



PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y ALERTA DE SÍFILIS

Actualizado a abril 2016

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD	3
Introducción	3
Agente	3
Reservorio	3
Modo de transmisión	3
Periodo de incubación	4
Periodo de transmisibilidad	4
Susceptibilidad	4
VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD	4
Objetivos	4
Definición de caso	4
Clasificación de los casos	5
DEFINICION DE ALERTA	5
MODO DE VIGILANCIA	5
MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA	6
Organización de recursos	6
Medidas preventivas	6
Medidas de control ante un caso y sus contactos	6
BIBLIOGRAFÍA	7
ANEXO. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE SÍFILIS	9

Protocolo de Vigilancia y Alerta de SÍFILIS

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Introducción

La sífilis o lúes es una infección de transmisión sexual (ITS) producida por *Treponema pallidum*. La enfermedad evoluciona en varias fases:

- Sífilis primaria: Se caracteriza clínicamente por la presencia de una úlcera en el lugar de inoculación, denominada chancro sifilítico, junto con adenopatías regionales (transcurridas entre 2 y 3 semanas después de la exposición). La úlcera suele ser única, indurada e indolorosa con un exudado seroso en la base y localizada típicamente en la región anogenital. En ocasiones, el chancro no se observa al estar oculto en recto o cuello uterino. Después de cuatro a seis semanas, incluso sin tratamiento específico, el chancro comienza a remitir.
- Sífilis secundaria: Es consecuencia de la afectación multisistémica debida a la diseminación hematogena del treponema (se produce entre 3-6 semanas después de la aparición del chancro). El cuadro clínico se caracteriza por una erupción maculopapulosa simétrica, no pruriginosa, que afecta las palmas de las manos y las plantas de los pies (roseola sifilítica), condiloma plano, linfadenopatía generalizada y lesiones mucosas (enantema); con menos frecuencia, aparece alopecia difusa, uveítis, otitis, meningitis, afectación de pares craneales, hepatitis, esplenomegalia, periostitis y glomerulonefritis.
- Sífilis latente: Periodo caracterizado por **ausencia de síntomas o signos de enfermedad** y presencia de datos serológicos de la infección. Se distinguen dos estadios:
 - Sífilis latente precoz: existencia de un cuadro clínico compatible con sífilis primaria o secundaria dentro de los 12 meses precedentes a la consulta médica, y serología positiva de sífilis en el momento de la consulta; o bien, serología positiva para sífilis en el momento de la consulta y existencia de serología negativa previa dentro de los 12 meses precedentes; o bien serología positiva para sífilis en el momento de la consulta y antecedente de relación sexual con una pareja diagnosticada de sífilis primaria, secundaria o latente precoz en los 12 meses previos.
 - Sífilis latente tardía: toda sífilis latente que no puede clasificarse como precoz.
- Sífilis terciaria: Fase que aparece muchos años después del contagio (de 5 a 20 años). Se caracteriza por la existencia de lesiones en la aorta (sífilis cardiovascular), lesiones granulomatosas (gomas) en la piel, vísceras, huesos o superficies mucosas (sífilis cutáneo-mucosa y ósea) y afectación del sistema nervioso (sífilis meningovascular, paresia o tabes dorsal).

La sífilis, al igual que otras ITS ulceradas, facilita la adquisición del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Agente

Treponema pallidum subespecie *pallidum*

Reservorio

Es exclusivamente humano.

Modo de transmisión

El mecanismo de transmisión es de persona a persona mediante el contacto con exudados de las membranas mucosas de las personas infectadas durante una relación sexual (vaginal, anal u oral). También se puede transmitir por transfusión sanguínea y por transmisión vertical.

Periodo de incubación.

De 3 a 4 semanas (rango: entre 9 y 90 días)

Periodo de transmisibilidad.

La enfermedad es contagiosa en el estadio primario, secundario y latente precoz (el conjunto de estos tres estadios se denomina sífilis infecciosa).

Susceptibilidad

La infección genera inmunidad frente a *T. pallidum* de forma gradual. La infección concurrente por el VIH puede aminorar la respuesta normal del huésped contra *T. pallidum*. Se pueden producir reinfecciones.

VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

Objetivos

El objetivo general es conocer la distribución, presentación y evolución de la **sífilis infecciosa** (primaria, secundaria y latente precoz) en la población. Además los datos de vigilancia se usarán para: a) describir la distribución geográfica y temporal de los casos de sífilis y b) identificar cambios en su patrón de presentación en la población.

Definición de caso

Criterio clínico

Sífilis primaria

- Persona con uno o varios chancros (normalmente indoloros) en la zona genital, perineal, anal, o bien en boca o mucosa faríngea u otra localización extragenital.

Sífilis secundaria:

- Persona que presenta al menos una de las siguientes manifestaciones:
 - Exantema maculopapuloso difuso, que suele presentarse en palmas de las manos y plantas de los pies
 - Linfadenopatía generalizada
 - Condiloma plano
 - Enantema
 - Alopecia difusa

Sífilis latente precoz (menos de 1 año):

- Antecedentes clínicos compatibles con sífilis primaria o secundaria en los 12 meses previos

Criterio de laboratorio

Protocolo de Vigilancia y Alerta de SÍFILIS

Al menos uno de los cuatro siguientes:

- Confirmación de treponemas en exudados de una lesión genital o tejidos por microscopía de campo oscuro
- Confirmación de treponemas en exudados de una lesión genital o tejidos por tinción directa con anticuerpos fluorescentes (IDF)
- Confirmación de ácidos nucleicos de *Treponema pallidum* en exudados lesionales o tejidos mediante PCR
- Detección de anticuerpos frente a treponema (anticuerpos totales, por ejemplo mediante TPHA, TPPA, CIA o EIA), Y además detección adicional de
 - anticuerpos IgM anti-treponema (por ejemplo mediante IgM ELISA o inmunoblot o 19S-IgM-FTA-abs), o
 - anticuerpos cardiolopina no treponémicos (por ejemplo mediante RPR, VDRL)

Criterio epidemiológico

Sífilis primaria y secundaria:

Un contacto sexual con un caso confirmado

Sífilis latente precoz:

Un contacto sexual con un caso confirmado en los doce meses precedentes

Clasificación de los casos

Caso sospechoso: No procede

Caso probable: Persona que satisface los criterios clínicos y epidemiológicos

Caso confirmado: Persona que satisface los criterios de laboratorio de confirmación de los casos

DEFINICION DE ALERTA

Se define como brote la aparición de un número de casos confirmados por encima del valor esperado.

MODO DE VIGILANCIA

Según la Orden de 12 de noviembre de 2015, un caso de esta enfermedad se considera de declaración ordinaria.

Notificación de alerta por caso de brote o cluster.

La sospecha de alerta se debe investigar y comunicar de manera urgente a SVEA.

En días laborables, en horario de 8:00 a 15:00 horas si la detección de la sospecha de la alerta se produce en Atención primaria la notificación se efectuará a Epidemiología de Atención Primaria (EAP) del Distrito Sanitario o Área de Gestión Sanitaria, mediante teléfono. Si se produce en Atención Hospitalaria se realizará a Medicina Preventiva (MP), que contactará telefónicamente con EAP del Distrito Sanitario correspondiente. EAP o MP grabarán la ficha correspondiente en la aplicación

RedAlerta con los datos disponibles, e informarán vía telefónica a la Delegación Provincial, Sección de Epidemiología.

- Desde EAP se pondrán en contacto con el Centro de Salud correspondiente.
- La Sección de Epidemiología de la Delegación, tras comunicarlo al Jefe de Servicio, valorará la necesidad de comunicarlo a otra unidad de la Delegación, u otros organismos, según características y magnitud de la alerta.

Entre las 15.00 y las 8:00 horas del día siguiente, los fines de semana y festivos, la comunicación se realizará:

- A la EPES, utilizando el número de teléfono **902.220.061**.
- La EPES avisará a través del teléfono provincial de alerta a epidemiología, que grabará el caso en la aplicación redalerta y lo comunicará, si procede, al teléfono central de alertas.

El SESL notificará únicamente los casos confirmados al CNE, de forma individualizada enviando la información del conjunto de variables establecido con, al menos, una periodicidad mensual. La información se consolidará anualmente. En caso de alerta por brote, la unidad de SVEA correspondiente adjuntará en la ficha de *redalerta* el informe final del brote dentro de los 40 días desde la fecha de aparición de la alerta y en todo caso antes de los 60 días. Desde el SESL, se remitirá este informe al CNE en un máximo de tres meses tras finalizar su investigación. Si se sospecha interés supracomunitario, se informará de forma urgente.

La declaración de alerta por brote complementa pero no sustituye la declaración individualizada de cada caso.

MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

Organización de recursos

Toda declaración de alerta por brote implica una intervención inmediata.

Tras la sospecha de alerta, el EAP, Epidemiología de distrito o Epidemiología en el Equipo de Alerta Provincial deben iniciar la intervención, que se detallan en el punto posterior.

Desde la Delegación Provincial se garantizará la realización de la intervención por las unidades implicadas.

Medidas preventivas

Medidas generales de promoción de la salud y de educación sexual. Estrategias favorecedoras del sexo seguro: promoción del uso consistente del preservativo.

Medidas de control ante un caso y sus contactos

Control del caso

La principal medida en el control de los casos es el **diagnóstico y tratamiento precoz**, junto con educación sanitaria sobre los síntomas de esta enfermedad y su modo de transmisión. Se deben **descartar**

otras ITS, en particular el VIH. Valorar el estado vacunal de la hepatitis B y vacunar si el caso no está vacunado. Los casos deben **evitar las relaciones sexuales** hasta que ellos y sus parejas hayan completado el tratamiento y estén asintomáticos.

No es necesaria ninguna medida de aislamiento. Se recomienda la eliminación de los objetos contaminados por exudados de las lesiones.

- Tratamiento recomendado para la sífilis primaria, secundaria y latente precoz
 - Penicilina benzatina G, 2.4 millones de unidades intramuscular, dosis única
 - Si el paciente tiene alergia a la penicilina: Doxiciclina 100 mg, dos veces al día durante 14 días
- Tratamiento recomendado para la sífilis latente tardía o de duración incierta:
 - Penicilina benzatina G, 2.4 millones unidades intramusculares, tres dosis separadas entre sí 1 semana.
 - Si el paciente tiene alergia a la penicilina: Doxiciclina 100 mg, dos veces al día durante 28 días

Tras la indicación de tratamiento de la sífilis primaria, secundaria o latente precoz, se recomienda realizar **seguimiento de los casos** mediante test serológicos no treponémicos (VDRL/RPR), mensualmente durante los tres primeros meses y después a los 6 y 12 meses. Tras el tratamiento, la titulación de los test no treponémicos debe ir descendiendo en los seis meses siguientes; en pacientes coinfectados con el VIH el descenso es más lento. En la sífilis tardía, la respuesta serológica a los test no treponémicos está, con frecuencia, disminuida.

Control de los contactos

- **Búsqueda de los contactos sexuales** para su evaluación diagnóstica. La fase en que se encuentra la enfermedad delimita el periodo de búsqueda de contactos sexuales:
 - a) sífilis primaria: todos los contactos sexuales durante los tres meses antes del inicio de síntomas
 - b) sífilis secundaria: todos los contactos durante los seis meses anteriores al inicio de síntomas
 - c) sífilis latente precoz: todos los contactos durante los 12 meses anteriores

BIBLIOGRAFÍA

- Syphilis. En: Heymann DL (Editor). Control of Communicable Diseases Manual. 19 Edición. Washington: American Public Health Association, 2008, p591-596.
- French P, Gomberg M, Janier M, Schmidt B, van Voorst Vader P, Young H. IUSTI: 2008 European Guidelines on the Management of Syphilis. Int J STD AIDS 2009;20(5):300-9.
- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. MMWR Recomm Rep 2010;59(RR-12):26-39.

Protocolo de Vigilancia y Alerta de SÍFILIS

- Kingston M, French P, Goh B, Goold P, Higgins S, Sukthankar A, et al. UK National Guidelines on the Management of Syphilis 2008. Int J STD AIDS 2008;19(11):729-40.
- Hellin T, Rodríguez Pichardo A, Ribera E. Sífilis. In: Bouza E, coordinador. Enfermedades de transmisión sexual. Protocolos clínicos SEIMC; 2007. p. 11-18. Disponible en: <http://www.seimc.org/documentos/protocolos/clinicos/>
- Decisión de la Comisión de 28/04/2008 que modifica la Decisión 2002/253/CE por la que se establecen las definiciones de los casos para comunicar las enfermedades transmisibles a la red comunitaria, de conformidad con la Decisión nº 2119/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo.
- ORDEN de 12 de noviembre de 2015, por la que se modifica la Orden de 19 de diciembre de 1996, por la que se desarrolla el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en la Comunidad Autónoma de Andalucía y se establece la relación de enfermedades de declaración obligatoria.

ANEXO. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE SÍFILIS

DATOS PERSONALES Y DE LA DECLARACION

ID caso redalerta: ID brote redalerta:

Apellidos: Nombre:

Edad:años ó meses

Domicilio: Localidad:

TLF. : Sexo: V M

País de origen: Año de llegada a España:

Persona que realiza la encuesta: TLF:

DATOS SOBRE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso*: __ - __ - ____

Fecha de inicio de los primeros síntomas: __ - __ - ____

Lugar de exposición del caso**:

Municipio: _____ Provincia: _____ Comunidad Autónoma: _____ País: _____

Caso importado: No Sí No consta

Estadio de la sífilis infecciosa:

Primaria Secundaria Latente precoz Estadio de sífilis infecciosa desconocido

Localización del chancro sifilítico (sólo en caso de sífilis primaria):

Genital Anorrectal Faríngea Otra No consta

Complicaciones (Citar): _____

Ingreso en hospital: Sí No Desconocido

Evolución: Curación Secuelas Especificar: _____

Defunción: Sí No Fecha de defunción __ - __ - ____

Tipo de servicio clínico donde el paciente fue visto por primera vez:

Centro de atención primaria	<input type="checkbox"/>	Unidad/Consulta de ginecología	<input type="checkbox"/>
Centro/Consulta de planificación familiar	<input type="checkbox"/>	Unidad/Consulta de urología	<input type="checkbox"/>
Centro de ITS	<input type="checkbox"/>	Servicio Urgencias hospitalarias	<input type="checkbox"/>
Centro/Consulta de atención al embarazo	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
Unidad/Consulta de dermatología	<input type="checkbox"/>	Desconocido	<input type="checkbox"/>

*Como fecha de caso se considerara la fecha de diagnóstico

***Como lugar de exposición del caso se considerará por defecto el lugar de residencia

DATOS DE LABORATORIO

Agente causal: *Treponema pallidum*

Fecha de diagnóstico: ___ - ___ - ____ (primer resultado positivo de caso confirmado)

Fecha	Pruebas de cribado		Pruebas de confirmación		Otras	
	Prueba	Resultado	Prueba	Resultado	Prueba	Resultado
__ - __ - ____						
__ - __ - ____						
__ - __ - ____						
__ - __ - ____						
__ - __ - ____						

*Pruebas treponémicas: EIA, TPPA, TPHA, ELISA, EIA, Inmunoblot, FTA-abs, quimioluminiscencia.

*Pruebas no treponémicas: VDRL, RPR

	Positivo	Negativo	No realizado
Microscopía campo oscuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinción directa con anticuerpos fluorescentes (IFD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tipo de muestra: _____

DATOS EPIDEMIOLOGICOS

¿El caso es transexual (hombre->mujer ó mujer->hombre)?: SI NO Desconocido

Mecanismo de transmisión (marcar el que proceda)

- Relaciones homosexuales/bisexuales entre hombres
- Relaciones heterosexuales
- Otras
- No consta

Relaciones sexuales de riesgo (marcar todas las que procedan):

- Ejercicio de la prostitución (en últimos 12 meses) SI NO Desconocido
- Usuario de prostitución (en últimos 12 meses)
- Usó preservativo en la última relación sexual (referida a últimos 12 meses)

Número parejas sexuales en los últimos 12 meses _____
(no incluir parejas comerciales de personas que ejercen la prostitución)

Antecedentes personales

¿El paciente presenta otras ITS concurrentes? SI NO Desconocido

En caso afirmativo, indicar cuál:

- Sífilis
- Gonococia
- Condiloma acuminado
- Herpes genital
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Hepatitis C
- Molluscum contagiosum
- Pediculosis
- Escabiosis
- Otras (especificar): _____

Protocolo de Vigilancia y Alerta de SÍFILIS

Situación frente al VIH: Positivo Negativo No realizado Desconocido

ESTUDIO DE CONTACTOS	SI	NO	Desconocido
¿Se ha realizado estudio de contactos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se ha de localizado algún caso nuevo en el estudio de contactos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se ha realizado tratamiento de los contactos infectados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Clasificación del caso: Probable Confirmado

Asociado a brote Sí No Identificador del brote: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL O COMENTARIOS