

INFORME. SISTEMATIZACIÓN DE AUDITORÍAS de SÍFILIS. 2016

Áreas programáticas: ITS-VIH/SIDA, Salud Sexual y Reproductiva. DIGESA. Ministerio de Salud Pública.

La sífilis, es una infección adquirida por transmisión sexual evitable, diagnosticable y curable. Para el feto, el riesgo de infección durante el embarazo es alto y depende del momento en que la madre adquiere la infección. La penicilina es el antibiótico de probada eficacia para curar a la mujer embarazada, evitar la transmisión vertical y tratar al feto en el caso que se haya infectado.

De acuerdo a las guías nacionales del Ministerio de Salud Pública (MSP), los estudios serológicos para detección de sífilis y VIH en la mujer embarazada deben solicitarse en los tres trimestres del embarazo. Las pruebas rápidas son una herramienta fundamental que deben ser utilizadas en situaciones bien definidas, que en el embarazo son:

- Mujeres embarazadas no controlados o mal controlados
- Mujeres con diagnóstico de embarazo a edad gestacional ≥ 14 semanas
- Mujeres que inician el control de su embarazo en el primer nivel de atención
- Pareja de mujer embarazada

El tratamiento inmediato de la mujer y de su pareja son intervenciones prioritarias para tratar la infección y minimizar el riesgo de transmisión al feto.

La eliminación de la transmisión vertical (TV) de VIH ($< 2\%$) y de SC ($< 0.5/1000$ nacimientos) constituyen objetivos sanitarios nacionales para el período 2015-2020, dando continuidad a los esfuerzos que se vienen realizando para alcanzar esta meta. En el plan se definen acciones claves en áreas de intervención específicas:

- **Área de intervención 47. Acceso y la calidad del control del embarazo**
- **Área de intervención 48. ITS en la mujer, especialmente sífilis y VIH, durante el embarazo y la lactancia**
- **Área de intervención 49. Diagnóstico oportuno de sífilis y/o VIH durante el embarazo**
- **Área de intervención 50. Tratamiento de sífilis y/o VIH durante el embarazo**
- **Área de intervención 52. Pauta de diagnóstico y tratamiento establecida por MSP para prevenir la transmisión vertical de VIH y sífilis connatal**

AUDITORÍAS

Las auditorías de sífilis y VIH comenzaron a implementarse en los prestadores de salud en todo el territorio nacional a partir del año 2013.

El objetivo general es monitorizar la aplicación de la Ordenanza Ministerial N° 447 del 14 de agosto del 2012 y 367 del 4 de junio 2013.

Los objetivos específicos en sífilis son:

- Disponer de información certera respecto a la prevalencia de sífilis gestacional (SG) y tasa de incidencia de SC
- Evaluar la aplicación de las pautas de atención de mujeres embarazadas con sífilis
- Identificar los factores asociados a sífilis congénita.
- Contribuir al proceso de mejora de la calidad asistencial.

Para ello el formulario de auditoría debe completarse:

- **Desde el momento de la identificación de una prueba reactiva de sífilis en la mujer embarazada** (treponémica o no treponémica incluida prueba rápida), o,
- **Inmediatamente posterior al parto** de una mujer que cumple los criterios anteriores o de un recién nacido con prueba no treponémica reactiva en el cordón

La auditoría debe constituir un insumo para el proceso de análisis en el equipo de salud con el objetivo de mejorar las prácticas de atención.

METODOLOGÍA.

Las auditorías se realizan mediante el llenado de formularios diseñados por el Área Programática o se completaran online. Se relevan datos socio-demográficos, gestas previas, información de la gesta actual (edad gestacional de 1er control, número de controles), información referida a las pruebas de sífilis (edad gestacional de realización, de la primera reactiva, resultados expresados en títulos, resultados de seguimiento, tipo de pruebas), información de tratamiento, datos de la pareja, del parto y del recién nacido. En el análisis del año 2016, se complementó la información desde la hoja SIP de etnia, nivel educativo, uso de drogas y alcohol, violencia, pareja estable.

El responsable de la auditoría es la Dirección técnica Institucional responsable de la asistencia del parto/cesárea o aborto. El formulario se debe completar con los datos que figuran en la historia clínica y en el SIP. La Institución donde se asistió la finalización del embarazo es la responsable de enviar al MSP el formulario de auditoría completo con una copia de historia SIP en un plazo no mayor a los 45 días de producido el parto o aborto. **En caso que el control del embarazo no se haya efectuado en la misma institución que se asistió la finalización del mismo, el responsable de enviar el formulario debe solicitar los datos requeridos del embarazo a la institución que efectuó el control y esta última tiene que participar activamente en el llenado del formulario y debe realizar el análisis del proceso asistencial.**

Las auditorías son enviadas al Área Programática ITS-VIH/Sida o al Área de Salud Sexual y Reproductiva del MSP.

Se debe completar el formulario de auditoría de sífilis en: todas las mujeres con prueba reactiva de sífilis (no treponémica o treponémica incluida prueba rápida) en el embarazo, parto o en el puerperio y todo caso de prueba no treponémica reactiva de sífilis en sangre del cordón del RN.

DEFINICIONES.

A fines del análisis de la auditoría que se realiza en el MSP, se toman las siguientes definiciones:

Sífilis gestacional:

- prueba no treponémica reactiva más prueba treponémica positiva en una mujer sin el antecedente de tratamiento de sífilis previa.
- prueba no treponémica reactiva con un valor $\geq 8\text{UI}$ si no se cuenta con prueba treponémica
- prueba rápida (prueba treponémica) reactiva en mujer sin antecedentes de sífilis previa o con dato desconocido de sífilis previa.

Falso positivo:

- prueba no treponémica reactiva con prueba treponémica negativa.

Sífilis previa o recuerdo inmunológico:

- prueba no treponémica reactiva con un valor $< 8\text{UI}$ con tratamiento previo, sin documentarse un aumento posterior

Ante cualquier prueba reactiva de sífilis la mujer debe recibir el tratamiento con Penicilina benzatínica según pauta, independientemente que se prosiga con el algoritmo de confirmación.

La pareja debe ser tratada por su prestador de salud o el de la mujer.

Sífilis congénita:

Se adopta la definición de caso de OPS/OMS:

- RN, óbito fetal o aborto espontáneo de una mujer con sífilis que no ha recibido tratamiento adecuado.¹
- RN con títulos de anticuerpos no treponémicos 4 veces mayor en sangre periférica a los títulos maternos.
- Niño con manifestaciones clínicas de SC independientemente del título de anticuerpos en sangre periférica
- Producto de la gestación con evidencia histológica de infección por *Treponema pallidum*.

¹ Se define como tratamiento adecuado al menos 1 dosis de penicilina benzatínica en un tiempo ≥ 4 semanas del parto sin evidencia de reinfección.

RESULTADOS DE AUDITORÍA DE SÍFILIS 2016

En el año 2016 hubo 824 registros de prueba reactiva de sífilis en embarazo, parto, puerperio o sangre del cordón. Se obtuvo respuesta a 818, de las que 144 fueron errores de registro. De esta manera 674 fueron consideradas como verdaderas pruebas reactivas de sífilis y de ellas se obtuvo 656 auditorías. La cobertura de la auditoría alcanzó entonces el 97.3% (656/674). En 7 los datos fueron recabados del SIP y se completó la información solicitándola directamente a servicios y/o laboratorio y/o Vigilancia Epidemiológica, llegando así a completar 667 casos con datos para el análisis (99%).

Correspondieron a sífilis gestacional activa 329 registros, lo que nos da una prevalencia de sífilis gestacional de 0.7% (329/47.058). Las restantes mayoritariamente correspondieron a mujeres que tenían el antecedente de sífilis tratada (288), mientras que en las 51 restantes hubo falsos positivos y otras que no pudieron clasificarse por los datos aportados. En todas se obtuvo información del recién nacido que permitió excluir el diagnóstico de sífilis congénita.

SÍFILIS GESTACIONAL

En la siguiente tabla se muestra la evolución de la prevalencia de SG entre el año 2014 y 2016, descendiendo en el último año, predominando en el subsector público.

Tabla 1. Prevalencia de sífilis gestacional 2014-2016

	PUBLICICO, n (%)	PRIVADO, n (%)	Total
2014 ⁽¹⁾	1.5% (296/19333)	0.4% (120/28755)	0.9% (416/48368)
2015 ⁽²⁾	1.6% (320/19517)	0.4% (119/29225)	0.9% (439/48926)
2016	1.4% (265/18783)	0.23 (64/28275)	0.7% (329/47058)

No identificado el subsector: ⁽¹⁾ 277 en 2014; ⁽²⁾ 184 en 2015

Los gráficos muestran proporción de SG nacional, en Montevideo e interior según subsector en el 2016.

Gráfico 1. Prevalencia de sífilis gestacional público/privado, Nacional, Montevideo/interior (%), 2016

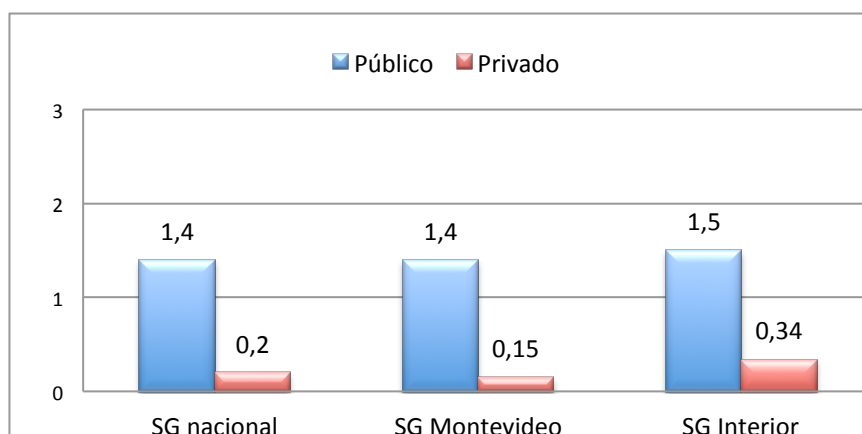


Gráfico 2. Evolución de SG en subsector público (total, Montevideo, Interior). 2014-2016

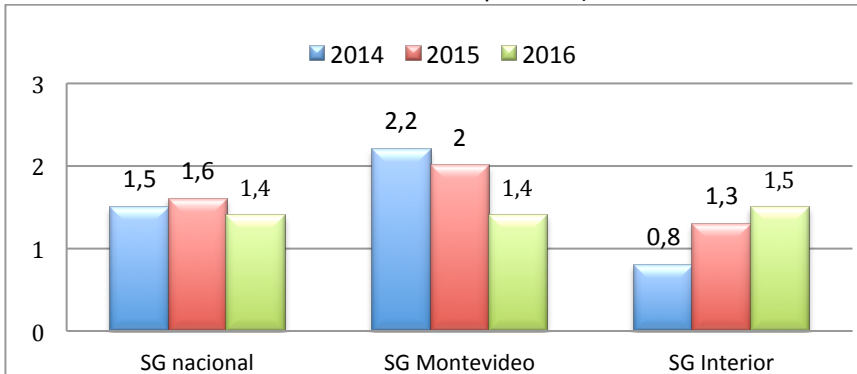


Gráfico 3. Evolución de SG en subsector privado (total, Montevideo, Interior). 2014-2016

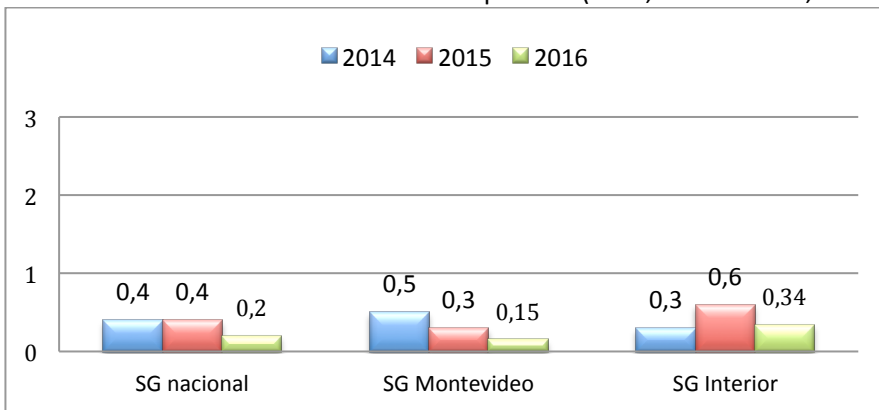
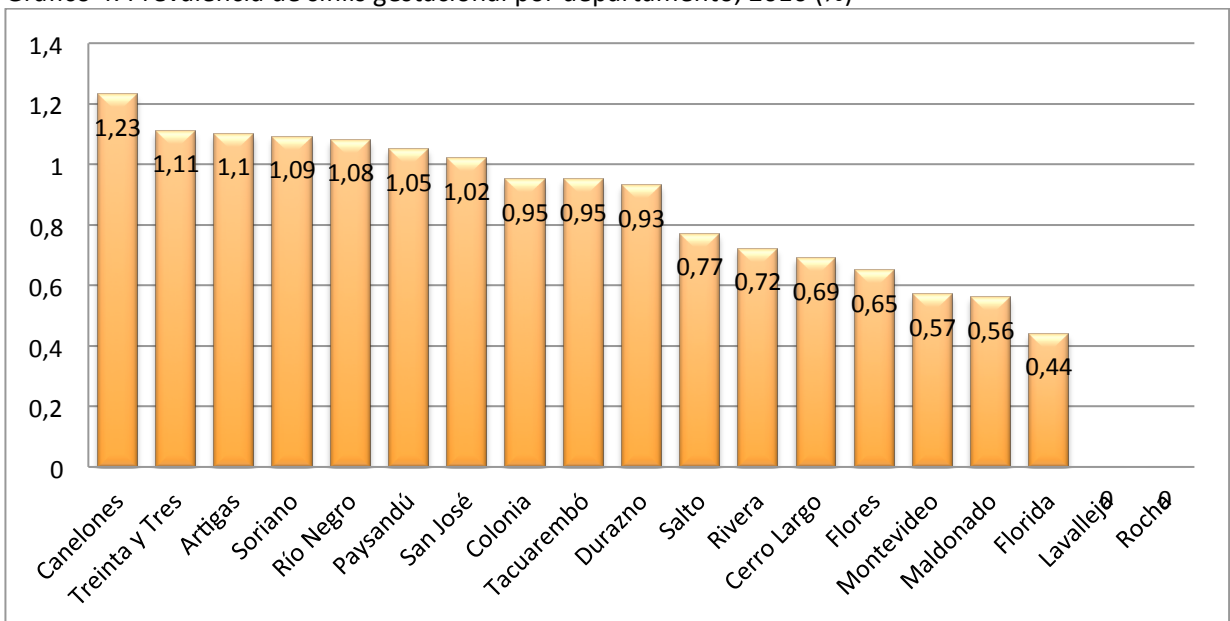
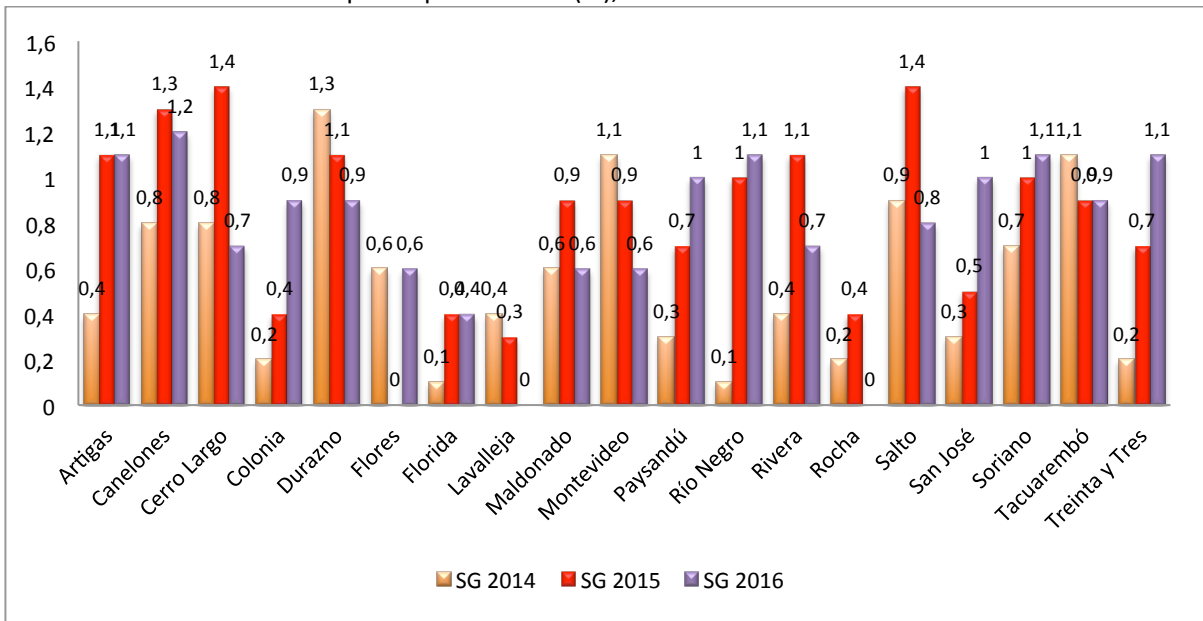


Gráfico 4. Prevalencia de sífilis gestacional por departamento, 2016 (%)



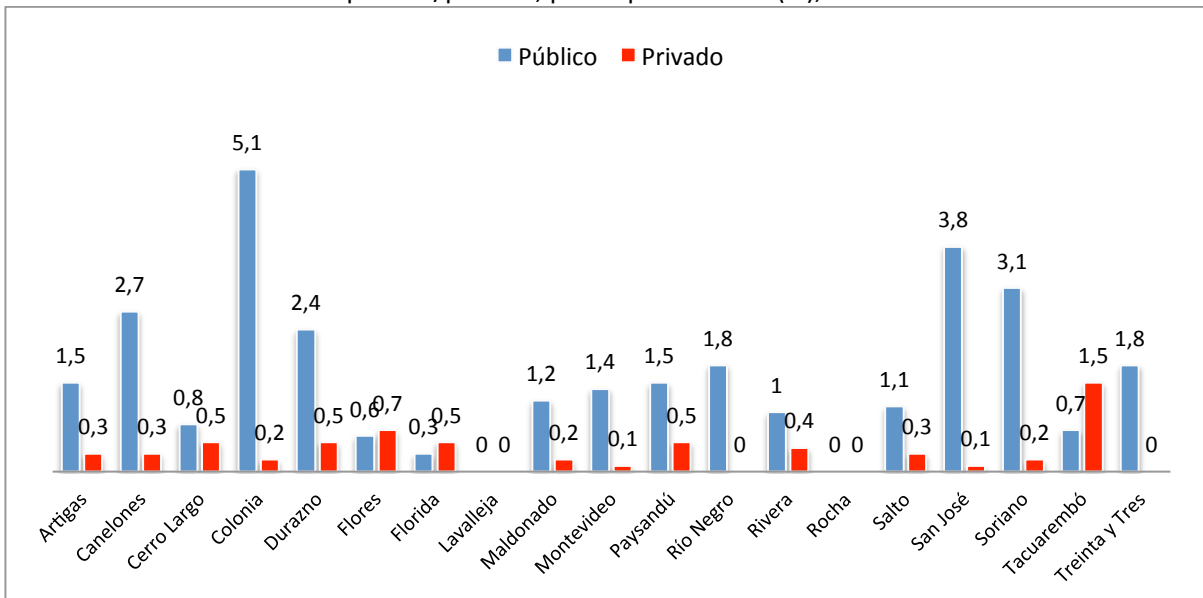
En el siguiente gráfico se muestra la evolución de la SG por departamento del 2014 al 2016.

Gráfico 5. Prevalencia de SG por departamento (%), 2014-2016



A continuación SG según distribución subsector público-privado por departamento en el 2016. Se observa mayor prevalencia de SG en 2016 en el subsector privado en: Flores, Florida, Tacuarembó.

Gráfico 6. Prevalencia de SG público/privado, por departamento (%), 2016



SÍFILIS CONGÉNITA

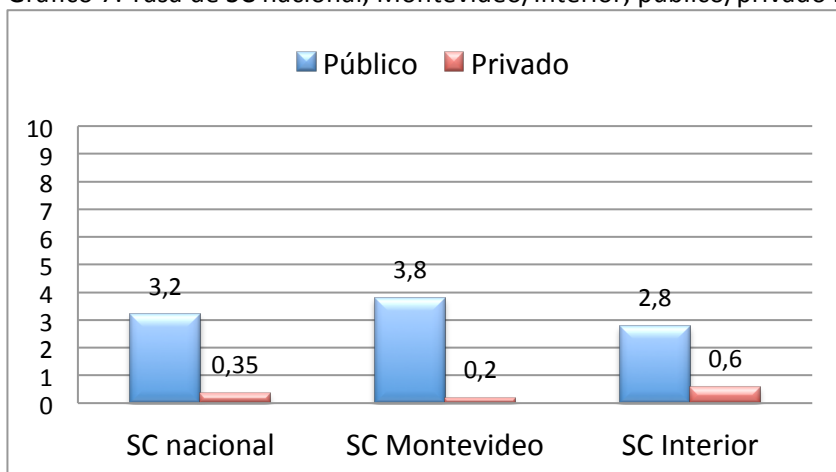
Hubo 71 casos clasificados como SC, incidencia 1.5/1000 nacimientos. La incidencia de SC en el 2016 volvió a descender a nivel nacional en el año 2016. Mientras en el subsector privado se alcanza la meta (< 0.5/1000 nacimientos), en el subsector público se confirma un nuevo descenso.

Tabla 2. Tasa nacional de SC y subsector público/privado, 2014-2016

	PUBLICO. N (%)	PRIVADO. N (%)	Total
2014	5.1/1000 (98/19336)	0.3/1000 (9/28755)	2.2/1000 (107/48368)
2015	3.6/1000 (71/19517)	0.6/1000 (17/29225)	1.8/1000 (88/48926)
2016	3.2/1000 (61/18783)	0.3/1000 (10/28275)	1.5/1000 (71/47058)

En el gráfico 7 se observa mayor incidencia de SC en Montevideo respecto al interior del país en el subsector público y una relación inversa en el privado, predominando en el subsector privado en el interior del país. En el subsector privado en Montevideo la tasa de incidencia de SC permanece en el valor de la meta de eliminación, mientras que en el interior la supera.

Gráfico 7. Tasa de SC nacional, Montevideo/Interior, público/privado 2016



En el gráfico 8 se muestra la evolución de la SC en el subsector público. Se observa una reducción en la tasa nacional a expensas de una notoria disminución en Montevideo. Contrariamente se constata un aumento en el interior del país.

Gráfico 8. Evolución de SC en subsector público (total, Montevideo, Interior). 2014-2016

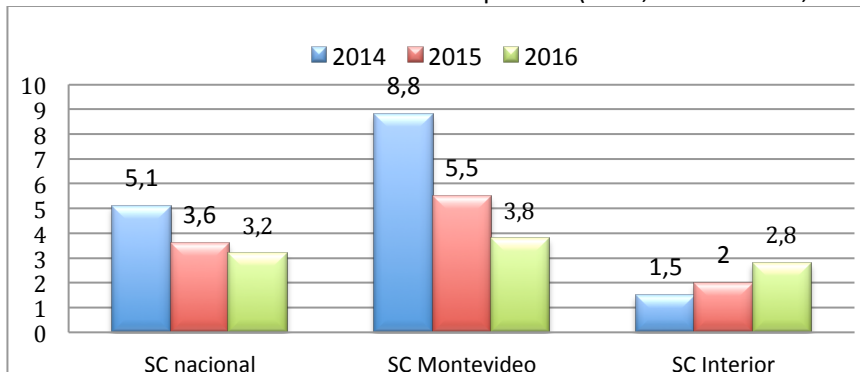
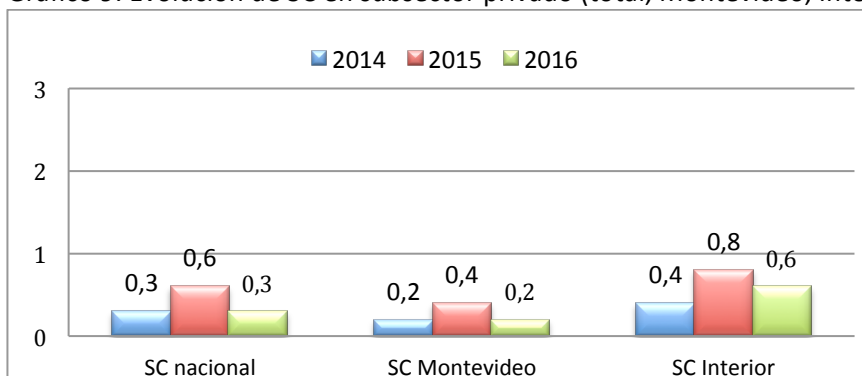
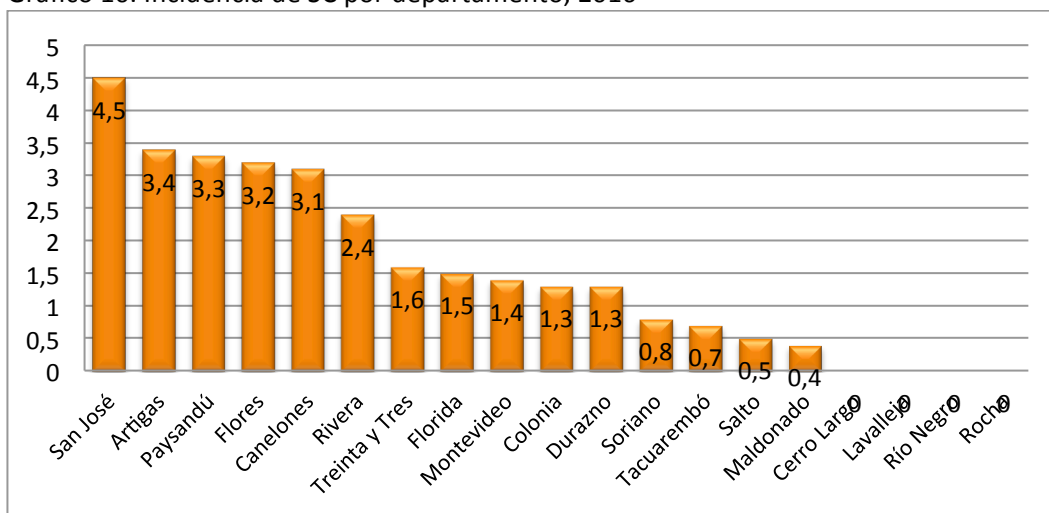


Gráfico 9. Evolución de SC en subsector privado (total, Montevideo, Interior). 2014-2016



En el gráfico 10 se muestra incidencia de SC por departamento en el año 2016. Algunos departamentos alcanzan la meta de eliminación: Salto, Cerro Largo, Lavalleja, Maldonado, Río Negro, Rocha. Mientras que otros muestran tasas notoriamente elevadas ($\geq 2/1000$): San José, Paysandú, Flores, Canelones, Artigas, Rivera.

Gráfico 10. Incidencia de SC por departamento, 2016

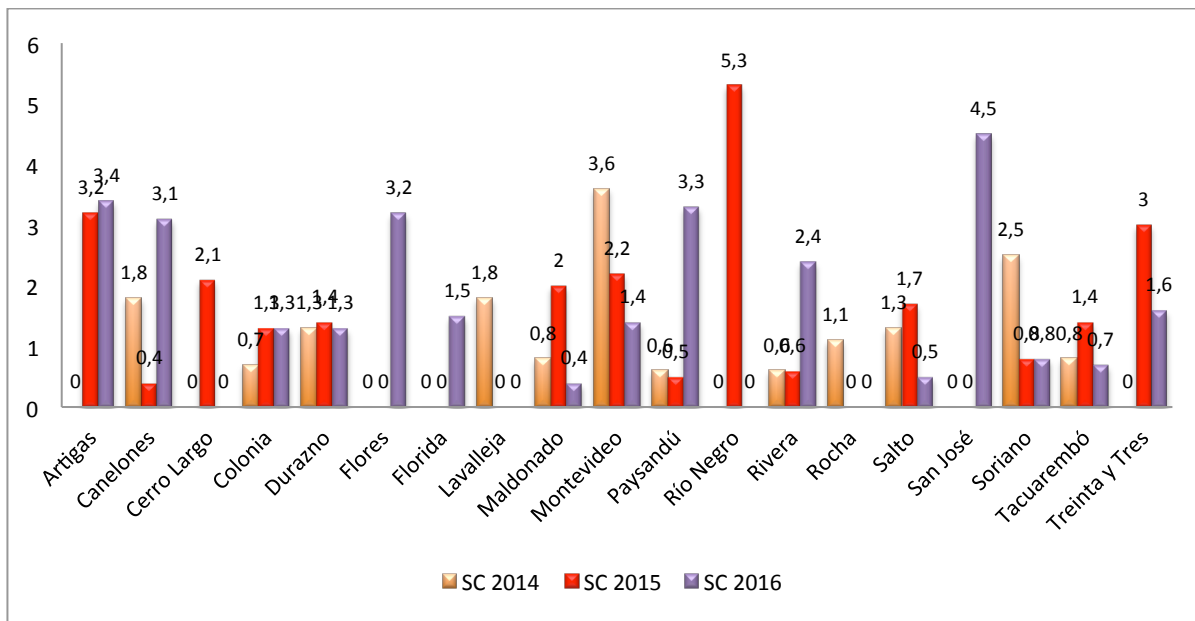


En el gráfico 11 se muestra la evolución de la tasa de SC por departamento en el período 2014-2016. Las tasas son altamente variables influenciadas por el denominador que desagregado por departamento es pequeño. Sin embargo se puede destacar como aspectos relevantes:

- departamentos que han permanecido al menos 2 años con cifras mayores a la meta: Artigas, Canelones, Colonia, Durazno, Maldonado, Montevideo, Paysandú, Rivera, Salto, Soriano, Tacuarembó, Treinta y Tres.
- Departamentos que tuvieron al menos en un año una tasa mayor a 3/1000: Artigas, Canelones, Flores, Montevideo, Paysandú, Río Negro, San José y Treinta y Tres.
- Flores, Florida y San José que tenían tasa cero en los años previo, tuvieron casos de SC en el 2016.
- Lavalleja y Rocha mantienen tasa cero en los 2 últimos años.

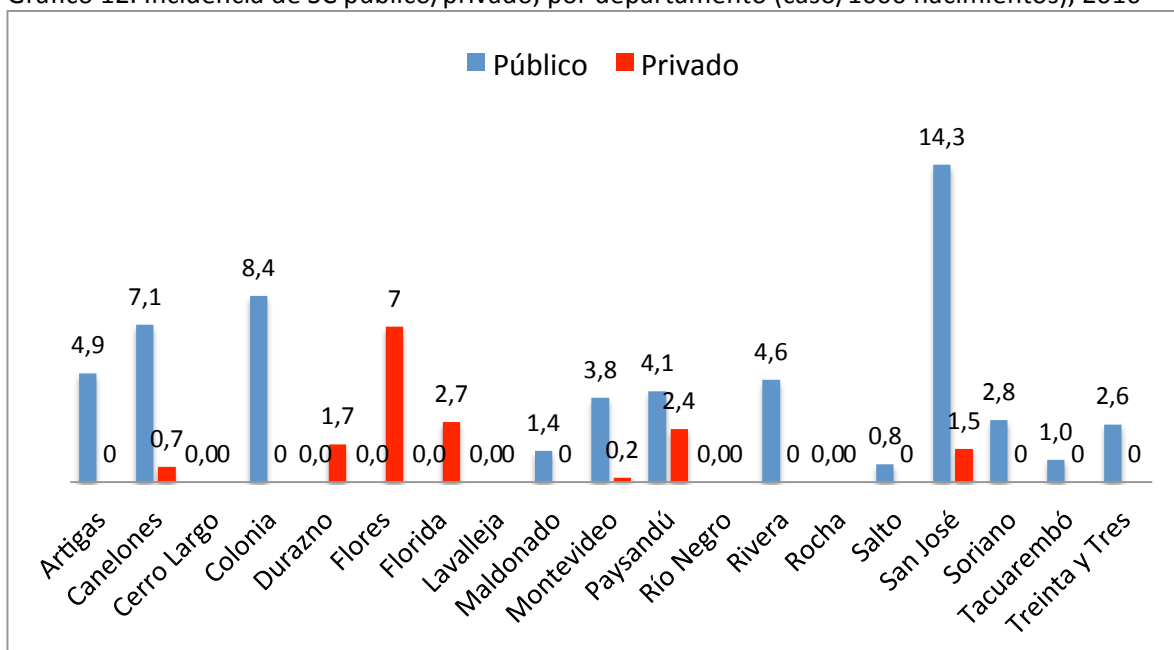
- Montevideo, departamento que aporta el mayor número de casos, muestra una reducción significativa y sostenida en los últimos años.

Gráfico 11. Incidencia de SC por departamento (casos/1000 nacimientos), 2014-2016



En el gráfico 12 se compara incidencia de SC por departamento según subsector responsable del control del embarazo. En la mayoría los casos de SC predominan en el público, sin embargo en Flores, Florida y Durazno, el predominio es en el subsector privado sin casos constatados en el público.

Gráfico 12. Incidencia de SC público/privado, por departamento (caso/1000 nacimientos), 2016



Los números absolutos pequeños, inciden en las tasas elevadas, por lo que en la siguiente tabla 3 se muestran los casos en números absolutos y el número de nacimientos por departamento. También es útil comparar la prevalencia de sífilis gestacional y la relación entre esta última y la incidencia de SC. Se puede verificar que los departamentos con mayor proporción de SG no necesariamente se corresponden con los que tienen mayor tasa de SC. Por lo que revisar los procesos e identificar las brechas asistenciales debe proporcionar elementos para implementar medidas correctoras.

Tabla 3. Comparación de SG y tasa de SC por departamento (2016).

	Nacimientos (n)	SG (n)	SG (%)	SC (n)	SC (x1000 nacimientos)
Artigas	1.174	13	1,1	4	3,4
Canelones	2.273	28	1,23	7	3,1
Cerro Largo	1.301	9	0,69	0	0
Colonia	1.481	14	0,95	2	1,3
Durazno	751	7	0,93	1	1,3
Flores	308	2	0,65	1	3,2
Florida	680	3	0,44	1	1,5
Lavalleja	579	0	0	0	0
Maldonado	2.334	13	0,56	1	0,4
Montevideo	24.753	142	0,57	36	1,4
Paysandú	1.802	19	1,05	6	3,3
Río Negro	737	8	1,08	0	0
Rivera	1.678	12	0,72	4	2,4
Rocha	933	0	0	0	0
Salto	2.196	17	0,77	1	0,5
San José	881	9	1,02	4	4,5
Soriano	1.197	13	1,09	1	0,8
Tacuarembó	1.368	13	0,95	1	0,7
Treinta y Tres	632	7	1,11	1	1,6
TOTAL	47058	329	0.70	71	1.5

En la siguiente tabla se muestran las variables asociadas a SC en los años 2014, 2015 y 2016. Permanecen significativamente asociadas: captación tardía de la gestación, menos de 5 controles en embarazo, diagnóstico tardío o diagnóstico de SG en trabajo de parto o puerperio, menor tasa de tratamiento correcto de la SG, no tratamiento de la pareja.

Tabla 4. Variables asociadas a SC, 2014 - 2016.

VARIABLES	2014 ⁽¹⁾			2015 ⁽²⁾			2016		
	SC: 107	NO SC : 300	Valor de p	SC: 88	NO SC: 339	Valor de p	SC: 71	NO SC: 258	Valor de p
Menos de 5 controles	57 (54.3%) (2 SD)	21 (7.1%) (4 SD)	< .0000	50 (56.8%)	35 (10.4%) 3 SD	< .0000	32 (45.1%)	29 (11.2%)	< .0000
Diagnóstico del embarazo (EG en semanas)	14 ± 7	12 ± 6	0.04	13 ± 8	12 ± 6	0.34	11 ± 9	12 ± 7	DNS
Diagnóstico del embarazo > 14 sem	50 (59.5%) 23 SD	72 (28%) 40 SD	< .0000	33 (52.4%) 25 SD	84 (26.2%) 18 SD	0.0001	22 (40.7%) 17 SD	62 (25%) 10 SD	0.02
EG media a la 1ª prueba de sífilis	-----	-----	-----	21 ± 10	15 ± 7	< .0001	15 ± 12	14 ± 8	0.31
EG > 14 sem a la 1ª prueba de sífilis	30/43 (70%)	116/295 (39.3%)	< .0000	42/53 (79%)	134/334 (40%)	< .0000	31/45 (69%)	112/256 (44%)	0.0004
EG media al diagnóstico de sífilis	24 ± 11	17 ± 8	< .0001	28 ± 9	17 ± 8	< .0001	21 ± 15	16 ± 10	0.001
Diagnóstico de sífilis en el parto o puerperio	64 (59.8%)	5 (1.7)	< .0000	35 (39.8%)	5 (1.5%)	< .0000	26 (36.6%)	2 (0.8%)	< .0000
Tratamiento correcto (%)	3 (3%) 7 sin datos	260 (96.7%) 31 sin datos	< .0000	8 (9.1%)	335 (99.1%) 1 S/D	< .0000	18 (26.9%) 4 SD	236 (95.2%) 10 SD	< .0000
Tratamiento pareja (%) excluyendo sin datos	29 (58%) 57 SD	115 (67.6%) 130 SD	0.16	13 (25.5%) 37 SD	144 (64.3%) 115 S/D	< .0000	17 (41.5%) 30 SD	99 (65.6%) 107 SD	0.0006

⁽¹⁾ 9 Sin datos ⁽²⁾ 12 sin datos

Un dato de especial interés es la utilización de pruebas rápidas (PR) para diagnóstico de sífilis, que ha mostrado una mejora respecto al 2015.

Tabla 5. Utilización de pruebas rápidas, 2015 y 2016

		2015	2016
Número de PR		20	66 ⁽¹⁾
Controladas en el PNA		2/163 (1.2%)	19/202 (9.4%)
Controladas en PNA	Público	2/135 (1.5%)	14/185 (7.6%)
	Privado	0/28	5/17 (29.4%)
Captadas EG > 14 semanas		16/117 (14%)	21/90 (23.3%)
Captadas EG > 14 semanas	Público	11/94 (11.8%)	20/68 (29.5%)
	Privado	1/23 (4.3%)	1/22 (4.5%)

⁽¹⁾ 2016: 7 en trabajo de parto.

La falta de cumplimiento de las recomendaciones nacionales es notoria, lo que mayoritariamente responde a falta de insumos y en algunos casos a desconocimiento de las indicaciones de uso por el personal de salud. De todas maneras puede apreciarse una mayor utilización de pruebas rápidas en el año 2016 respecto al 2015.

En la tabla 5, se muestran las variables que pueden asociarse a vulnerabilidad socio-cultural y su asociación con SC. Entre mujeres con sífilis en el embarazo que tuvieron un hijo con SC respecto a aquellas que no, se observó menor proporción de mujeres con estudios secundarios, menor proporción de embarazo planificado, mayor proporción con sífilis previa e hijos previos con SC.

Tabla 5. Variables de vulnerabilidad socio-cultural asociadas a SC, 2016

VARIABLES		2016		
		SC: 71	NO SC : 258	Valor de p
Subsector público/privado	Público (265)	61 (23%)	204 (77)	0.18
	Privado (64)	10 (15.6%)	54 (84.4)	
Edad < 19 años		8 (11,3%)	32 (12.5%) SD = 3	0.79
Etnia: minoría (39)⁽¹⁾/blanca (270) (SD = 20)		11/65 (17%) SD: 6	28/244 (11.5%) SD:18	0.27
Máximo nivel educativo (SD = 32)	Analfabeta (2)	0	1 (0.4%)	----
	Prim. incompleta (30)	3 (4.9%)	16 (6.8%)	0.57
	Prim. completa (119)	27 (44.3%)	68 (28.8%)	0.023
	Sec. incompleta (177)	28 (45.9%)	130 (63.6%)	0.012
	Sec. completa (17)	1 (1.6%)	19 (8%)	0.03
	Universitaria (9)	2 (3.3%)	2 (0.8%)	0.21
	Total (354)	61	236	
Unión estable (SD = 29)		35/62 (56.4%) SD: 9	147/238 (61.8%) SD: 20	0.44
Embarazo planificado (SD = 31)		14/62 (22.6%) SD: 9	87/236 (36.9%) SD: 22	0.03
Drogas (SD = 50)		11/56 (19.6%) SD: 15	25/223 (11.2%) SD: 35	0.1
Alcohol (SD = 51)		5/55 (9.1%) SD: 16	13/223 (5.8%) SD: 35	0.37
Violencia (SD = 54)		5/54 (9.3%) SD: 17	9/221 (4.1%) SD: 37	0.14
Sífilis previa (SD = 37)		14/59 (23.7%) SD: 12	25/233 (10.7%) SD: 25	0.015
Hijos con SC (SD = 14)		5/9 (55.6%) SD: 5	4/16 (25%) SD: 9	< 0.000

⁽¹⁾ Minoría: mestiza, afro, indígena, otra

Finalmente analizamos aquellas variables que sugieren vulnerabilidad y comparamos la población de mujeres con SG (329) y la totalidad de mujeres embarazadas con registro SIP (46071) del 2016. Se verifica como variables asociadas a SG: menor nivel educativo, haber cursado un embarazo no planificado, uso de drogas y tener menos de 5 controles. Encontramos una mayor proporción de ausencia de datos en la variable nivel educativo entre mujeres con SG, en contraste al año 2015 donde el registro era deficitario en todas las variables. Esto indica una mejora en la calidad del registro.

Tabla 6. Variables de vulnerabilidad socio-cultural asociadas a SG, 2016.

Variable		Mujeres con SG, n, % (329)	Mujeres embarazadas, n, % (46071) ⁽¹⁾	Valor de p
Edad	SD	3 (0.9)	82 (0.2)	0.5
	< 19 años	40 (12.3)	7313 (15.9)	0.46
	≥ 19	286 (87.7)	38676 (84.1)	
	Total con dato	326	45989	
Etnia	SD	20 (6.1)	710 (1.5)	0.09
	Blanca	270 (87.4)	42693 (94.4)	0.08
	Mestiza	32 (10.3)	1982 (4.4)	0.11
	Afro	7 (2.3)	423 (0.9)	0.43
	Indígena	0	142 (0.3)	---
	Total con dato	309	45240	
Etnia	Minoría	39 (12.8)	2547 (5.6)	0.08
Nivel Educativo	SD	32 (9.7)	978 (2.1)	0.022
	Analfabeta	1 (0.3)	74 (0.2)	0.88
	Primaria	114 (38.4)	8028 (17.8)	0.0012
	Secundaria	178 (60)	27675 (61.4)	0.84
	Universitaria	4 (1.3)	9316 (20.7)	< .0000
	Total con dato	297	45093	
Unión estable	SD	31 (8.8)	1442 (3.1)	0.088
	SI	182 (60.7)	27218 (61)	0.96
	NO	118 (39.3)	17411 (39)	
	Total con dato	300	44629	
Embarazo planificado	SD	31 (9.4)	1697 (3.7)	0.10
	SI	101 (33.9)	26624 (60)	0.0002
	NO	197 (66.1)	17750 (40)	
	Total con dato	298	44374	
Drogas	SD	50 (15.2)	8419 (18.3)	0.56
	SI	36 (12.9)	1198 (3.2)	0.011
	NO	243 (87.1)	36454 (96.8)	
	Total con datos	279	37652	
Alcohol	SD	51 (15.5)	8391 (18.2)	0.61
	SI	18 (6.5)	683 (1.8)	0.06
	NO	260 (93.5)	36997 (98.2)	
	Total con datos	278	37680	
Violencia	SD	54 (16.4)	8661 (18.8)	0.65
	SI	14 (5.1)	478 (1.3)	0.13
	NO	261 (94.9)	37410 (98.7)	
	Total con datos	275	37888	
Número de controles	SD	----	460 (1.0)	----
	0	15 (4)	508 (1.1)	0.19
	1-4	46 (14)	2204 (4.8)	0.026
	≥ 5	269 (82)	42900 (94.1)	0.008
	Total con datos	329	45612	
Menos de 5 controles	SD	----	460 (1.0)	----
	SI	61 (18)	2712 (5.9)	0.008
	NO	268 (82)	42900 (93.1)	
	Total con datos	329	45612	
1ª prueba de sífilis < 20 sem. en mujeres captadas con < 20 sem.	SI	213 (83.2)	39023 (99.1)	0.0001
	NO	43 (16.8)	359 (0.9)	
	Total	256	39382	

(1) Registros SIP

CONCLUSIONES

- La proporción de gestantes con SG disminuyó respecto a los años anteriores, sin embargo si bien hubo un descenso en Montevideo, se constata un aumento persistente en el subsector público en el interior del país en los últimos años.
- La tasa de SC disminuyó aunque permanece en valores 3 veces superiores a la meta de eliminación a nivel nacional. En el subsector privado alcanzó las cifras de la meta de eliminación (<0.5/1000 nacidos vivos)
- El descenso en la tasa de incidencia de SC, adquiere mayor relevancia dado el alcance de la auditoría que ha mejorado notoriamente respecto al año 2014 (cobertura 2016 97.3% vs. 2015: 95.3% Vs. 2014: 82%)
- En el subsector público en Montevideo es donde se verifica el mayor descenso de incidencia de SC.
- Se confirma variables asociadas a SC similares a las encontradas en el 2014 y 2015, indicativas de obstáculos al acceso y calidad deficitaria en el control de embarazo: menos de 5 controles del embarazo, captación tardía de la gestación y edad gestacional mas tardía al diagnóstico de SG, diagnóstico de SG en trabajo de parto o puerperio, menor tasa de tratamiento correcto de la SG, no tratamiento de la pareja.
- En cuanto a los factores de vulnerabilidad evaluados se asociaron significativamente a SC: embarazo no planificado, menor nivel educativo, haber tenido una sífilis previa.
- Respecto al uso de prueba rápida:
 - **Si bien mejoró el uso de pruebas rápidas de diagnóstico de sífilis en mujeres embarazadas, aún es deficitario en aquellas que tienen indicación (captadas luego de las 14 semanas de gestación y/o controladas en el PNA)**
- En el año 2016, se evaluaron factores de vulnerabilidad en mujeres con SG y se compararon con el total de gestantes (registros SIP). Se asociaron significativamente a SG: menor nivel educativo, embarazo no planificado, uso de drogas, tener menos de 5 controles del embarazo.
- En el análisis anterior se observó una mejoría en la calidad de registros respecto al año 2015 (menor proporción de “sin datos” en las variables analizadas).

RECOMENDACIONES

- Para los equipos de gestión:
 - Garantizar la disponibilidad de pruebas rápidas en todos los servicios de salud, especialmente en el PNA
 - Realizar capacitación en el uso de pruebas rápidas
 - Realizar capacitación en flujograma de actuación en mujer con prueba reactiva de sífilis incluyendo la captación de la pareja
- Fortalecer la difusión de las pautas a los equipos de salud haciendo énfasis en la necesidad de cumplir con las medidas fundamentales para evitar la SC:
 - La **prueba de diagnóstico de sífilis** debe realizarse en el primer control del embarazo y debe repetirse en el 2º y 3º trimestre de gestación
 - La **prueba rápida** de diagnóstico de sífilis debe realizarse en: mujeres que inician su control en el PNA, mujeres que inician su control a EG > a 14 semanas, mujeres que llegan sin control al parto
 - Deben realizarse tratamiento inmediato de la mujer frente a un resultado reactivo de cualquier prueba
 - Debe captarse a la pareja y realizar tratamiento en el mismo prestador de donde es usuaria la mujer
- Ofrecer la prueba de sífilis a la pareja de la mujer embarazada aún siendo ella negativa