infección en este grupo de edad.

Según muestra el gráfico 2, hasta el año 2008 las mujeres tenían tasas de incidencia mayores a la de los hombres, a partir del 2009, esta situación se invierte. Desde el 2011, además, se pudo observar un ascenso de las tasas de ambos sexos.

Las gestantes notificadas con sífilis representan entre el 20% y 24% de los casos notificados en mujeres, siendo alrededor del 55% en el grupo de 20 a 29 años.

Gráfico 2 Tasas de incidencia de sífilis según sexo. Chile 2007-2012 (&)



(&) 2011 y 2012 . Datos provisorios
 Fuente: Base de datos ENO.DEIS. Dpto. Epidemiología, MINSAL, Chile.

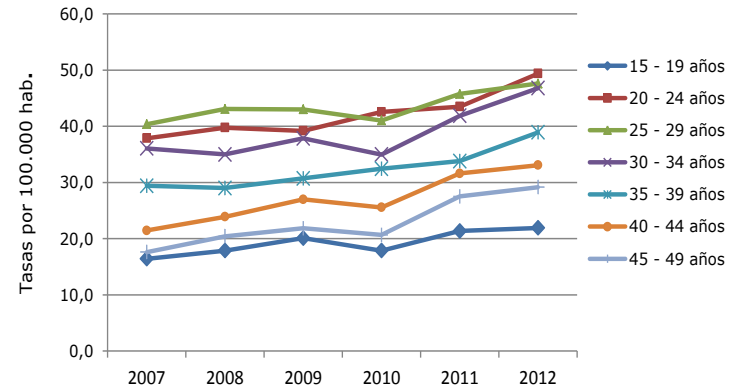
Según edad, desde el año 2007, las tasas más elevadas de sífilis se muestran en el grupo de 20 a 24 años y en el de 25 a 29 años, mostrando ambos grupos tasas similares para todo el periodo. A partir del año 2011, en general, se observa una tendencia al aumento de las tasas entre los 15 a los 49 años de edad, destacando un alza brusca en el grupo de 30 a 34 años, el cual alcanza tasas similares al grupo de 20 a 29 años (Gráfico 3)

El promedio de edad de los casos de sífilis presenta una elevación desde 33 años en el 2007 a 36 años en el 2012.

Los menores de 14 años representan entre el 1,5% y el 3% de los casos. Se debe tener presente que la sífilis en menores también pueden ser producto de abuso o violación sexual.

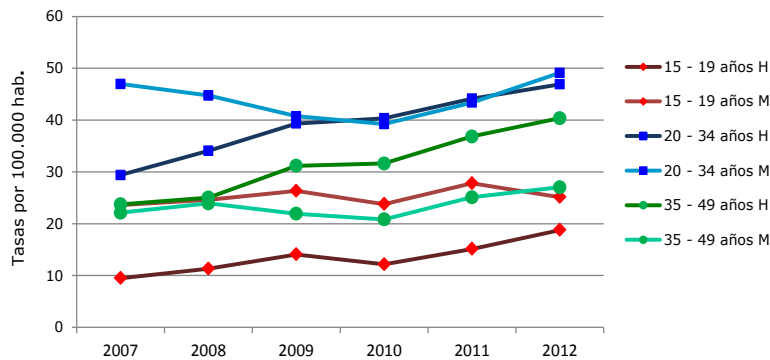
En los últimos 3 años la tasa en los menores de 5 años se ha mantenido relativamente estable entre 4 a 5 casos por cien mil habs.

Gráfico 3 Tasas de incidencia de sífilis según grupos quinquenales. Chile 2007-2012 (&)



(&) 2011 y 2012 . Datos provisorios
Fuente: Base de datos ENO.DEIS. Dpto. Epidemiología, MINSAL, Chile.

Gráfico 4 Tasas de incidencia de sífilis según sexo y grupos quinquenales de edad. Chile 2007-2012 (&)



(&) 2011 y 2012 . Datos provisorios
Fuente: Base de datos ENO.DEIS. Dpto. Epidemiología, MINSAL, Chile.

Desde el 2007, como se muestra en el gráfico 4, las tasas de sífilis era mayor en mujeres que en hombres, dado predominantemente por el grupo entre 15 y 34 años. No obstante, se observa que en el tiempo la tendencia cambia presentándose un ascenso progresivo de las tasas de hombres. Esta situación se debería fundamentalmente a un mayor aumento de tasas en el grupo de hombres entre 20 y 49 años.

En el grupo de adolescentes (15 a 19 años) se observa durante todo el periodo estudiado que las mujeres superan el riesgo de los hombres, sin embargo en el 2012 esta distancia se estrecha, debido a una leve disminución de la tasa de mujeres y un aumento de la tasa de hombres.

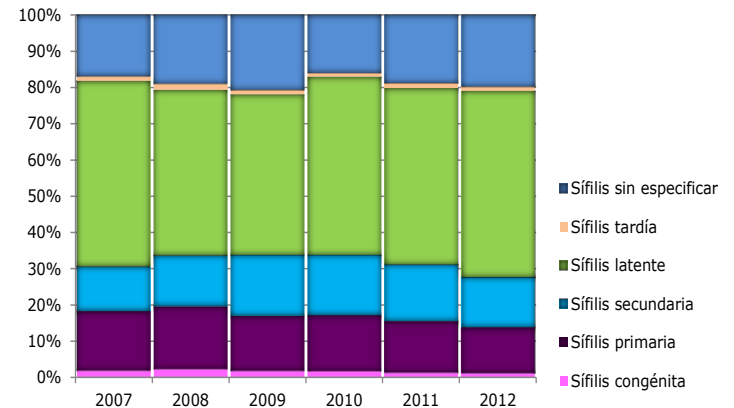
En general, según la etapa de notificación de la sífilis, no se observan grandes variaciones en términos de porcentajes en el periodo de estudio.

La mayor parte de los casos son notificados en etapas latentes de la infección representando alrededor del 50%, siguiendo las sífilis sin especificar.

La sífilis primaria y secundaria concentran entre el 27% al 30% de los casos, cifra relevante dado que estas son las formas de mayor transmisibilidad de la infección.

La sífilis congénita en términos de porcentaje muestra un leve descenso pasando de representar un 2% en el año 2007 a un 1,3% en el año 2012, mostrando una tasa estable de 0,2 casos de sífilis congénita por mil nacidos vivos corregidos desde el año 2009.

Gráfico 5 Distribución porcentual de casos de sífilis según clasificación



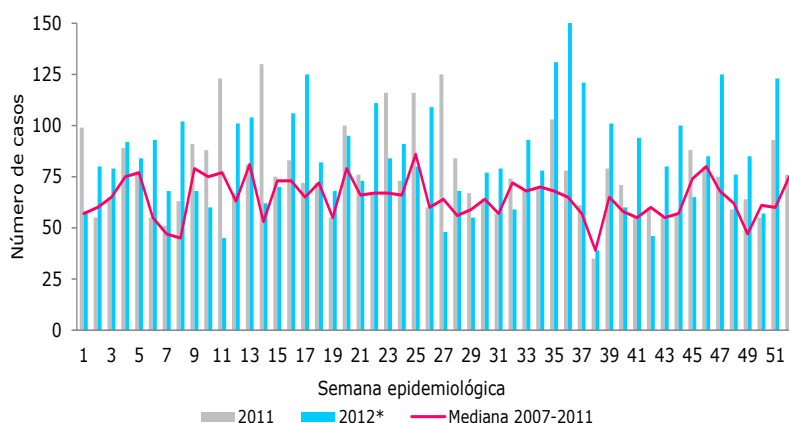
(&) 2011 y 2012 . Datos provisorios
Fuente: Base de datos ENO.DEIS. Dpto. Epidemiología, MINSAL, Chile.

Situación Epidemiológica 2012

Durante el año 2012 se notificaron 4.356 casos de sífilis, alcanzando una tasa de incidencia de 25,0 por cien mil hab. Este número de casos, es superior en un 10% a lo registrado en igual periodo del año 2011 (n=3.949) e igualmente superior a la mediana del quinquenio anterior (n=3.372).

En términos generales, se observa que durante los años 2011 y 2012 en la mayoría de las semanas epidemiológicas los casos superan a los esperados según la mediana quinquenal, esto producto del aumento de la notificación de casos de sífilis a nivel nacional.

Gráfico 2 Casos semanales sífilis en todas sus formas. Chile 2011-2012 (*)



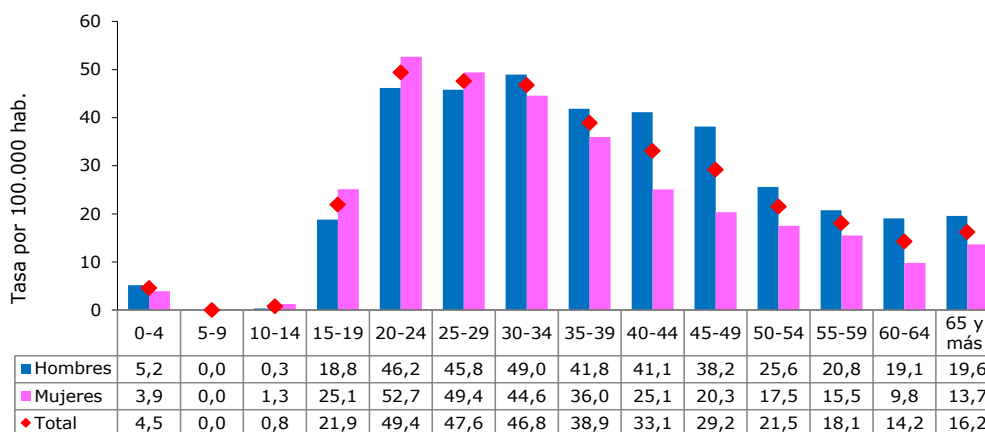
(*) Datos provisorios

Fuente: Base de datos ENO.DEIS. MINSAL. Dpto. Epidemiología, MINSAL, Chile.

El grupo en edad fértil (15 a 49 años), representa el 81% del total de casos de sífilis, siendo el grupo de 20 a 24 y el de 30 a 34 años quienes presenta las mayores tasas a nivel nacional. A partir de los 35 años se observa una tendencia progresiva a la disminución de las tasas, estabilizándose entre los 55 y más años (Gráfico 7).

Los hombres, representan el 55% del total de casos. A partir de los 30 años, existe un predominio del sexo masculino, a diferencia del grupo de 15 a 29 años en que las mujeres presentan las mayores tasas.

Gráfico 7 Tasas de Sífilis en todas sus formas, según sexo y grupo de edad. Chile, 2012(*).



(&) Datos provisorios

Fuente: Base de datos ENO.DEIS. MINSAL. Dpto. Epidemiología, MINSAL, Chile.

El año 2012 las gestantes con sífilis representan el 9% (n=148) del total de casos notificados en mujeres, la sífilis congénita corresponde al 1,3% (55 casos) concentrándose principalmente en las regiones de Valparaíso y Metropolitana.

La tasa de sífilis congénita para este año es de 0,22 casos por mil recién nacidos vivos corregidos (RNVC).

Tabla 1
Casos y tasas de incidencia de Sífilis por región de ocurrencia. Chile 2017-2011 (&)

Región	Año 2012 (&)		Mediana de casos 2007-2012	Año 2011 (&)	
	Casos totales	Tasa*		Casos totales	Tasa *
Arica y Parinacota	103	56,8	74	142	77,5
Tarapacá	262	79,7	256	256	79,6
Antofagasta	227	38,6	319	284	48,8
Atacama	80	28,1	97	97	34,3
Coquimbo	194	26,2	217	237	32,5
Valparaíso	829	46,2	381	740	41,6
Metropolitana	1673	23,9	1286	1373	19,8
O'Higgins	217	24,1	85	118	13,2
Maule	99	9,7	78	79	7,8
Bíobío	350	17,0	231	251	12,2
Araucanía	94	9,5	63	116	11,9
Los Ríos	21	5,5	28	39	10,2
Los Lagos	157	18,3	168	169	20,0
Aisén	13	12,2	23	22	20,8
Magallanes	37	23,2	32	26	16,3
Total País	4356	25,0	3372	3949	22,9

(&) Años 2012 y 2013 datos provisorios

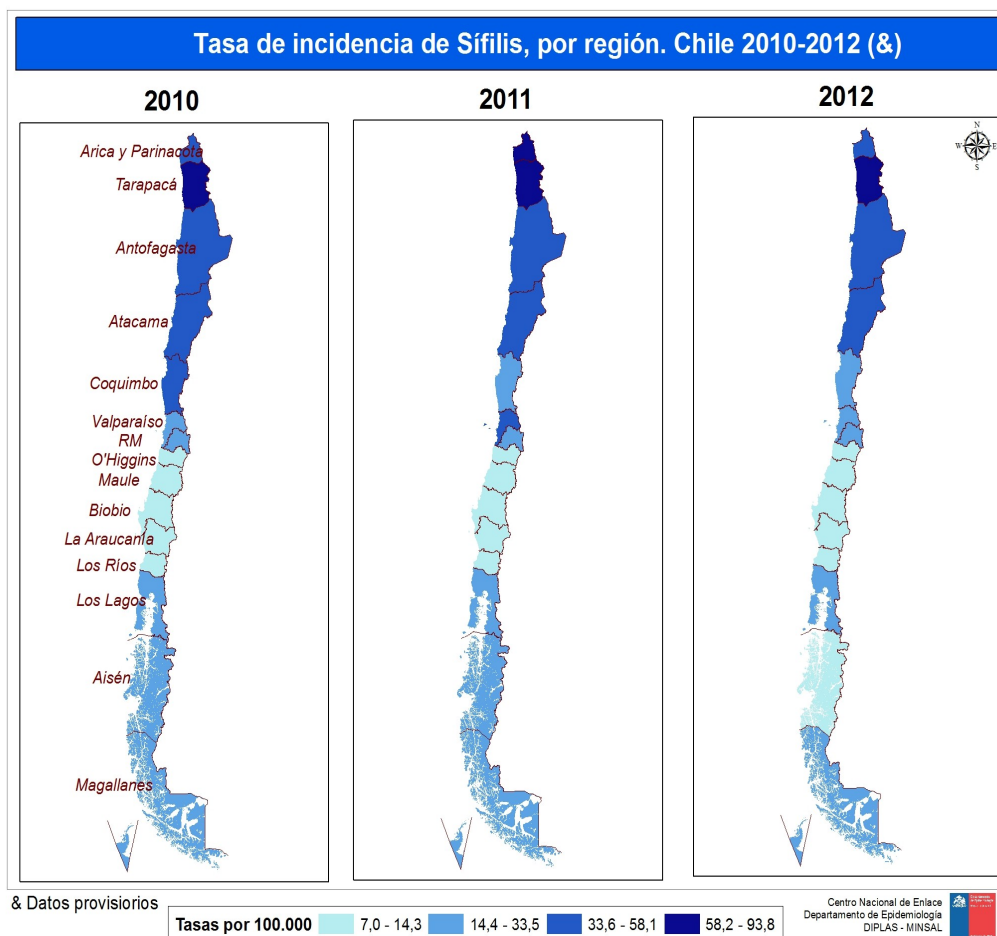
(*) Por cien mil hab.

Fuente: Base de datos ENO. DEIS. Dpto. Epidemiología, MINSAL, Chile.

Según distribución geográfica, las mayores tasas de notificación durante el año 2012, se presentan en las regiones del extremo norte del país. Tarapacá muestra la mayor tasa a nivel nacional, estabilizada desde el 2011. Luego le sigue Arica y Parinacota, región que muestra una disminución de la tasa en un 27% en relación al año anterior. Destacan las regiones de O'Higgins y Valparaíso que en el 2012, duplican el número de casos esperado según la mediana del quinquenio anterior. Las regiones del centro y sur del país muestran las menores tasas a nivel nacional. (Tabla 1)

En general, en los últimos 3 años la sífilis ha mantenido una distribución geográfica similar, concentrada en las regiones del norte (Figura 1).

Figura 1



Determinantes Sociales de la Salud (DSS)

De acuerdo al análisis de los determinantes sociales de salud que se relacionan con aspectos conductuales y factores de riesgo para adquirir una ITS, en Tarapacá y Arica y Parinacota, regiones que presentan las mayores tasas a nivel nacional, se destaca:

La media de edad de iniciación sexual en la región de Tarapacá (18,8 años) es inferior a la presentada por el país (20,6 años) a diferencia de Arica y Parinacota en que es igual a la nacional. Sin embargo, al consultar la edad de inicio de actividad sexual a los menores de 15 años, se observa que el promedio de edad en estas dos regiones (Tarapacá 15,9, Arica 15,4) son inferiores a lo presentado en el país (19,6), situación que aumentaría el riesgo de adquirir una ITS en relación al inicio sexual más precoz.

Si bien a nivel nacional el uso de condón en los últimos 12 meses es muy bajo (24,0%), se destaca que en la región de Tarapacá (17,3%) el uso de condón es aún inferior al nacional, diferente a lo presentado en Arica (30,1%) en que es este es uno de los mayores porcentajes del país.

En la región de Tarapacá el 79,9% de las personas entre 15 y 19 años afirma haber tenido relaciones sexuales, siendo el segundo porcentaje más elevado a nivel nacional, encontrándose muy sobre el promedio país (54,4%). En Arica en cambio, sólo el 41,3% de la población de este grupo ha iniciado actividad sexual. No obstante, en este mismo grupo etáreo en la región de Arica sólo el 63,3% de ellos afirma haber usado condón durante el último año, inferior a las cifras nacionales (73%), en Tarapacá este porcentaje es superior que el presentado en el país.

Se destaca que en la región de Tarapacá las embarazadas menores de 15 años en control (1,1%), muestran uno de los mayores porcentajes del país (0,8%). En relación a los controles de embarazo en las mujeres entre 15 y 19 años, Tarapacá y Arica (20,4%) presentan cifras similares a la nacionales (20,5%)⁴.

⁴ Dpto. de Epidemiología, DIPLAS_MINSAL Diagnósticos regionales de salud con enfoque DSS. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/estudios-y-encuestas-poblacionales/diagnosticos-regionales/diagnosticos-por-region/>

Medidas de Manejo y Control

Las medidas de manejo y control de esta enfermedad, están descritas en:

“Normas de Manejo y Tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/85381414c56411a9e04001011e015920.pdf>

“Circular B51/24 del 24/05/2013 Vigilancia epidemiológica de Sífilis y Gonorrea”. Disponible en: http://epi.minsal.cl/epi/html/normas/circul/CIRCULAR_24_SIFILIS_GONORREA_2013.pdf

“Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y Sífilis”. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/d84c1b1497766e48e040010164010137.pdf>

Comentarios y conclusiones

En Chile, la sífilis muestra un ascenso sostenido en los últimos 2 años, concentrándose principalmente entre los 20 a 34 años, con pequeñas diferencias por sexo en este grupo de edad. Se destaca que desde el año 2007 mujeres concentraban las mayores tasas de sífilis, situación que comienza a invertirse desde el 2009, donde la tasa los hombres superan a la de mujeres.

Las gestantes con sífilis representan entre el 24% al 20% del total de casos notificados en mujeres y la sífilis congénita muestra un leve descenso pasando de representar un 2% en el año 2007 a un 1,3% en el año 2012, mostrando una tasa de estable desde 0,2 casos de sífilis congénita por mil nacidos vivos corregidos desde el año 2009. Según distribución geográfica, las mayores tasas se ha presentado en las regiones del extremo norte y centro del país.

La prevención y detección oportuna de sífilis con una mirada integral constituyen una herramienta de Salud Pública eficaz para reducir la transmisión de las ITS razón por la cual dentro de la Estrategia Nacional de Salud para el período 2010-2020 la prevención de las ITS es un objetivo prioritario, debido a la magnitud del problema a nivel nacional, por su asociación con el VIH/SIDA y por los efectos que provoca en la calidad de vida de las personas. En este contexto, y dado el nuevo escenario epidemiológico en relación a la distribución por sexos, se propone una estrategia integral para la promoción de una vida sexual sana y segura que incluya niveles de intervención dirigidos al nivel individual y comunitario, bajo una mirada biopsicosocial y con un enfoque diferencial hacia determinados grupos sociales/comunitarios y enmarcado en un trabajo colaborativo que involucre a los distintos actores del Estado.

Por su parte, dado que el manejo adecuado de las gestantes con sífilis ha demostrado, según la evidencia científica disponible ser una de las intervenciones mas costo efectiva para evitar la transmisión vertical de esta patología, la legislación chilena ha considerado la detección y el tratamiento oportuno para esta infección. En Chile se realiza examen de VDRL a las embarazadas desde la década de los años 50, estrategia que se ha optimizado a través del tiempo, mediante su incorporación en normas técnicas, pasando de 1 VDRL en 1976, a 2 en la normativa del año 1980. En el año 2006 este examen se incorporó a la Ley de Medicina Preventiva, adicionándose un tercer VDRL durante el último trimestre de la gestación. Además las normas establecen el testeo a las mujeres durante el parto y a las puérperas de aborto y mortinato.

En el caso de la sífilis congénita, se implementa desde inicios del año 2000, la Estrategia Nacional de Eliminación de la sífilis congénita, en los cuales se aborda la triada de la prevención de la sífilis en la embarazada, la atención oportuna y la vigilancia de casos. A pesar de estos avances, Chile presenta desafíos en relación a a sífilis, siendo estos: prevención en mujeres en edad fértil, mejoría en los procesos clínicos (testeo, seguimiento y auditoría de los casos) y oportunidad de la información para la adopción de medidas correctivas y toma de decisiones⁵.

⁵ Ministerio de Salud. Norma General Técnica N° 0141 del 2012. Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y Sífilis. Disponible en : <http://web.minsal.cl/portal/url/item/d84c1b1497766e48e040010164010137.pdf>

Nota: La información correspondiente a los años 2011 y 2012, podría ser modificada, en función a la revisión de las notificaciones ingresadas a la base de datos tardíamente. Por esta razón, la información aquí presentada podría variar respecto a la previamente informada.

Informe a cargo de: Mat. Karen Cáceres Burton karen.caceres@minsal.cl

©
Departamento de Epidemiología
<http://epi.minsal.cl>
División de Planificación Sanitaria
Ministerio de Salud de Chile

[Volver al índice](#)