



SÍFILIS EN TODAS SUS FORMAS (CIE 10: A 50.0 - A53.9) SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA, ENERO-MARZO, 2015

Datos provisorios, semanas epidemiológicas 1 a 13 de 2015

Índice

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

DEFINICIÓN DE CASO

Caso Confirmado:

La definición de caso confirmado de sífilis varía en relación a la etapa en que se encuentra la persona, según lo definido en la Circular B51/24 del 23/05/2013 del MINISAL.

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](#)

Antecedentes generales

La sífilis, es provocada por la bacteria *Treponema pallidum*, la cual se encuentra ampliamente distribuida en el mundo, influenciada su incidencia en función de la ubicación geográfica y el nivel socio económico. Es adquirida principalmente a través de contacto sexual y transplacentario, 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 oportuno, lo que reduce las complicaciones y secuelas de la infección, la que sin tratamiento, 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 nivel mundial, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen 12 millones de personas infectadas cada año. Esta infección también se puede transmitir por vía vertical, en este contexto, se estima que las gestantes con sífilis ascienden a 2 millones cada año, de cuyas infecciones 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 la sífilis, es un importante problema de Salud Pública que afecta a mujeres, niños y a la comunidad, considerándose patología prevenible 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.

La sífilis en todas sus formas es de vigilancia universal, la cual se realiza a través del Boletín ENO. Para realizar el presente informe se utilizó la información de las bases ENO de los años 2000 al 2015, las estadísticas vitales del Departamento de estadísticas e información en salud (DEIS), (2000-2012) 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

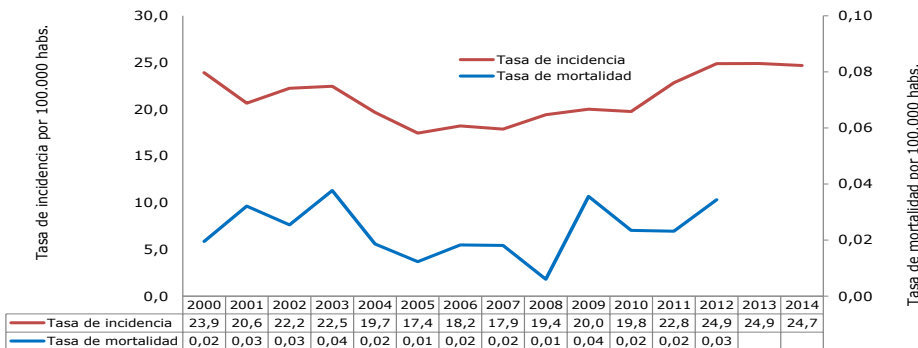
⁴ Ministerio de Salud. Norma General Técnica N° 0141 del 2012. Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y Sífilis.

[Volver al Índice](#)

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 2012 la tasa presenta un ascenso de 9%, respecto al año 2011, alcanzando una tasa de 25,0 casos de sífilis por cien mil hab. observándose los años posteriores una estabilización de las tasas. En relación a la mortalidad, desde el año 2004 al año 2012, las tasas se mantuvieron relativamente estables entre 0,02 y 0,04 por cien mil hab. Desde el año 2000 al año 2004 el mayor número de muertes se concentró en los menores de 1 año, todos ellos fallecidos por sífilis congénita. Durante los años 2005, 2008 y 2009 no se registraron muertes en menores de 5 años por esta causa; sin embargo, en los años 2010 y 2011 hubo muerte de 2 lactantes en cada año y en el 2012 un caso. (gráfico 1).

Gráfico 1: Tasas de incidencia y mortalidad por sífilis en todas sus formas. Chile 2000-2014



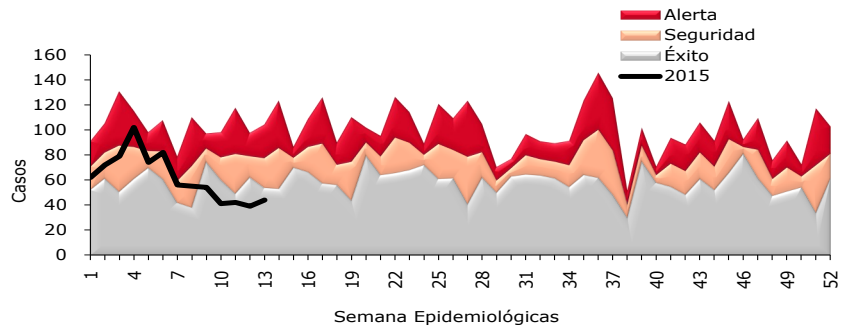
En el período 2004-2010, se observa una relativa estabilización de las tasas de sífilis, mostrando valores inferiores a 20,0 por cien mil hab., observándose la incidencia más baja en el año 2005, (17,4 por cien mil hab.). El año 2012 la tasa presenta un ascenso de 9%, respecto al año 2011, alcanzando una tasa de 25,0 casos de sífilis por cien mil hab. observándose los años posteriores una estabilización de las tasas. En relación a la mortalidad, desde el año 2004 al año 2012, las tasas se mantuvieron relativamente estables entre 0,02 y 0,04 por cien mil hab. Desde el año 2000 al año 2004 el mayor número de muertes se concentró en los menores de 1 año, todos ellos fallecidos por sífilis congénita. Durante los años 2005, 2008 y 2009 no se registraron muertes en menores de 5 años por esta causa; sin embargo, en los años 2010 y 2011 hubo muerte de 2 lactantes en cada año y en el 2012 un caso. (gráfico 1).

Año 2012, último año con datos de mortalidad disponibles
 Años 2012-2014 Datos provisorios
 Fuente: DEIS y Dpto. Epidemiología, DIPLAS/ Ministerio de Salud de Chile.

Situación hasta la semana epidemiológica (SE) 13 de 2015

Hasta la SE 13, se notificaron 802 casos de sífilis, alcanzando una tasa de incidencia de 4,5 por cien mil hab. (tabla 1). Este número de casos, es inferior en 22% a lo registrado en igual periodo del año 2013 (n=1.193), y en 32% a la mediana del quinquenio anterior (n=1.032). Por otra parte, el número de casos notificados semanalmente (SE 1 a 13 de 2015) se mantuvo entre la zona de seguridad y éxito del canal endémico⁵. (gráfico 2).

Gráfico 2: Canal endémico de sífilis en todas sus formas, por semana epidemiológica. Chile, 2015 (datos provisorios SE 1 a 13).



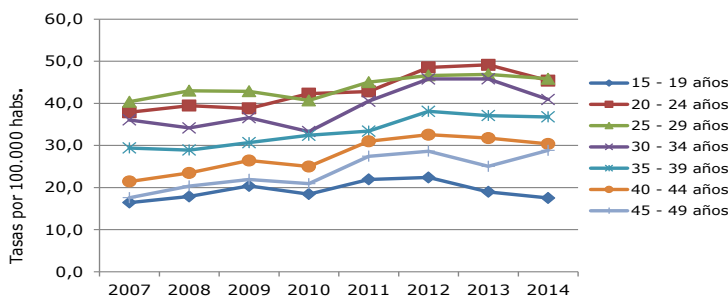
El año 2014 la sífilis presentó un comportamiento oscilante sin estacionalidad, similar a lo observado durante el año 2013.

Fuente: Dpto. de Epidemiología, DIPLAS - Ministerio de Salud de Chile.

Características de los casos

Según edad, desde el año 2007, las tasas de incidencia más elevadas se observan en el grupo de 20 a 39 años. A partir del año 2011, en general, existe una tendencia al aumento de las tasas entre los 15 y 49 años de edad; pero se estabilizan desde el año 2012 (gráfico 3).

Gráfico 3: Tasas de incidencia de sífilis en todas sus formas, según grupos quinquenales de edad. Chile 2007-2014 (*)



Los menores de 14 años representan entre 1% y 3% de los casos.

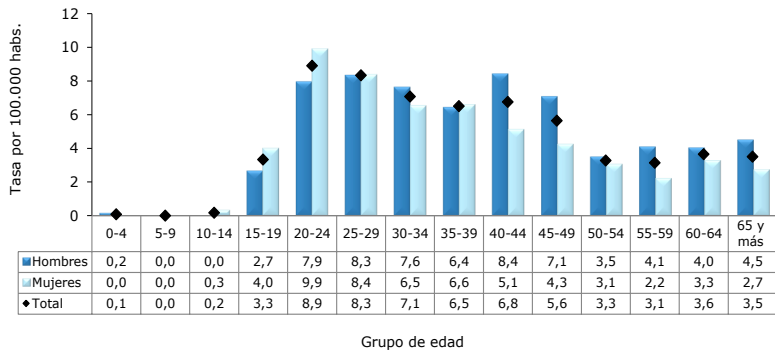
⁵ Metodología para la construcción de canales endémicos <http://www.sap.org.ar/staticfiles/organizacion/subcomisiones/epi/corredor.pdf>

(*) 2012-2014 datos provisorios
 Fuente: Base de datos ENO, DIPLAS - Ministerio de Salud de Chile

[Volver al Índice](#)

Con relación a la distribución por edad, el grupo en edad fértil (15 a 49 años), representa 79% del total de casos de sífilis, concentrándose el mayor riesgo entre los 20 a 49 años quienes presentan las mayores tasas nacionales.

Gráfico 4: Tasas específicas de sífilis en todas sus formas, según sexo y grupo de edad. Chile, 2015 (datos provisorios, semanas 1 a 13).



Los hombres, representan 53% del total de casos. En términos de tasas, a partir de los 30 años se observa un predominio del sexo masculino. Sin embargo, en el grupo de adolescentes (15 a 19 años) las mujeres superan en 34% la tasa de los hombres. Entre los 20 a 29 años los riesgos son similares en ambos sexos.

Con relación a la transmisión vertical, las gestantes con sífilis representan 17% (n=65) del total de casos notificados en mujeres y la sífilis congénita corresponde a 0,1% (n=1), en la región de Biobío.

Fuente: Dpto. de Epidemiología, DIPLAS - Ministerio de Salud de Chile

Análisis Regional

Según distribución geográfica, las mayores tasas de incidencia se concentran en los extremos norte y sur del país, lo que también ocurre en otras ITS. Hasta la SE 13 de 2015, la región de Magallanes superó en 2,6 veces la tasa nacional. Le siguen las regiones de Antofagasta, Tarapacá y O'Higgins. Por su parte, Araucanía y Aisén presentan los menores riesgos de sífilis del país.

Se destaca que hasta la SE 13, las regiones de Los Ríos y Maule superan 2,5 veces el número de casos esperados (figura 1 y tabla 1).

Figura 1

Tasas* incidencia de sífilis en todas sus formas por región de ocurrencia. Chile, SE 1 a 13, año 2015 (&).

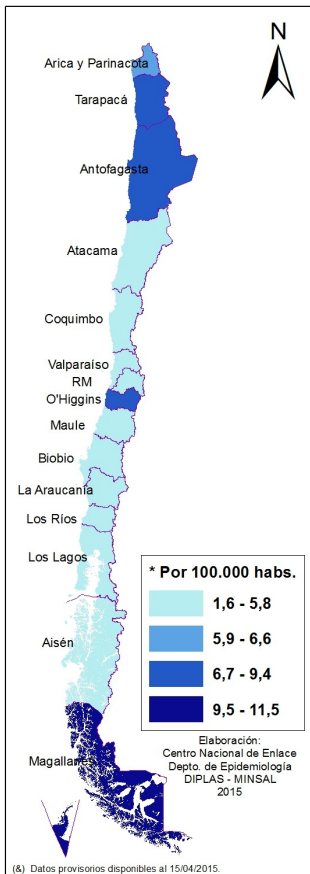


Tabla 1

Casos y tasas de incidencia de sífilis en todas sus formas, por región de ocurrencia. Chile, 2013-2014 (*)

Región	Año 2015 (*)		Mediana de casos acumulada. Años 2010-2014	Año 2014 (*)	
	Nº de casos acumulados a la SE 13	Tasa de incidencia (**) acumulada		Total casos anuales	Tasa de incidencia (**) anual
Arica y Parinacota	14	5,9	22	53	22,5
Tarapacá	24	7,1	41	188	57,2
Antofagasta	46	7,4	40	174	28,4
Atacama	12	3,8	23	75	24,3
Coquimbo	35	4,5	40	163	21,5
Valparaíso	98	5,4	177	724	40,0
Metropolitana	275	3,8	301	1747	24,2
O'Higgins	62	6,7	40	244	26,8
Maule	33	3,2	13	158	15,3
Biobío	114	5,4	79	437	20,8
Araucanía	16	1,6	13	68	6,9
Los Ríos	13	3,2	5	52	12,9
Los Lagos	38	4,5	42	213	25,5
Aisén	3	2,8	0	16	14,9
Magallanes	19	11,5	4	84	51,3
Total País	802	4,5	1032	4396	24,7

(*) Datos provisorios

(**) por cien mil hab.

Fuente: Base de datos ENO, DIPLAS - Ministerio de Salud de Chile.

[Volver al Índice](#)

Determinantes Sociales de la Salud (DSS)

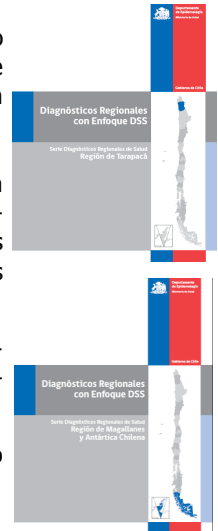
De acuerdo al análisis de los determinantes sociales de salud que se relacionan con aspectos conductuales y que se pueden considerar factores de riesgo para adquirir una infección de transmisión sexual (ITS), en la región de Magallanes que presentan las mayores tasas a nivel nacional, se destaca:

En general, en Magallanes en los últimos años el comercio ha tenido un gran desarrollo dado principalmente por la presencia de la Zona Franca. La capital de esta región son ciudades donde existe un permanente flujo de personas extranjeras por la geografía de la región que permite un intercambio continuo con naciones vecinas y por ser ciudad puerto.

La media de edad de iniciación sexual en la región de Magallanes (24,6 años) es superior a la presentada por el país (20,6 años). El promedio de edad de inicio de actividad sexual en los menores de 15 años en esta región (Magallanes 17,3) es inferior a lo presentado en el país (19,6), situación que aumentaría el riesgo de adquirir una ITS en relación al inicio sexual más precoz.

El uso consistente del condón, es una de las principales medidas de prevención de ITS, sin embargo, a nivel nacional el uso de este en los últimos 12 meses es muy bajo (24,0%), enfatizando que en la región de Magallanes (21,4%) su uso es aún menor que a nivel nacional.

En la región de Magallanes el 89,2% de las personas entre 15 y 19 años afirma haber tenido relaciones sexuales, siendo superiores que el porcentaje nacional (54,4%).⁶



⁶Dpto. 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

Están descritas en las siguientes normas:

- [Normas de Manejo y Tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual \(ITS\)](#)
- ["Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y Sífilis"](#)
- [Circular B51/54 del 23/05/2013. Vigilancia Epidemiológica de Sífilis y Gonorrea](#)

Comentarios y conclusiones

En Chile, la tasa de sífilis muestra una estabilización en los últimos 3 años, concentrándose el riesgo principalmente entre los 20 a 49 años, sin grandes diferencias por sexo en este grupo. Sin embargo, se destaca el mayor riesgo de mujeres adolescentes (15-19 años) sobre los hombres.

Si bien, los menores de 14 años concentran bajos porcentajes de casos notificados, se debe tener presente que la infección en menores pueden ser producto de abuso o violación sexual.

En relación a la transmisión vertical hasta la SE 13, las gestantes con sífilis representan el 17% del total de casos notificados en mujeres y la sífilis congénita corresponde a 0,1% del total de casos.

Según distribución territorial, las mayores tasas se presentaron en las regiones de Magallanes, Antofagasta y Tarapacá.

La prevención y detección oportuna de sífilis y de la infección del VIH con una mirada integral constituyen una herramienta de Salud Pública eficaz para reducir la transmisión materno-infantil. Dentro de la Estrategia Nacional de Salud para el período 2010-2020 la prevención de las ITS son 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, 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 biopsico-social y con un enfoque diferencial hacia determinados grupos sociales/comunitarios y enmarcado en un trabajo colaborativo que involucre a los distintos actores del Estado.

Chile, hasta el 2013 ha cumplido la meta propuesta por OPS/OMS, mostrando menos de 0,5 casos de sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos.

A pesar de los esfuerzos preventivos se observa que esta ITS ha presentado una tendencia al aumento y posterior estabilización en los últimos años, lo que genera un desafío en la propuesta de acciones efectivas y pertinentes de Salud Pública para asentar conductas de sexo seguro, lo que reduciría en general todas las ITS.

Nota: La información correspondiente a los años 2012 a 2014, podría ser modificada, debido al proceso de revisión y validación de las notificaciones. Por esta razón, la información aquí presentada podría ser diferente, respecto a la previamente informada.

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

Informe a cargo de: Mat. Karen Cáceres Burton karen.caceres@minsal.cl
Edición a cargo de: Mat. y MSP Mónica Chiu A. mchiu@minsal.cl

[Volver al Índice](#)