

## INFORME. SISTEMATIZACIÓN DE AUDITORÍAS de SÍFILIS. 2015

**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 de 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.

Desde hace varios años desde el MSP se viene trabajando para lograr las metas de eliminación de la Sífilis Congénita (SC) y de la transmisión vertical del VIH. Se han identificado las brechas en atención, se ha realizado sensibilización y capacitación en varios lugares del país, se generaron nuevas recomendaciones clínicas y normativas y se implementó la auditoría para el análisis de casos con la función de monitorear, evaluar y analizar las oportunidades de mejora. Este último concepto, escasamente comprendido por los equipos de gestión y asistenciales no ha logrado implementarse plenamente en los procesos de mejora de la calidad asistencial.

La eliminación de la 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 completarán online a partir de mayo del 2017. 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 2015, 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  $\geq 2$ 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  $< 8$ 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.<sup>1</sup>
- 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*.

---

<sup>1</sup> Se define como tratamiento adecuado al menos 1 dosis de penicilina benzatínica en un tiempo  $\geq$  a 4 semanas del parto sin evidencia de reinfección.

## Obstáculos en la implementación de las auditorías

El principal obstáculo es el **NO ENVÍO espontáneo de las auditorías por las Instituciones**. Esto retrasa sensiblemente el proceso de análisis y la retroalimentación que se realiza es tardía.

Para superar este obstáculo, se ha recurrido a las fuentes de datos que permiten identificar registros de pruebas reactivas (SIP y Certificado de Nacido Vivo electrónico) y a partir de ellos se realiza el reclamo. Sin embargo, si bien este procedimiento permite obtener la auditoría, esta sigue siendo tardía ya que el cierre de los registros y su consolidación se produce con retardo respecto al parto.

## RESULTADOS DE AUDITORÍA DE SÍFILIS 2015

En el año 2015 hubo 1040 registros de prueba reactiva de sífilis en embarazo, parto, puerperio o sangre del cordón.

Se clasificaron como sífilis gestacional 439, 181 errores de registro, 89 falsos positivos, 291 sífilis previa tratada no activa, 40 no se recibió auditoría o los datos fueron insuficientes. Por lo que se logró una cobertura de 95.3% (439 + 291 + 89). En el año 2014 la cobertura fue de 82.2%. La mejora de cobertura en el 2015 aportan mayor grado de confiabilidad en los datos obtenidos.

## SÍFILIS GESTACIONAL

En la siguiente tabla se muestra la prevalencia de SG en año 2014 y 2015, manteniéndose estable y mayor en el subsector público.

Tabla 1. Prevalencia de sífilis gestacional 2014 y 2015

	PUBLICO, n (%)	PRIVADO, n (%)	Total
2014 <sup>(1)</sup>	1.5% (296/19333)	0.4% (120/28755)	0.9% (416/48368)
2015 <sup>(2)</sup>	1.6% (320/19517)	0.4% (119/29225)	0.9% (439/48926)

No identificado el subsector: <sup>(1)</sup> 277 en 2014; <sup>(2)</sup> 184 en 2015

Los gráficos muestran proporción de SG nacional, en Montevideo e interior según subsector en el 2015 y en el 2014.

Se observa un aumento en mujeres con SG en el interior del país tanto en el subsector privado como en el público y un descenso en el subsector privado en Montevideo.

Gráfico 1a. Prevalencia de sífilis gestacional público/privado, Nacional, Montevideo/interior (%), 2015

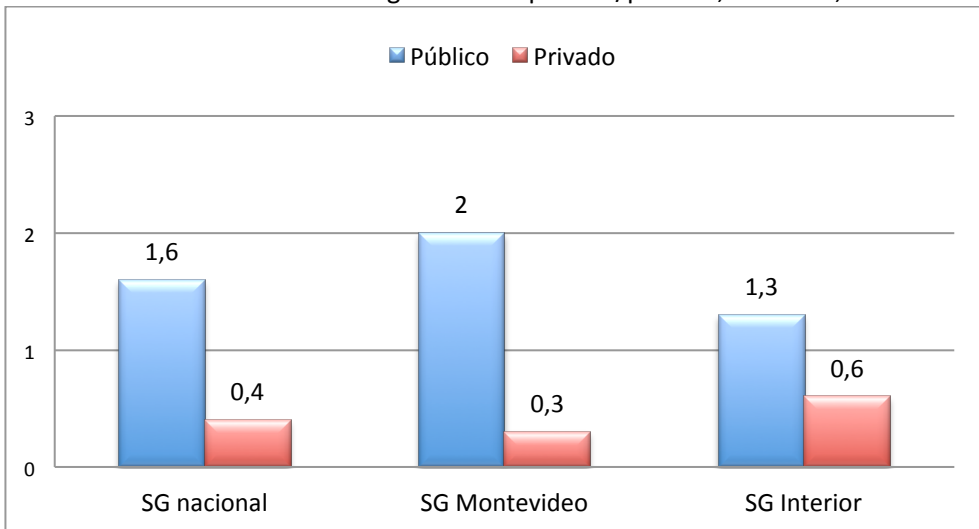
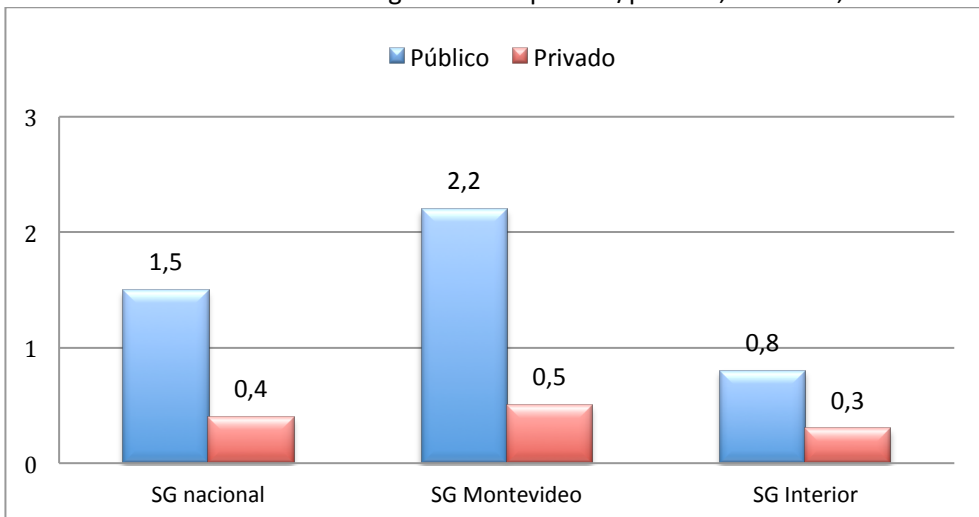
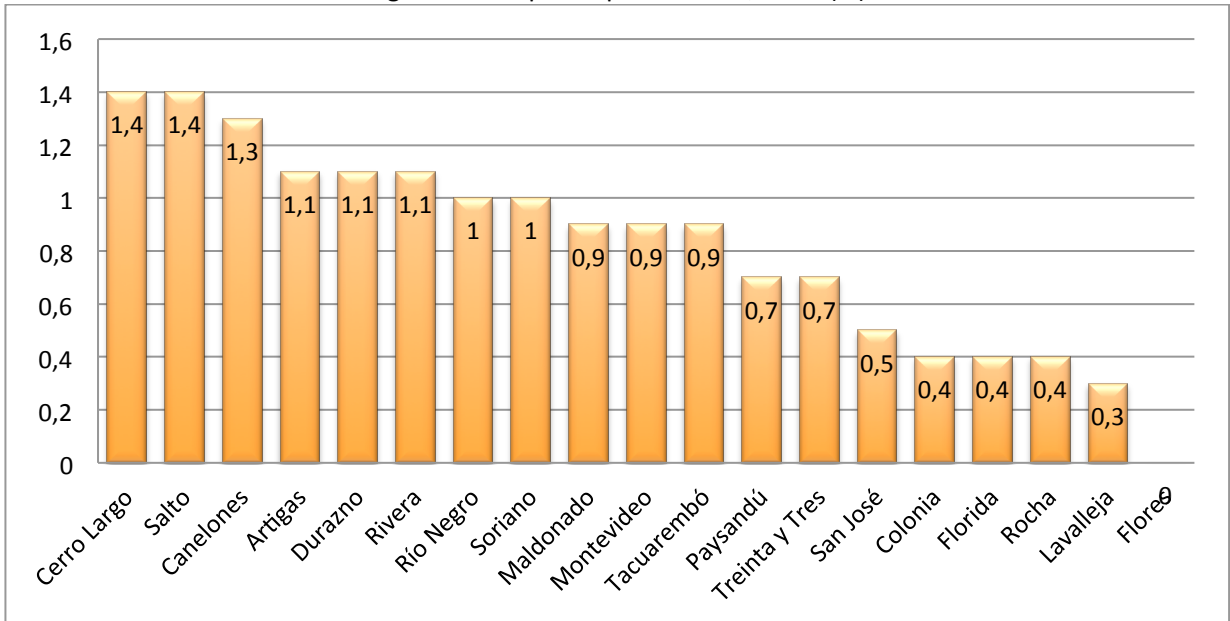


Gráfico 1b. Prevalencia de sífilis gestacional público/privado, Nacional, Montevideo/interior (%), 2014



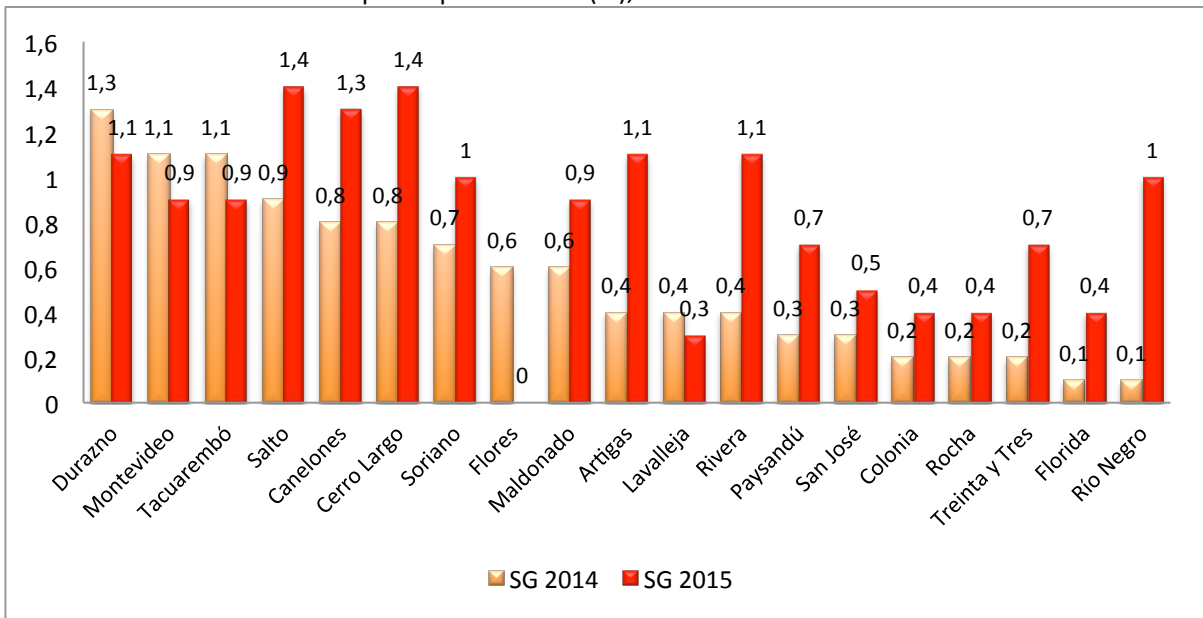
En el gráficos siguiente se muestra prevalencia de SG por departamento.

Gráfico 2a. Prevalencia de sífilis gestacional por departamento, 2015 (%)



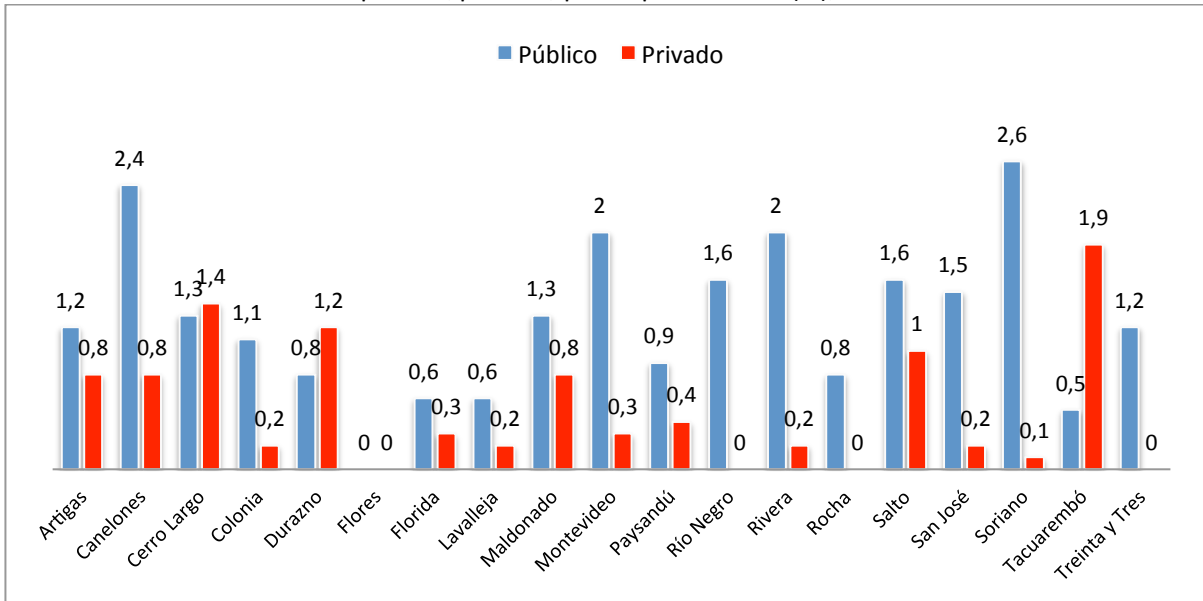
En el siguiente gráfico se muestra la comparación de SG por departamento del 2015 y 2014. Se observa disminución de la SG en 2015 en: Durazno, Montevideo, Tacuarembó, Flores, Lavalleja y aumento en el resto de los departamentos

Gráfico 2b. Prevalencia de SG por departamento (%), 2014-2015



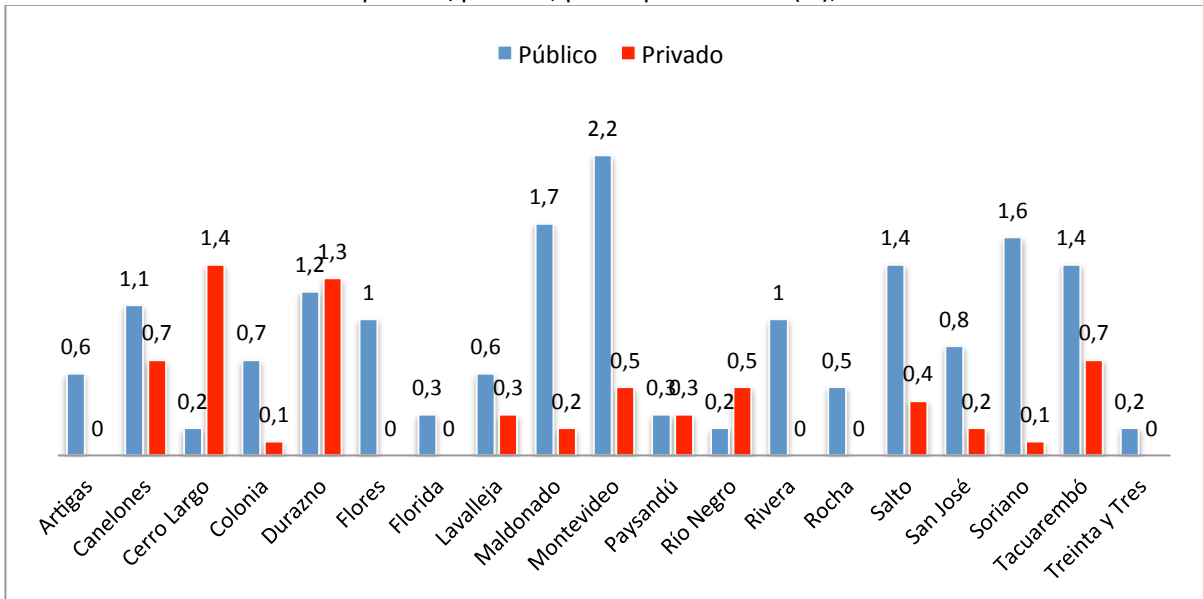
A continuación SG según distribución subsector público-privado por departamento en el 2015. Se observa mayor prevalencia de SG en 2015 en el subsector privado en: Cerro Largo, Durazno, Tacuarembó.

Gráfico 3a. Prevalencia de SG público/privado, por departamento (%), 2015



En el año 2014, hubo mayor prevalencia de SG en el subsector privado en: Cerro Largo, Durazno y Río Negro.

Gráfico 3b. Prevalencia de SG público/privado, por departamento (%), 2014



## SÍFILIS CONGÉNITA

Hubo 88 casos clasificados como SC, incidencia 1.8/1000 nacimientos.

La incidencia de SC en el 2015 descendió levemente a nivel nacional, sin embargo disminuyó el en subsector público y aumentó en el privado.

Tabla 2. Tasa nacional, subsector público/privado, 2014-2015

	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)

En el gráfico 4a 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.

Cuando se compara con el 2014 (gráfico 4b), en el subsector privado en Montevideo la tasa de incidencia de SC permanece en el valor de la meta de eliminación, aunque se duplicó respecto al 2014. Hubo un descenso en la SC en el subsector público en Montevideo y un aumento en el interior en ambos subsectores de salud, aunque mas pronunciado en el privado.

Gráfico 4a. Tasa de SC nacional, Montevideo/Interior, público/privado 2015

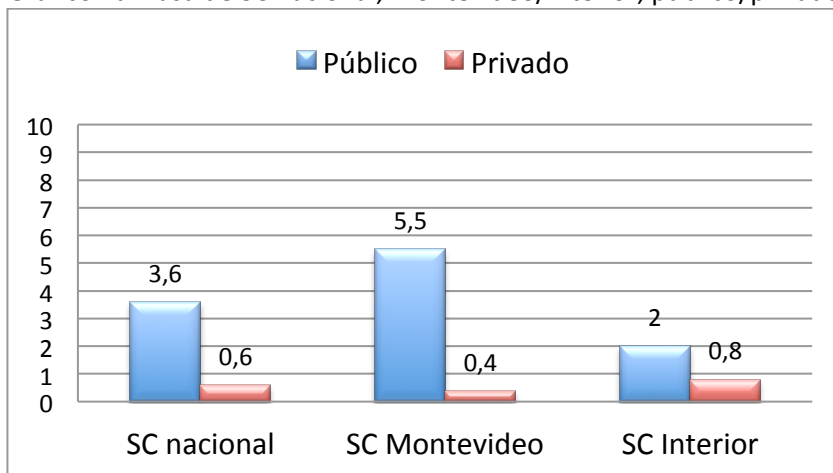
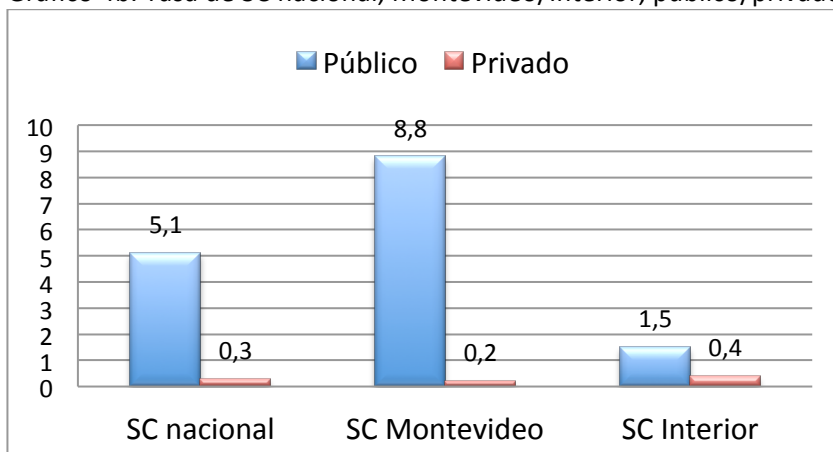


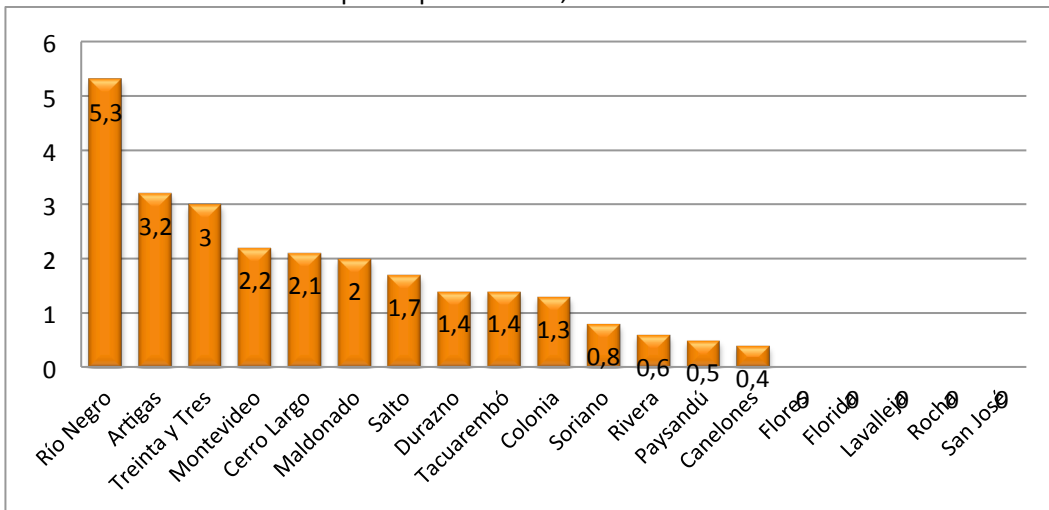
Gráfico 4b. Tasa de SC nacional, Montevideo/Interior, público/privado 2014





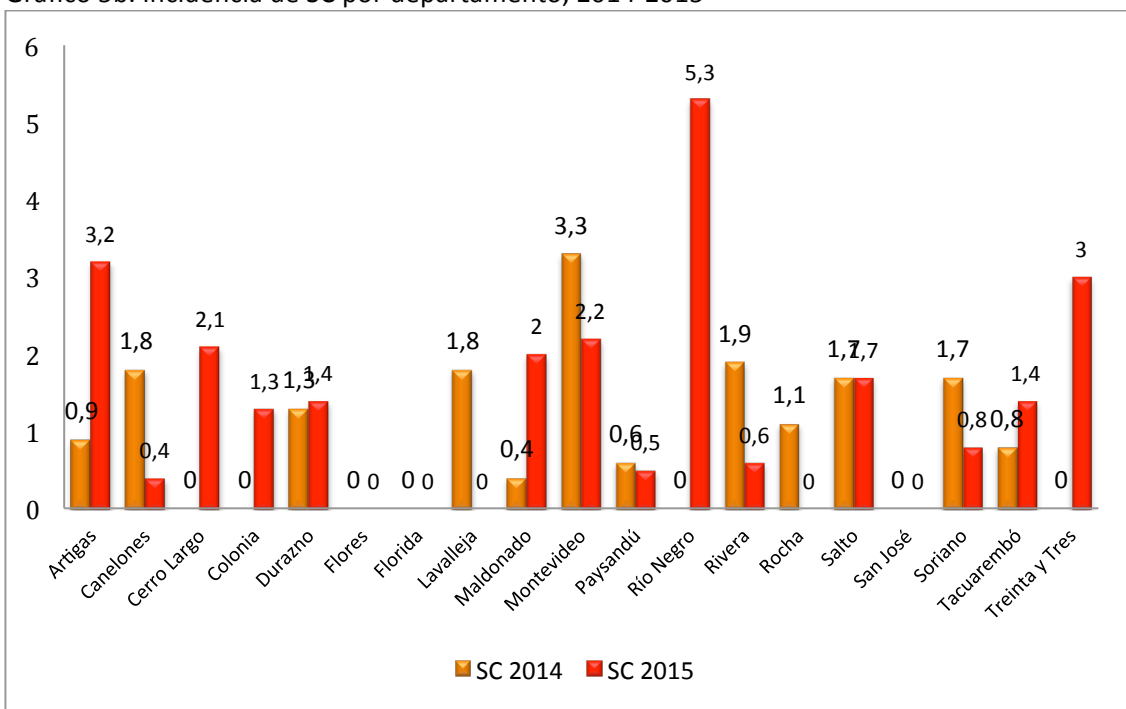
En el gráfico 5a se muestra incidencia de SC por departamento. Algunos departamentos alcanzan la meta de eliminación: Canelones, Flores, Florida, Lavalleja y San José. Mientras que otros muestran tasas notoriamente elevadas ( $\geq 2/1000$ ): Río Negro, Artigas, Treinta y Tres, Montevideo, Cerro Largo, Maldonado.

Gráfico 5a. Incidencia de SC por departamento, 2015



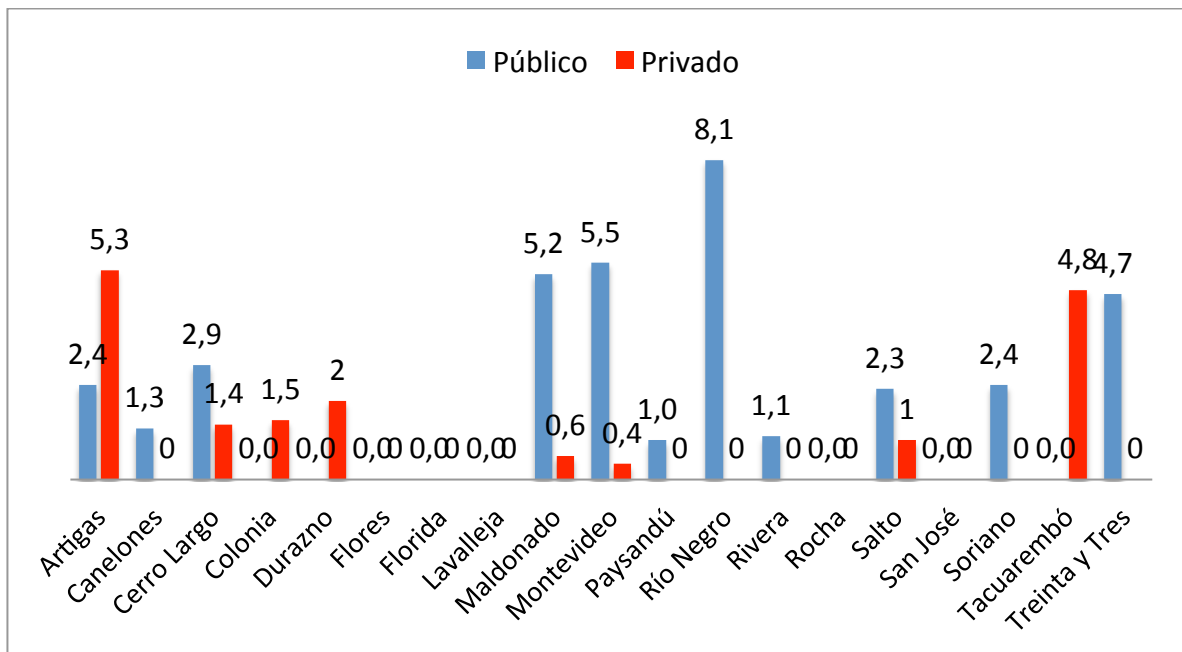
En el gráfico 5b se compara tasa de SC en 2015 y 2014 por departamento, comprobándose aumento en Artigas, Cerro Largo, Colonia, Durazno, Maldonado, Río Negro, Tacuarembó y Treinta y Tres. Se verifican descenso en Canelones, Lavalleja, Montevideo, Paysandú, Rocha, y Soriano. Flores, Florida y San José permanecen en cero.

Gráfico 5b. Incidencia de SC por departamento, 2014-2015



En el gráfico 5c, se compara la tasa de SC por departamento en subsector público y privado en el 2015. La tasa en el subsector privado supera a la del público en Artigas, Colonia, Durazno y Tacuarembó.

Gráfico 5c. Incidencia de SC por subsector y departamento 2015



Cuando se compara proporción de mujeres embarazadas con SG y tasa de incidencia de SC por departamento (gráficos 2a y 5a), lo que se muestra en la siguiente tabla, muestra 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 (2015).

	Nacimientos (n)	SG (n)	SG (%)	SC (n)	SC (x1000 nacimientos)
Cerro Largo	1394	19	1,4	3	2,1
Salto	2325	32	1,4	4	1,7
Canelones	2304	30	1,3	1	0,4
Artigas	1229	13	1,1	4	3,2
Durazno	729	8	1,1	1	1,4
Rivera	1769	20	1,1	1	0,6
Río Negro	761	8	1	4	5,3
Soriano	1197	12	1	1	0,8
Maldonado	2480	23	0,9	5	2
Montevideo	25708	224	0,9	57	2,2
Tacuarembó	1404	13	0,9	2	1,4
Paysandú	1894	13	0,7	1	0,5
Treinta y Tres	676	5	0,7	2	3
San José	848	4	0,5	0	0
Colonia	1579	6	0,4	2	1,3
Florida	729	3	0,4	0	0
Rocha	952	4	0,4	0	0
Lavalleja	618	2	0,3	0	0
Flores	330	0	0	0	0

En la siguiente tabla se muestran las variables asociadas a SC en los años 2014 y 2015. Permanecen significativamente asociadas: menos de 5 controles del embarazo, captación tardía de la gestación, diagnóstico de SG en trabajo de parto o puerperio, menor tasa de tratamiento correcto de la SG. En el 2015 además están asociadas a SC el no tratamiento de la pareja, si bien este es un dato escasamente consignado en la auditoría y en el SIP. En el año 2015 también se analizó la EG al momento de realizar la primera prueba de sífilis que fue significativamente mayor entre quienes tuvieron SC.

Tabla 4. Variables asociadas a SC, 2014 y 2015.

VARIABLES	2014 <sup>(1)</sup>			2015 <sup>(2)</sup>		
	SC: 107	NO SC : 300	Valor de p	SC: 88	NO SC: 339	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
Diagnóstico del embarazo (EG en semanas)	14 ± 7	12 ± 6	0.04	13 ± 8	12 ± 6	0.34
Diagnóstico del embarazo ≥ 14 sem				35 (55.6%) 25 SD	98 (30.5%) 18 SD	0.003
EG media a la 1ª prueba de sífilis	-----	-----		21 ± 10	15 ± 7	< .0001
EG media al diagnóstico de sífilis	24 ± 11	17 ± 8	< .0001	28 ± 9	17 ± 8	< .0001
Diagnóstico de sífilis en el parto o puerperio	64 (59.8%)	5 (1.7)	< .0000	35 (39.8%)	5 (1.5%)	< .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
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

<sup>(1)</sup> 9 Sin datos <sup>(2)</sup> 12 sin datos

Un dato que no se muestra en la tabla pero es de especial interés es la utilización de pruebas rápidas para diagnóstico de sífilis. En el año 2015:

- Solo en **20** mujeres embarazadas se utilizó prueba rápida
- De 135 mujeres controladas en PNA público: **2 PR**
- De 28 mujeres controladas en PNA privado: **0 PR**
- De 64 mujeres controladas en PNA público Mveo: **0 PR**

**De 159 mujeres captadas a edad gestacional > 14 semanas, 135 (85%) subsector público 24 (15%) privado, solo en 16 utilizaron prueba rápida, 15 en el público 1 en el privado**

La falta de cumplimiento de las recomendaciones nacionales es notoria, desconociendo si esto responde a falta de insumos o desconocimiento de las indicaciones de uso por el personal de salud.

En la tabla 5, se muestran las variables que pueden asociarse a vulnerabilidad socio-cultural y su asociación con SC. Las que se asociaron significativamente a SC fueron: embarazo no planificado, prevalencia de consumo de drogas y prevalencia de violencia doméstica.

Tabla 5. Variables de vulnerabilidad socio-cultural asociadas a SC, 2015 (n = 426, con datos de resultado del RN)

VARIABLES		2015		
		SC: 88	NO SC : 339	Valor de p
<b>Subsector público/privado</b>	Público (308)	71 (80.7%)	237 (69.9)	0.077
	Privado (119)	17 (19.3%)	102 (30.1)	
<b>Edad (SD = 7)</b>	< 19 años	11 (12,5%)	45 (13.3%)	0.87
<b>Etnia: minoría (51) <sup>(1)</sup> blanca (306) (SD = 70)</b>		14/81 (17.3%) 67/81 (82.7%)	37/276 (13.4%) 239/276 (86.6%)	0.44
<b>Máximo nivel educativo (SD = 73)</b>	Analfabeta (2)	2 (2.2%)	0	
	Prim. incompleta (30)	7 (9.8%)	23 (8.4%)	0.73
	Prim. completa (119)	29 (38%)	90 (32.7%)	0.43
	Sec. incompleta (177)	36 (43.5%)	141 (51.3%)	0.27
	Sec. completa (17)	3 (3.3%)	14 (5.1%)	0.53
	Universitaria (9)	2 (3.3%)	7 (2.5%)	0.74
	Total (354)	79	275	
<b>Unión estable (SD = 81)</b>	SI/NO (256/90)	51/25 (67.1%)	205/65 (75.9%)	0.17
<b>Embarazo planificado (SD = 77)</b>	SI/NO (155/195)	24/55 (30.4%)	131/140 (48.3%)	<b>0.009</b>
<b>Drogas (SD = 94)</b>	SI (28/305)	14/59 (19.2%)	14/246 (5.4%)	<b>0.003</b>
<b>Alcohol (SD = 96)</b>	SI/NO (18/313)	7/65 (9.7%)	11/248 (4.2%)	0.13
<b>Violencia (SD = 91)</b>	SI/NO (9/327)	5/66 (7%)	4/261 (1.5%)	0.054
<b>Sífilis previa (SD = 64)</b>	SI/NO (49/314)	15/58 (20.5%)	34/256 (11.7%)	0.09
<b>Hijos con SC</b>	SI/NO (8/41)	6/9 (40%)	2/32 (5.9%)	< 0.000

<sup>(1)</sup> MINORÍA

	SC (14)	No SC (37)	Total
Mestiza	8	33	41
Afro	3	4	7
Indígena	3	0	3
SD	7	63	70

Finalmente analizamos aquellas variables que sugieren vulnerabilidad y comparamos la población de mujeres con SG (439) y la totalidad de mujeres embarazadas con registro SIP (47552) del 2015. Se verifica como variables asociadas a SG: pertenecer a una minoría racial, haber cursado solo primaria y no tener estudios terciarios, haber cursado un embarazo no planificado, uso de drogas y tener menos de 5 controles. Por otra parte encontramos una mayor proporción de ausencia de datos en todas las variables entre mujeres con SG, lo que indica pobres registros, quizás asociado a pobre calidad del control.

Tabla 6. Variables de vulnerabilidad socio-cultural asociadas a SG, 2015.

Variable		Mujeres con SG, n, % (439)	Mujeres embarazadas, n, % (47552) <sup>(1)</sup>	Valor de p
Edad	SD	9 (2.0)	66 (0.1%)	<b>0.19</b>
	< 19 años	57 (13.3)	8122 (17)	0.47
	≥ 19	373 (86.7)	39364 (83)	
		430	47486	
Etnia	SD	73 (16.6)	743 (1.7)	<b>0.0003</b>
	Blanca	314 (85.8)	44166 (94.3)	<b>0.04</b>
	Mestiza	42 (11.5)	1985 (4.2)	0.05
	Afro	7 (1.9)	503 (1.1)	0.6
	Indígena	3 (0.8)	155 (0.3)	0.6
	<b>Total con dato</b>	<b>366</b>	<b>46809</b>	
Etnia	Minoría	51 (14.3)	2643 (5.6)	<b>0.04</b>
Nivel Educativo	SD	75 (17.1)	968 (2)	<b>0.0003</b>
	Analfabeta	3 (0.8)	96 (0.2)	0.5
	Primaria	156 (42.9)	8724 (18.7)	<b>0.0002</b>
	Secundaria	196 (53.8)	28447 (61.1)	0.3
	Universitaria	9 (2.5)	9327 (20)	<b>0.0001</b>
	<b>Total con dato</b>	<b>364</b>	<b>46594</b>	
Unión estable	SD	82 (19.2)	1748 (3.7)	<b>0.0006</b>
	SI	260 (72.8)	37319 (82)	0.12
	NO	97 (27.2)	8199 (18)	
	<b>Total con dato</b>	<b>357</b>	<b>45518</b>	
Embarazo planificado	SD	78 (18.3)	1966 (4.1)	<b>0.0015</b>
	SI	156 (43.2)	27359 (60)	<b>0.017</b>
	NO	205 (56.8)	18236 (40)	
	<b>Total con dato</b>	<b>361</b>	<b>45595</b>	
Drogas	SD	97 (22.1)	3069 (6.4)	<b>0.0012</b>
	SI	30 (8.8)	586 (1.3)	<b>0.015</b>
	NO	312 (91.2)	43907 (98.7)	
	<b>Total con datos</b>	<b>342</b>	<b>44493</b>	
Alcohol	SD	99 (23.2)	3029 (6.4)	0.05
	SI	19 (5.6)	377 (0.8)	
	NO	321 (94.4)	44156 (99.2)	
	<b>Total con datos</b>	<b>340</b>	<b>44533</b>	
Violencia	SD	93 (27.3)	3129 (6.6)	<b>0.0008</b>
	SI	11 (3.2)	233 (0.5)	0.16
	NO	335 (96.8)	44200 (99.5)	
	<b>Total con datos</b>	<b>346</b>	<b>44433</b>	
Número de controles	SD	3 (0.7)	246 (0.5)	0.85
	0	27 (6.2)	539 (1.1)	0.05
	1-4	63 (14.4)	2370 (5.0)	<b>0.024</b>
	≥ 5	346 (79.4)	44407 (93.9)	<b>0.003</b>
	<b>Total con datos</b>	<b>436</b>	<b>47316</b>	
Menos de 5 controles	SD	3 (0.7)	246 (0.5)	0.85
	SI	90 (20.6)	2909 (6.1)	<b>0.003</b>
	NO	346 (79.4)	44407 (93.9)	
	<b>Total con datos</b>	<b>436</b>	<b>47316</b>	
1ª prueba de sífilis < 20 sem. en mujeres captadas con < 20 sem.	SI	271 (83.6)	40080 (98.9)	<b>0.0001</b>
	NO	53 (16.4)	460 (1.1)	
	<b>Total</b>	<b>324</b>	<b>40540</b>	

<sup>(1)</sup> Registros SIP

## CONCLUSIONES

- La proporción de gestantes con SG se mantuvo estable respecto al año 2014, sin embargo si bien hubo un descenso en Montevideo, se constató un aumento en el interior del país, tanto en subsector público como privado
- La tasa de SC permanece en valores 4 veces superiores a la meta de eliminación, aunque en el subsector privado en Montevideo se mantiene en cifras que alcanzan la meta
- Se verifica un leve descenso en la tasa de incidencia de SC, que adquiere relevancia dado el alcance de la auditoría que ha mejorado notoriamente respecto al año 2014 (cobertura 2015: 95.3% Vs. 2014: 82%)
- La mayor incidencia de SC en departamentos con prevalencia de SG media a alta, alerta sobre la necesidad de revisar los procesos asistenciales, realizar tareas de capacitación y verificar la disponibilidad y acceso a insumos de diagnóstico temprano y tratamiento.
- Los departamentos con incidencia cero de SC, son aquellos con proporción de SG  $\leq$  0.5% (excepto Colonia).
- Se confirma las mismas variables asociadas a SC que en el 2014, 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. En el 2015 además ese encuentra asociación con no tratamiento de la pareja y mayor EG al momento de realizar la primera prueba de sífilis.
- En el año 2015, se evaluaron factores de vulnerabilidad y se asociaron significativamente a SC: embarazo no planificado, prevalencia de consumo de drogas. En el límite de la significación estadística la prevalencia de violencia doméstica.
- Es de destacar como 2 hechos muy relevantes y presumiblemente determinantes de SC:
  - **El escaso uso de pruebas rápidas de diagnóstico de sífilis en mujeres captadas luego de las 14 semanas de gestación y en el PNA**
  - **La escasa proporción de tratamiento de las parejas sexuales**
- En el año 2015, se evaluaron factores de vulnerabilidad en mujeres con SG y se compararon con el total de gestantes (registros SIP). Se asociaron significativamente a SG: pertenecer a una minoría racial, haber cursado solo primaria y no tener estudios terciarios, no haber sido un embarazo planificado, uso de drogas y tener menos de 5 controles.
- En el análisis anterior se observó una pobre calidad de control del embarazo, con una elevada 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