

INFORME. SISTEMATIZACIÓN DE AUDITORÍAS: SÍFILIS y VIH. ANÁLISIS DE DATOS 2014.

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

ANTECEDENTES.

La sífilis gestacional - congénita y la transmisión vertical del VIH son dos problemas prioritarios de salud pública. Ambas enfermedades son transmisibles al recién nacido desde su madre durante el embarazo, parto; y en el caso de VIH también por la lactancia. El diagnóstico precoz y tratamiento adecuado son necesarios para evitar la transmisión vertical ⁽¹⁻³⁾.

La sífilis en la mujer, es una infección adquirida por transmisión sexual que viene en aumento a nivel mundial. Es evitable, diagnosticable y curable. Para el feto, el riesgo de infección durante el embarazo es alto y depende del momento en el 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 ⁽¹⁾.

A nivel nacional, el incremento de sífilis gestacional (SG) y sífilis congénita (SC) se puso de manifiesto, fundamentalmente, a través del análisis de la base de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP), auditorias de historias clínicas de recién nacidos (RN) con pruebas reactivas en el cordón umbilical en el Centro Hospitalario Pereira Rosell (CHPR) y en el Hospital de Maldonado ⁽⁴⁻⁶⁾.

La infección por el virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH) se transmite a la mujer en la mayoría de los casos por transmisión sexual. Es una enfermedad crónica evitable pero no curable. Existen medidas altamente eficaces para evitar la transmisión materno infantil del VIH (TMI): terapia antirretroviral (TARV) durante el embarazo, zidovudina en el trabajo de parto o cesárea, vía de finalización del embarazo según carga viral materna al momento del parto (cesárea si la carga viral es detectable), suspensión de la lactancia y quimioprofilaxis al recién nacido. El principal determinante de la transmisión es el nivel de carga viral materna, por lo tanto la supresión de la misma a niveles indetectables es el principal factor protector de la transmisión. ^(2, 3).

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. En los embarazos no controlados o mal controlados todo contacto con el equipo de salud es una oportunidad para detección y tratamiento de éstas infecciones mediante pruebas rápidas ⁽⁷⁾.

A pesar de contar con herramientas para la vigilancia de estas enfermedades – notificación obligatoria de casos, uso de la Historia Clínica Perinatal y del Sistema Informático Perinatal – la información e indicadores disponibles a nivel nacional pueden ser poco certeros, tanto por el sub registro o el sobre registro que determinan estas herramientas ^(8,9).

En el año 2010, el MSP consideró una prioridad implementar estrategias complementarias y sinérgicas para contribuir al logro de 2 objetivos: Eliminación de la sífilis congénita y de la TMI de VIH.

Para lograr eliminar ambas enfermedades se necesita conocer su magnitud y los determinantes que inciden en la incidencia.

Desde el Área programática de SS y SR trabajando en forma articulada con las aéreas programáticas de ITS-VIH/SIDA y Atención integral de la mujer, se priorizó la atención integral de la mujer embarazada con especial énfasis en la captación precoz del embarazo.

Las acciones implementadas en el período 2010 - 2015 fueron:

- Actualización de los algoritmos de diagnóstico y tratamiento de la sífilis en el embarazo, varones, mujeres y personas trans en el Primer Nivel de Atención (PNA).
- Guía de diagnóstico y tratamiento de sífilis en el embarazo y sífilis congénita, 2012.
- Actualización de guías de VIH, incluyendo diagnóstico y tratamiento de mujeres embarazadas y recién nacidos, 2013.
- Ordenanzas ministeriales N° 447(2012) y N° 367(2013), que integran acciones del plan de eliminación de SC y transmisión vertical del VIH, incluyendo la obligatoriedad de realizar auditorías a todos los casos de mujeres embarazadas con prueba reactiva de sífilis y/o VIH.
- Guía Clínica para la eliminación de la sífilis congénita y transmisión vertical del VIH” (2013), segunda edición actualizada 2015.
- “Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio” (2014).
- “VIH: Guía para diagnóstico, monitorización y TARV para adultos/as; mujeres embarazadas y niños/as” (2014).
- Capacitaciones en consejería y diagnóstico de sífilis y VIH con inclusión del uso de pruebas rápidas, promoción del abordaje de la pareja sexual y cumplimiento de auditorías.
- Elaboración de un plan de monitoreo con indicadores de: a) control de embarazo, b) diagnóstico de VIH, c) tratamiento y continuidad de tratamiento post parto).
- Implementación de la nueva versión de carné perinatal del SIP para Latinoamérica e incorporación de variables específicas para nuestro país respecto al diagnóstico de sífilis recién nacidos/as y de VIH.
- Inclusión de las variables en el Certificado de Nacido Vivo electrónico (CNVe): realización de la prueba de VIH, momento de realización, resultado.
- Creación de un formulario de notificación de VIH en niños/as de DIVISA.
- Creación de un nuevo formulario de notificación de sífilis congénita y de un sistema de notificación online por DEVISA.
- Decreto 534/2014 que recomienda el acompañamiento de toda mujer embarazada por su pareja al menos una consulta en el primer y tercer trimestre del embarazo, enfatizando la importancia de asesoría a la pareja sexual para realizarse pruebas diagnósticas serológicas.
- Elaboración de material para mujeres con VIH: Manual “Viviendo un Embarazo Feliz”, folleto “Juntos podemos lograr que nazcan niños y niñas sin VIH y creciendo con madres saludables”.
- Incorporación en una meta prestacional la obligatoriedad de realizar las auditorías de Sífilis y VIH.

Durante el año 2015 a través de un trabajo multisectorial e interdisciplinario liderado por el Ministerio de Salud, se realizó un análisis profundo de la situación de salud del país. Se realizó una identificación y priorización de los problemas de salud de la población según criterios de magnitud y relevancia, en el marco de las prioridades fijadas por el Gobierno y de los compromisos internacionales asumidos. Uno de estos problemas identificados fue la transmisión vertical de sífilis y VIH.

En torno a estos problemas se construyó una matriz de planificación, orientada hacia Objetivos Sanitarios Nacionales 2015-2020, constituyendo la eliminación de la sífilis congénita y de la transmisión vertical del VIH una de las metas a alcanzar en el Objetivo Estratégico N° 3: “*Disminuir la carga prematura de morbimortalidad y discapacidad*”.

Una de las líneas de acción establecidas es monitorear el cumplimiento de las pautas y normativas dirigidas a reducir la transmisión vertical, constituyendo la auditoría de casos una de las herramientas utilizadas para este fin.

AUDITORÍAS DE SÍFILIS Y VIH

En 2012 se confeccionó y aplicó el primer formulario de auditoría de sífilis en el CHPR. Se realizó su validación y en 2014 se publicaron los primeros resultados ⁽¹⁰⁾.

En 2013 se realizó la primera auditoría de Sífilis a nivel nacional. Se incluyeron todos los casos de mujeres con prueba reactiva de sífilis (no treponémica o treponémica incluida prueba rápida) en el embarazo o en el puerperio y todo caso de prueba no treponémica reactiva de sífilis en sangre del cordón. De los resultados se destaca una prevalencia nacional de sífilis gestacional (SG) de 0.6 % y una incidencia de sífilis congénita (SC) de 2/1000; ambas menores a las pruebas reactivas registradas en SIP durante el embarazo o sangre del cordón: 1.2% y 7/1000 respectivamente. En las conclusiones se menciona que se logró conocer de manera más certera la realidad epidemiológica de la SG y SC. La meta de eliminación de SC (0.5/1.000 nacimientos) se alcanzó en el subsector privado a nivel nacional y en Montevideo en el 2013. Las mayores tasas de incidencia de SC reflejaron factores de vulnerabilidad socio culturales. Se identificaron como factores contribuyentes a SC: mal control del embarazo, diagnóstico tardío del embarazo y de la SG, diagnóstico en el puerperio y reinfecciones.

En 2013 se implementó la primera auditoría nacional de VIH, previamente se realizó prueba piloto de su aplicación en el Centro nacional de Referencia materno infantil de VIH – Sida del CHPR. Se incluyeron a todas las mujeres con prueba reactiva de VIH en el embarazo, trabajo de parto o puerperio y todo caso de recién nacido con infección VIH. De las conclusiones publicadas se destacan que la auditoría permitió conocer la prevalencia de VIH en el embarazo (0,26%) y de TMI (1,6%) de VIH de manera confiable, permitiendo conocer con certeza la realidad epidemiológica. Las auditorías mostraron que la meta de eliminación de TV de VIH ($\leq 2\%$, $\leq 0,3$ por mil nacidos vivos) se alcanzó a nivel nacional y en el subsector privado en 2013 y que los 2 casos de TV se vincularon a retardo en el diagnóstico y por lo tanto a las intervenciones necesarias para su prevención.

Para lograr la eliminación de sífilis congénita y de la TMI de VIH se debe dar continuidad a las auditorías nacionales y así conocer la real incidencia de éstas enfermedades y los factores vinculados a su transmisión.

Las auditorias 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:

- Evaluar la aplicación de las pautas de atención de mujeres con VIH y/o sífilis embarazadas
- Identificar causas que inciden en la sífilis congénita.
- Identificar causas que inciden en la transmisión vertical del VIH.

METODOLOGÍA.

Las auditorias se realizaron mediante el llenado de formularios diseñados (se adjuntan). El responsable de la auditoria 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 Ministerio de Salud Pública el formulario de auditoria completo con una copia de historia SIP en un plazo no mayor a los 60 días de producido el parto/ cesárea 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.

Las auditorias son enviadas al Área Programática ITS-VIH/Sida o al Área de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Formulario de auditoria de sífilis: todas las mujeres con prueba reactiva de sífilis (no treponémica o treponémica incluida prueba rápida) en el embarazo o en el puerperio y todo caso de prueba no treponémica reactiva de sífilis en sangre del cordón del RN.

Formulario de auditoria de VIH: todas las mujeres embarazadas o puérperas con pruebas serológicas reactivas (incluido test rápido) o RN con diagnóstico de infección VIH.

VARIABLES RELEVADAS.

Datos de la Unidad Notificadora: ciudad donde se asistió el nacimiento, responsable de la auditoría y medios de contacto.

Datos de la embarazada: identificación mediante cédula de identidad e iniciales; edad; teléfono de contacto y dirección.

Datos del embarazo actual: institución y responsable donde del control; edad gestacional del primer control y número de controles (estratificado: 0, 1 a 4, 5 o mas); motivo de no control; tolerancia del embarazo.

Sífilis.

Antecedente de sífilis previa y tratamiento; hijo/a con SC previo al embarazo actual.

Embarazo actual: edad gestacional de la primera prueba de sífilis, técnica y resultado.

Respecto al diagnóstico de sífilis: edad gestacional y/o puerperio; técnica diagnóstica y resultado; notificación a DEVISA; tratamiento indicado (fármaco, dosis, edad gestacional de la última dosis); controles serológicos posteriores; diagnóstico y/o tratamiento a contactos; provisión de preservativos.

De la finalización del embarazo: fecha; edad gestacional; resultado del nacimiento (RN vivo, aborto, óbito); anatomía patológica (se solicitaba envío de resultado)

Del diagnóstico del RN: escenario (con definiciones de los mismos); tratamiento.

Se solicitaba un análisis del caso orientado con preguntas: ¿el diagnóstico fue oportuno?; ¿el tratamiento fue adecuado y completo?; ¿se trataron los contactos adecuadamente?; ¿se adoptaron acciones preventivas (consejería, entrega de preservativos)?; en los casos de sífilis congénita, ¿qué acciones o intervenciones fallaron en la prevención de la transmisión de la sífilis?

VIH.

Antecedente de hijo/a con VIH previo al embarazo actual; datos serológicos de la pareja.

Datos del Diagnóstico de VIH: conocido previo y TARV; si el diagnóstico se realizó en el embarazo actual: edad gestacional de realización de pruebas y resultados así como del estudio confirmatorio, incluyendo diagnóstico en trabajo de parto o puerperio.

TARV a la mujer: momento de inicio, adherencia, valores de CD4 y carga viral inicial y última previa al parto, continuidad de TARV en el post parto.

De la finalización del embarazo: fecha; edad gestacional; zidovudina intravenosa; nevirapina oral.

Evolución del RN: TARV indicada, suspensión de lactancia, resultados de 1ª y 2ª PCR.

Finalmente se solicitaba un análisis del caso orientado: ¿qué intervenciones recomendadas para disminución de la transmisión no se aplicaron en este caso? describirlas en la captación del embarazo, en el diagnóstico, en el tratamiento, en la finalización del embarazo, en el recién nacido.

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 8UI sin resultado de prueba treponémica.
- prueba rápida (prueba treponémica) reactiva en mujer sin antecedentes 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

Sífilis congénita:

Se tomó la definición de caso de OPS/OMS:

- RN, óbito fetal o aborto espontáneo de una mujer con sífilis que no ha recibido tratamiento adecuado.
- 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*.

A fin de facilitar la interpretación, se definieron los casos por escenarios según la clasificación de CDC (Centers for Diseases Control and Prevention), interpretándose a los escenarios 1 y 2 como verdaderas SC, en consonancia con la definición de caso de OPS/OMS. Al incluir el escenario 2 (madre no tratada o tratada de manera incorrecta) aumenta la sensibilidad de la definición.

Escenario 1: SC confirmada o altamente probable.

1. Niño con examen físico compatible con sífilis congénita, o,
2. Títulos de anticuerpos no treponémicos que cuadriplican los títulos maternos, o,
3. Prueba de campo oscura positivo en algún fluido

Escenario 2. SC probable.

1. Niño con examen físico normal y/o
 - Títulos de anticuerpos iguales o superiores a los maternos
 - Madre no tratada
 - Madre no tratada o inadecuadamente tratada (incluye tratamiento antibiótico diferente a la penicilina, tratamiento realizado 4 semanas o menos antes del parto, tratamiento no documentado).

Escenario 3: Bajo riesgo de SC.

1. Niño con examen físico normal y:
 - VDRL con títulos de anticuerpos iguales a los maternos
 - Madre tratada durante el embarazo, apropiado a la etapa de la infección y administrado en un tiempo mayor a 4 semanas del parto (bien tratada)
 - Madre sin evidencia de reinfección o recaída.
 - No se requiere evaluación ni tratamiento del niño.

Escenario 4. Muy bajo riesgo de SC.

1. Niño con examen físico normal, y,

- Títulos de anticuerpos iguales o más bajos que los maternos
- La madre recibió un tratamiento adecuado antes o durante el embarazo
- Los títulos serológicos maternos permanecieron bajos y estables antes o durante el embarazo hasta el parto (VDRL < 1/2; RPR < 1/4).

Tratamiento correcto.

Si la mujer recibió la última dosis de penicilina benzatínica (2 o 3 dosis según estadio) al menos 30 días previo al parto.

Infección por VIH madre.

Pruebas serológicas reactivas para VIH (incluidas pruebas rápidas).

RN infectado por VIH.

Hijo/a de madre con infección por VIH con 2 estudios virológicos (PCR de ADN proviral) positivos de muestras separadas de sangre.

RN expuesto no infectado por VIH.

Mínimo 2 estudios virológicos negativos, uno a la edad igual o mayor de 1 mes y el otro a la edad igual o mayor a 4 meses, siempre que se haya suspendido la lactancia.

OBSTÁCULOS EN LA IMPLEMENTACIÓN.

Las limitaciones más importantes para poder procesar los datos fueron: falta de cumplimiento en el envío espontáneo de las auditorías en los plazos establecidos y la mala calidad del llenado.

Las fuentes utilizadas para identificar los casos de pruebas reactivas de sífilis en mujeres embarazadas y/o en el cordón fueron: los registros de pruebas de tamizaje serológico de sífilis reactivos del Sistema Informático Perinatal (SIP) y el Certificado de Nacido vivo electrónico – CNVe. A partir de esta información se realizó la búsqueda activa desde las fuentes de información mencionadas y la solicitud dirigida a cada Institución a través de expedientes administrativos con los casos identificados que cumplían con los criterios de inclusión. En la mayoría de los casos hubo respuestas; y en los que no, se debió completar la auditoría con los datos que figuraban en estos 2 recursos electrónicos.

Para mejorar la calidad de la información se realizó reclamos de datos faltantes, se recurrió a la historia SIP y al laboratorio (CHPR) para completar datos. En aquellos donde se identificó errores en la clasificación de SG (verdadera, recuerdo o falso positivo) y/o en los escenarios de SC, se reclasificó y se modificó la auditoría.

RESULTADOS EN SÍFILIS

Se registraron 1030 serologías positivas para sífilis. Se enviaron datos de 867 (84,2%); de las cuales 112 fueron clasificados como errores de registro (no eran serologías reactivas).

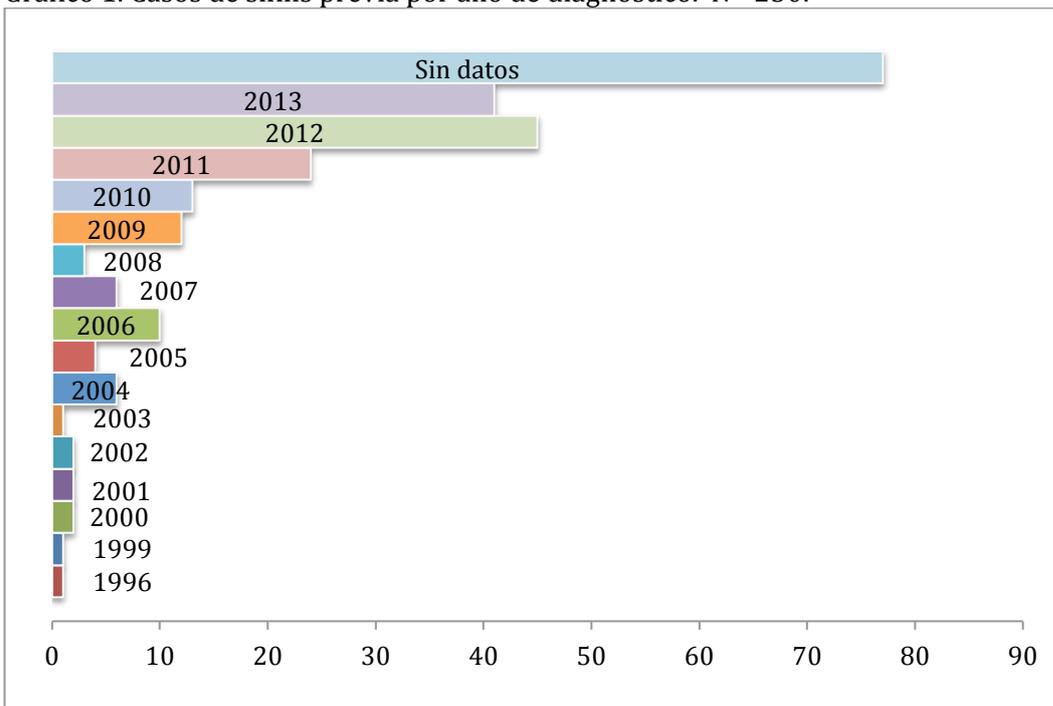
Se analizaron 755 auditorías, correspondiendo a una cobertura del 82,2% (755 de 918). La edad media de las mujeres en el embarazo fue de 31 años (14 – 44).

Tenían antecedentes de sífilis previa a éste embarazo 250 mujeres (en 87 no estaba el registro). De éstas 250, 57 tenían actualmente SG, en 9 no se pudo clasificar.

De las 57 mujeres con SG y antecedente de sífilis previa, 13 recibieron tratamiento de sus contactos, 10 no fueron tratados (1 de ellos por tener serología no reactiva) y en 34 no se obtuvo el dato.

De las 57 mujeres; 34 (59,6%) tuvieron hijos SC (escenarios 1 y 2), de ellos 33 RN vivos y 1 óbito; 1 niño no se pudo clasificar. De las 34, 9 mujeres tenían el antecedente de algún hijo previo con SC de los cuales 3 fueron óbitos.

Gráfico 1. Casos de sífilis previa por año de diagnóstico. N= 250.



Prevalencia de sífilis en el embarazo.

De las 753 auditorías reactivas para sífilis analizadas, 416 resultaron verdaderos casos de sífilis gestacional (55%), 187 (25%) recuerdo inmunológico, 112 (15%) falsos positivos y 38 (5%) no pudieron clasificarse por falta de datos. Por lo que la prevalencia de sífilis gestacional en el año 2014 fue de 0.9% a nivel nacional (416/48.368).

En la tabla 1 se compara la prevalencia de pruebas reactivas de sífilis en el embarazo provistas por SIP, y la verdadera prevalencia de sífilis luego del análisis de la auditoría.

Tabla 1. Pruebas reactivas de sífilis en embarazo (SIP) y sífilis gestacional (auditoría). 2014.

EMBARAZOS	PREVALENCIA SÍFILIS EN EMBARAZO (%)	PREVALENCIA PRUEBA REACTIVA EN EMBARAZO
PUBLICO	1.5% (296/19333)	2.7% (524/19333)
PRIVADO	0.4% (120/28755)	0.8% (231/28755)
TOTAL	0.9% (416/48368)	1.6% (753/48368)

El denominador utilizado es el proxy mujeres embarazadas a partir de nacimientos.

Se realizó una categorización del significado de las pruebas reactivas de sífilis lo que se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Significado de las pruebas reactivas de sífilis en el embarazo por subsector de atención. 2014.

	PUBLICO. N (%)	PRIVADO. N (%)	Valor p
Sífilis verdadera	296 (56)	120 (50)	0.39
Recuerdo inmunológico	117 (23)	70 (29)	0.33
Falso positivo	70 (14)	42 (18)	0.44
Sin clasificar	31 (6)	7 (3)	0.30
TOTAL	514 (100)	239 (100)	

No se encontraron diferencias significativas entre el subsector público y el privado, en cuanto a la interpretación de las pruebas serológicas.

En los gráficos siguientes se muestra la prevalencia de sífilis según subsector de atención y discriminado por departamentos. Es necesario aclarar que el subsector está atribuido al lugar del parto y no al lugar de control del embarazo.

Gráfico 2. Prevalencia de sífilis gestacional público/privado, Nacional, Montevideo/interior (%), 2014

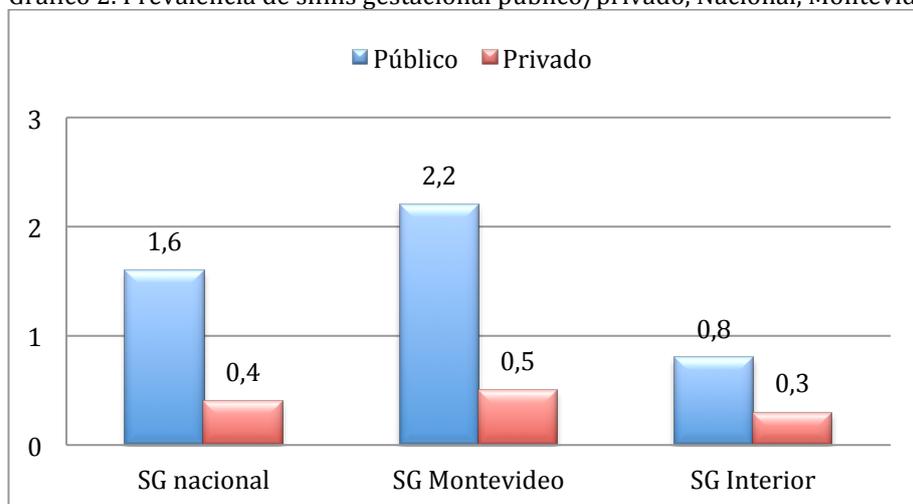


Gráfico 3. Prevalencia de sífilis gestacional por departamento, 2014 (%)

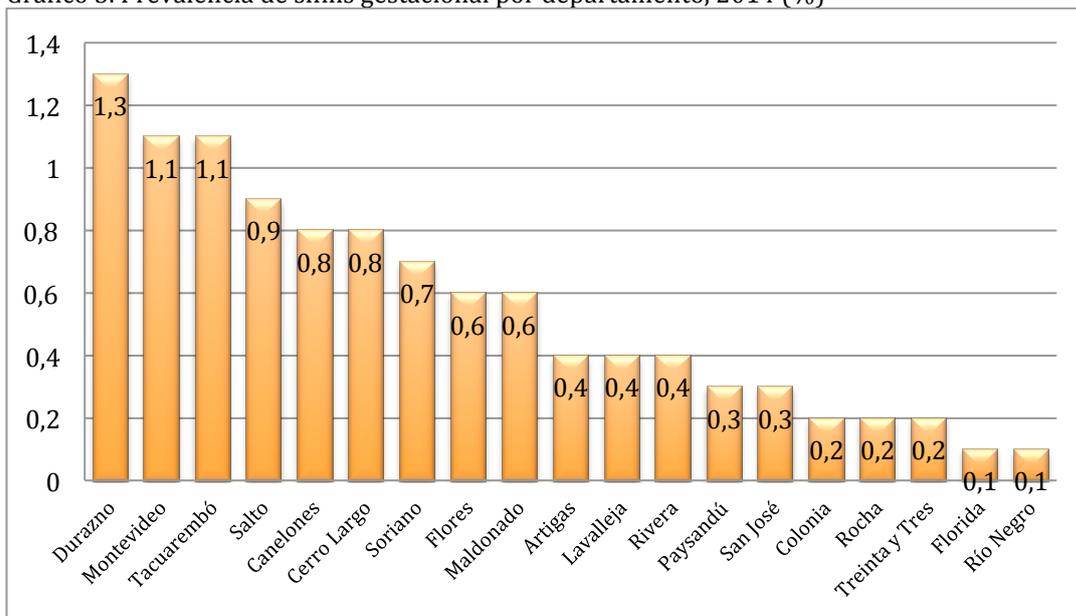
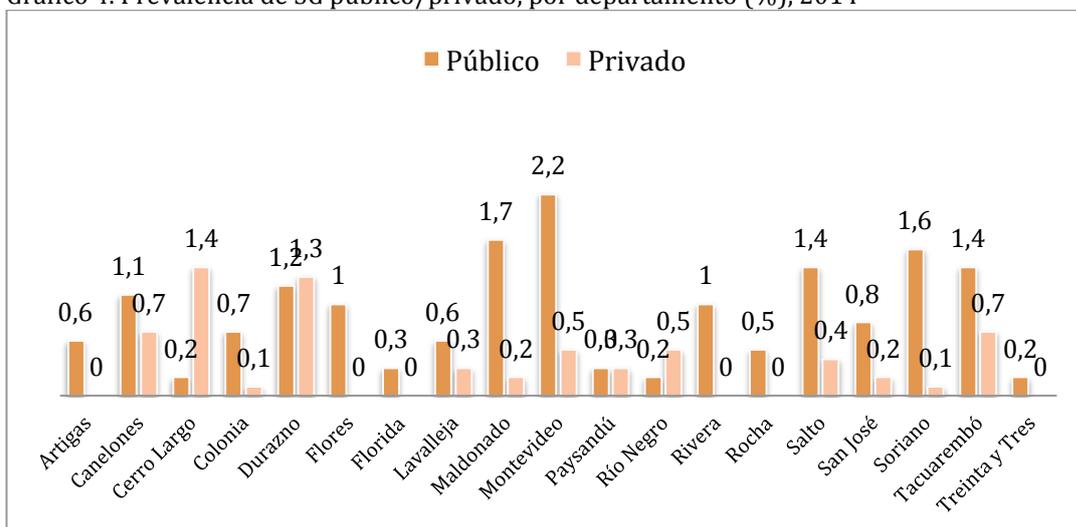


Gráfico 4. Prevalencia de SG público/privado, por departamento (%), 2014



SÍFILIS CONGÉNITA.

La prevalencia de pruebas reactivas en sangre de cordón según registros SIP y/o CNVe, y su resultado expresado en tasa de incidencia (por 1000 nacimientos) se muestra en la tabla 3.

Tabla 3. Prevalencia de prueba reactiva de sífilis en el cordón y tasa correspondiente de incidencia de SC. 2014.

Año 2014	Prueba NT reactiva en cordón	Incidencia de SC
Nacional	1.2 %	12/1000 nacimientos
Subsector público	3.1 %	31/1000 nacimientos
Subsector privado	0.2 %	2/1000 nacimientos

SIP- CNVe.

El análisis de las auditorías permitió clasificar los escenarios para SC. Se identificaron 113 casos con diagnóstico de SC (6 de ellos óbitos, uno producto de embarazo gemelar) correspondiendo a una incidencia de 2.3 casos por 1000 nacimientos. En 5 casos no se pudo clasificar al RN por falta de datos.

La incidencia obtenida luego de las auditorías se muestra en la tabla 4.

Tabla 4. Incidencia de SC (auditoria) 2014.

EMBARAZOS	INCIDENCIA DE SC
Total	2.3 /1000 (113/ 48368)
Público	5.2 / 1000 (101/19333)
Privado	0.4 / 1000 (12/28755)

El denominador utilizado en el cálculo es número de nacimientos

Gráfico 5. Comparación de prueba reactiva de sífilis en sangre de cordón y sífilis congénita según resultado de auditoría (x 1000 nacimientos) 2014.

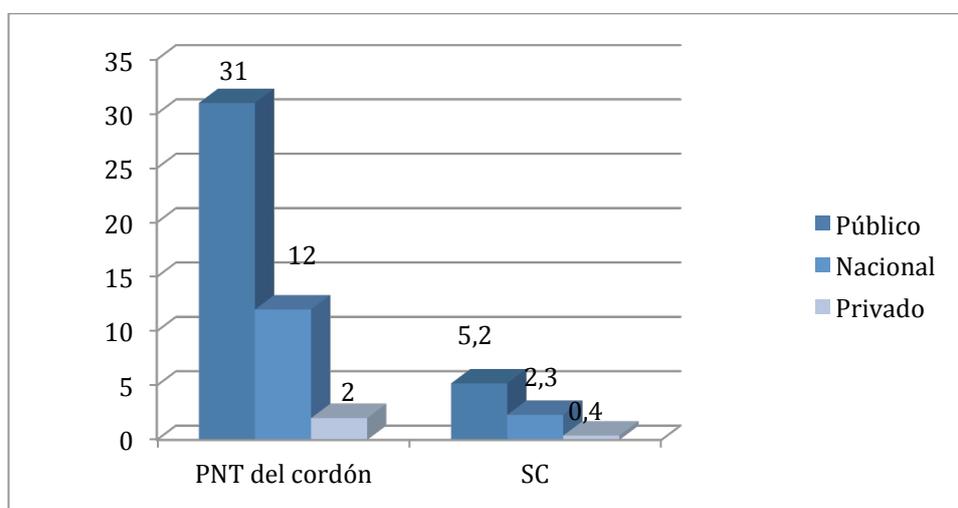
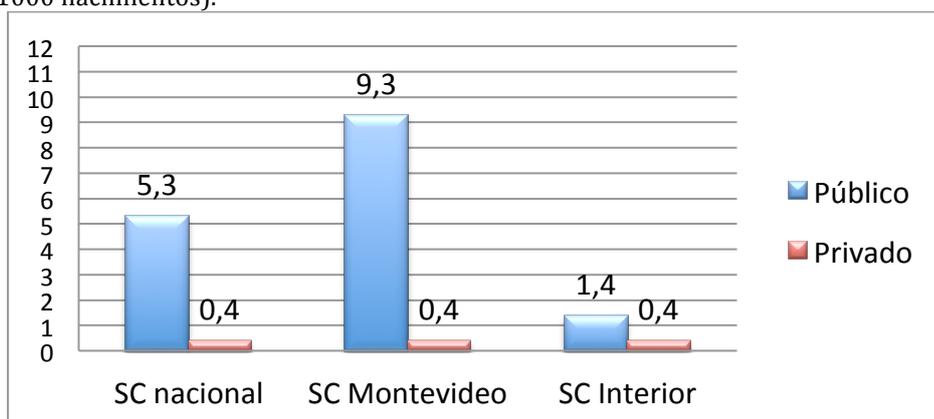


Gráfico 6. Incidencia de sífilis congénita según resultados de auditoría: Público / privado, Montevideo / interior (x 1000 nacimientos).



La categorización en público/privado se realiza por lugar de parto y no por lugar de control del embarazo.

En la gráfica siguiente se muestra la incidencia de SC por departamento. Se puede considerar que llegaron a la meta de eliminación en el año 2014 en Artigas, Cerro Largo, Flores, Florida, Río Negro, San José y Treinta y Tres.

Gráfico 7. Incidencia de sífilis congénita por departamento, 2014 (casos x 1.000 nacimientos)

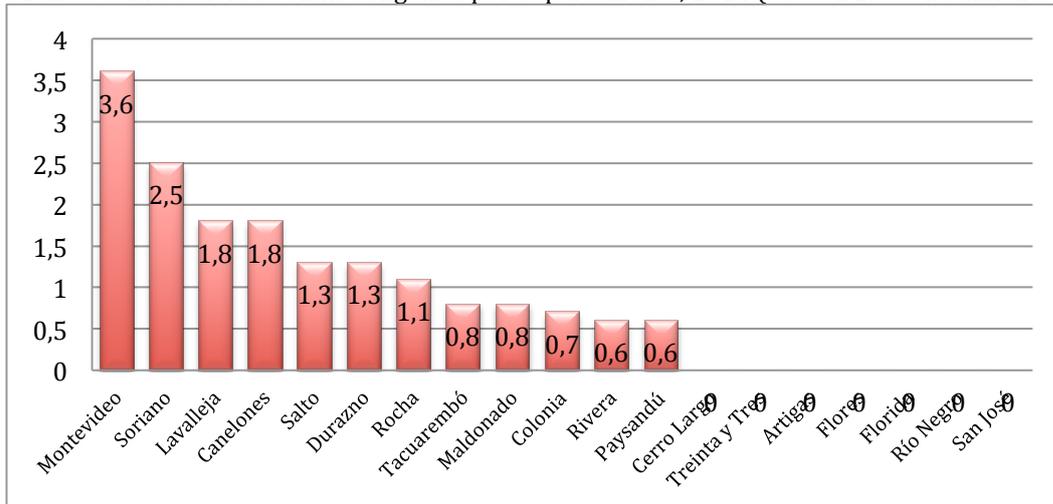
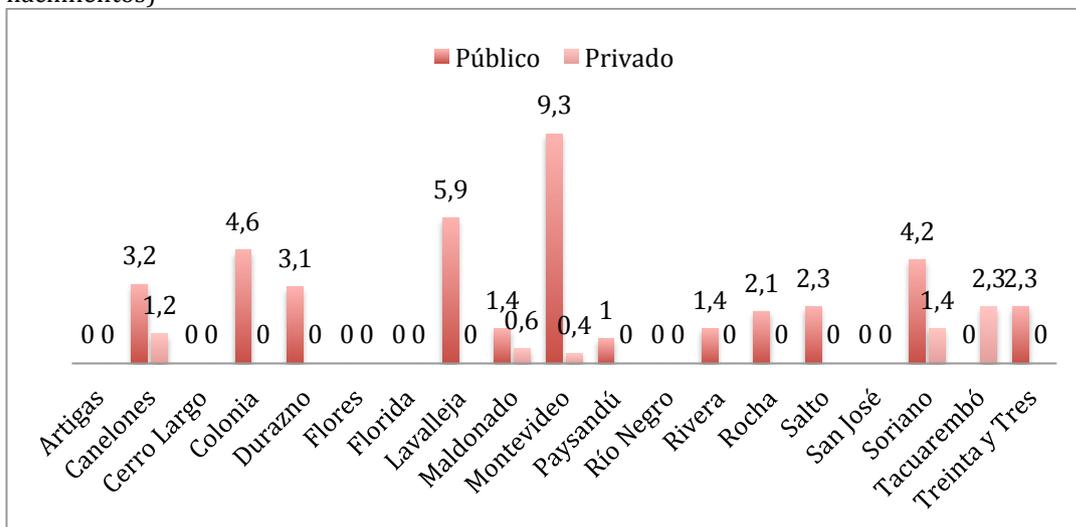


Gráfico 8. Incidencia de sífilis congénita por departamento y subsector de parto, 2014 (casos x 1.000 nacimientos)



La categorización en público/privado se realiza por lugar de parto y no por lugar de control del embarazo.

VARIABLES ASOCIADAS A SC.

Para poder conocer en profundidad los factores que pudieron incidir en la transmisión de SC, se compararon las diferentes variables del embarazo de las mujeres con sífilis gestacional que tuvieron hijos con SC de las que no (tabla 5).

Entre aquellas mujeres que tuvieron hijos/as con SC respecto a las que no, entre las primeras hubo una mayor proporción con menos de 5 controles en el embarazo, una captación más tardía de la gestación, el diagnóstico de sífilis se realizó más tardíamente durante la gestación y mayor proporción de diagnósticos en parto y puerperio, menor proporción de tratamientos correctos. Todas las reinfecciones se produjeron entre mujeres que tuvieron hijos/as con SC.

Tabla 5. Variables asociadas a SC.

VARIABLES	SC: 113	NO SC : 298	Valor de p
Menos de 5 controles	61 (54%)	23 (8%)	< .00001
Diagnóstico del embarazo (EG en semanas)	14 ± 7	12 ± 6	0.04
EG media al diagnóstico de sífilis	24 ± 11	17 ± 8	< .0001
Diagnóstico de sífilis en el parto o puerperio	50 (44%)	23 (8)	< .00001
Tratamiento correcto (%)	33 (30%) 3 sin datos	273 (93%) 4 sin datos	< .00001
Tratamiento pareja⁽¹⁾ (%)	31 (27%) 60 sin datos	113 (38%) 139 sin datos	0.09
SI/NO (%) excluyendo sin datos	31/22 (58)	113/46 (71)	0.05

⁽¹⁾ La falta de datos no permite extraer conclusiones válidas de esta comparación.

De los 113 recién nacidos vivos con SC, 46 madres presentaron una reinfección.

RESULTADOS EN VIH

Inicialmente se contó con la información de 339 casos de mujeres con prueba reactiva de VIH en el embarazo en el SIP o CNVe, correspondientes al período 1 de enero 2014 al 31 de diciembre 2014. De estas resultaron tener una prueba reactiva de VIH, confirmado por las Instituciones, por DEVISA o por el Departamento de Laboratorios de Salud Pública, 140. Esto nos da una prevalencia de VIH en mujeres embarazadas 0.29% (140/48368), 0.56% en el subsector público (107/19333) y 0.11% en el subsector privado (33/28755). Finalmente se analizan 136 nacimientos de niños expuestos, ya que 4 finalizaron su embarazo con óbitos.

En 83 (61%) el diagnóstico de VIH era conocido previo al embarazo y en 53 (38.9%) este diagnóstico se realizó durante el embarazo o en el trabajo de parto. De las 83 mujeres con diagnóstico previo, solo 37 (45%) estaban bajo tratamiento antirretroviral al diagnóstico del embarazo.

En la siguiente tabla se muestran y comparan las características de 132 mujeres en las que se obtuvo el formulario de auditoría a partir de la Institución. Las 4 restantes fueron completadas a través de datos del SIP y de laboratorio por el equipo de las áreas programáticas ya que no se recibió información.

Tabla 6. Características de mujeres con VIH y parto en el 2014 y comparación subsector Público/Privado

	Total	Subsector Público (105)	Subsector Privado (27)	Valor de p
Edad (media y DS)	28 ± 7	27 ± 6	32 ± 7	0.04
VIH previo al embarazo	63% (83/132)	65% (68/37)	55.5% (15/12)	0.38
CD4 basal	495 ± 310	488 ± 308	528 ± 401	0.60
TARV en pacientes con VIH previo	44.6% (37/83)	72.5% (29/39)	57% (8/7)	0.45
Edad gestacional al diagnóstico de VIH	17.7 ± 8	18 ± 8	17 ± 8	DNS
Edad gestacional al primer control del embarazo	13.5 ± 7	13.7 ± 7	12.5 ± 7	0.47
Diagnóstico de VIH en TDP o puerperio	3.8% (5/132)	4.8% (5/100)	0% (0/27)	-----
PTMI⁽¹⁾	94% (124/132)	93.3% (98/7)	96.3% (26/1)	DNS
EG de inicio de TARV en el embarazo	21 ± 8	21 ± 8	20 ± 8	DNS
CV indetectable previo al parto	59.1% (78/132)	55% (58/47)	74% (20/7)	0.076
Cesárea (total)	66% (87/132)	59% (62/43)	85% (23/4)	0.011
Cesárea coordinada	46.2% (61/132)	43% (45/60)	59% (16/11)	0.13

Cesárea en mujeres con CV detectable	66.7% (36/54)	64.6% (31/17)	83.3% (5/1)	0.36
Partos en mujeres con CV indetectable	33.3% (26/78)	40% (24/36)	10% (2/18)	0.013
Continuidad de TARV en el post parto	74.2% (98/132)	73.3% (77/28)	77.8% (21/6)	DNS

⁽¹⁾PTMI: profilaxis de la transmisión materno infantil.

Las mujeres embarazadas con atención en el subsector público comparadas con aquellas atendidas en el subsector privado fueron significativamente más jóvenes y una mayor proporción significativamente mayor finalizaron su embarazo mediante parto vaginal entre las que tenían carga viral indetectable.

La tasa de cesáreas fue significativamente mayor en el subsector privado a expensas de cesáreas de urgencia según el reporte de los prestadores.

Si bien la mayor proporción de cesáreas puede ser explicado por la condición de VIH, es de destacar que este exceso del procedimiento coincide con la realidad nacional, siendo uno de los temas relevantes a abordar en el presente quinquenio.

TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH

La tasa de TV en el 2014 correspondió a 2.9% (4/136), 2.8% (3/107) en el subsector público y 3% (1/33) en el privado.

En la siguiente tabla se muestran las variables relevantes que intervienen en el riesgo de transmisión.

Tabla 6. Características de los casos que resultaron en TV de VIH en el 2014.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Subsector de asistencia	Público	Público	Público	Privado ⁽¹⁾
Edad materna	38	31	23	17
Nº de controles en el embarazo	0	< 5	>5	>5
Edad gestacional al primer control	NC	SD	17	12
Diagnóstico de VIH	Previo	Previo	Previo	Embarazo (32 semanas)
1er prueba realizada en el embarazo	NC	NC	NC	32
TARV	NO	SI	SI	NO
EG al inicio de TARV	NC	32	28	NC
AZT	SI	SI	SI	NO
NVP monodosis	NO	NO	NO	NO
Cesárea	SI	SI	SI	NO
Profilaxis RN	SI	SI	SI	SI
ARV al RN	AZT	AZT + NVP	AZT	AZT
CV al parto	SD	3923 copias/mL	SD	SD
Suspensión de	SI	SI	SI	SI

lactancia				
------------------	--	--	--	--

(1) No se comunicó el diagnóstico hasta la obtención del estudio confirmatorio, por lo que no hubo intervenciones para evitar la TV excepto la indicación de profilaxis al RN y suspensión de lactancia.

Del análisis de la tabla se desprende que en 3 de los 4 casos que hubo errores en el proceso asistencial que probablemente contribuyeron a la transmisión. Solo en el caso 1 la usuaria no concurrió a los controles a pesar de conocer su diagnóstico, lo que impidió implementar medidas de prevención. En esta caso la usuaria se encontraba en situación de calle sumando seguramente otras condiciones de vulnerabilidad no valoradas en la auditoría.

Bibliografía.

1. López Gómez A, Benia W, Alemán A, Vázquez J. Una década de sífilis gestacional y congénita en Uruguay: 2000-2009: situación epidemiológica, determinantes sociales y políticas públicas. Montevideo: CLAP/SMR, 2011. (CLAP/SMR. Publicación científica; 1580). Disponible en: [http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&task=cat_view &gid=673<e=mid=247](http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=673<e=mid=247) [Consulta: 20 de julio de 2014].
2. Quian J, Gutiérrez S, Zabala C, et al. Oportunidades perdidas para evitar la Transmisión materno-infantil del Virus de Inmunodeficiencia Humana; Uruguay 2005 - 2007. *Rev Med Urug* 2009; 25:27- 33.
3. Quian J, Gutiérrez S, González V, Visconti A, Sicco G, Murialdo C, Lioni M. Prevención de la transmisión materno- infantil del Virus de Inmunodeficiencia Tipo 1 en Uruguay, 1987 - 2009. Análisis de las diferentes medidas adoptadas. *Rev Chil Infectol* 2012; 29: 87- 94.
4. Cuevas L. De Oliveira R. Sífilis congénita: un desafío nacional. *Arch Gin Obstet* 2005; 43(3):143-7.
5. Agorio C, De Mucio B, Iraola I, Hortal M. Sífilis congénita: auditorias en tiempo real. *Rev Med Urug* 2009; 25: 219-23.
6. Blanco B, Fierro P, Moraes M. Incidencia de sífilis materna y sífilis congénita en Maldonado. *Arch Gin Obstet* 2011, 49 (2): 45-69.
7. Uruguay. Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud. Guía clínica para la eliminación de la transmisión materno - infantil del VIH y de la sífilis. Montevideo: DPES, Área de Salud Sexual y Reproductiva. Programa Nacional ITS-VIH/Sida, 2013: 60 p.
8. Uruguay. IMPO. Código Nacional sobre Enfermedades y Eventos Sanitarios de Notificación Obligatoria. Decreto N ° 41/012. Diario Oficial, 28/02/2012. Disponible en: http://www.impo.com.uy/banco_datos/sanidad.htm [Consulta: 20 de julio de 2014].
9. Uruguay. Administración de los Servicios de Salud del Estado - Centro Hospitalario Pereira Rossell, Hospital de la Mujer "Dra. Paulina Luisi". Informe de gestión de maternidad 2012: 3 de junio del 2013. Montevideo: ASSE, 2013: 42 p. (SIP 2012).
10. Quiñones P, Franciulli A, Greif D, Nozar M, Fiol V, Visconti A, Cabrera S. Resultados de la validación del formulario nacional de auditoría de sífilis gestacional y congénita en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. *Rev Med Urug* 2014; 30(4):226-234.
11. Universidad de Antioquía. Facultad de Medicina. NACER Centro asociado al CLAP/ SMR- OPS/OMS, Gallego L, Vallejo W, Vélez G, Gómez J. Guía, diagnóstico y manejo de la sífilis gestacional y congénita. Medellín: Universidad de Antioquia, 2007: 11 p.
12. Guía clínica para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS, 2009.