

Resultados de la validación del formulario nacional de auditoría de sífilis gestacional y congénita en el Centro Hospitalario Pereira Rossell

Dres. Patricia Quiñones*, Agustina Franciulli†, Diego Greif‡, Verónica Fio§, María Fernanda Nozar M§, Ana Visconti**, Susana Cabrera††

Resumen

Introducción: la sífilis es una infección de transmisión sexual en aumento en el mundo y en nuestro medio, a pesar de ser una enfermedad evitable, diagnosticable y curable, tanto en el embarazo como en el período posnatal.

Objetivo: validar el formulario nacional de auditoría de sífilis gestacional y congénita. Establecer un panorama actual del estado de sífilis en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR).

Material y método: estudio descriptivo transversal. Consiste en la realización del formulario de auditoría a las pacientes que se encontraban internadas en sala de púerperas en la maternidad del CHPR en los períodos 12 al 18 de setiembre, 3 al 17 de octubre y 1° de noviembre al 30 de noviembre de 2012.

Población: se seleccionaron las historias clínicas de las pacientes púerperas internadas en el CHPR con VDRL positivo.

Resultados: luego de la aplicación piloto del formulario se realizó la versión definitiva para su aplicación a nivel nacional para auditoría de sífilis gestacional y congénita. En ese período hubo 1.096 nacimientos, realizándose diagnóstico de sífilis en 20 pacientes (1,82%).

Conclusiones: la aplicación de esta herramienta a nivel nacional permitirá el diseño de estrategias en prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de sífilis gestacional y congénita en nuestro país. Surgen como barreras para la erradicación de la sífilis: el diagnóstico tardío, la falta de tratamiento de los contactos y la falta de registro de la denuncia obligatoria.

Palabras clave: SÍFILIS CONGÉNITA
EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA

Keywords: SYPHILIS, CONGENITAL
EPIDEMIOLOGY, DESCRIPTIVE

* Ex Residente de Clínica Ginecocológica "A", Centro Hospitalario Pereira Rossell. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

† Residente de Clínica Ginecocológica "A", Centro Hospitalario Pereira Rossell. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

‡ Asistente de Clínica Ginecocológica "A", Centro Hospitalario Pereira Rossell. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

§ Profesora Adjunta de Clínica Ginecocológica "A", Centro Hospitalario Pereira Rossell. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

** Ginecóloga, Asesora de Transmisión Vertical en el Programa Nacional ITS-VIH/Sida. Uruguay.

†† Responsable del Programa Nacional ITS-VIH/Sida. Ministerio de Salud Pública. Prof. Agda. de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

Correspondencia: Dr. Diego Greif. Osorio 132 1703. Montevideo, Uruguay

Correo electrónico: diegogreif@gmail.com

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Recibido: 28/7/14

Aprobado: 8/9/14

Introducción

La sífilis es una infección sistémica de evolución crónica con períodos asintomáticos causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*. Es una infección de transmisión sexual en aumento en el mundo y en nuestro medio, a pesar de ser una enfermedad evitable, diagnosticable y curable, tanto en el embarazo como en el período posnatal. Para el feto, el riesgo de infección durante el embarazo es alto. Este riesgo depende del momento en que la madre adquiere la infección⁽¹⁾.

Su definición como problema de salud pública se justifica debido a la afectación directa de mujeres y recién nacidos (RN), siendo una enfermedad para la cual se dispone de tratamientos accesibles, eficaces y de bajo costo. La penicilina es el único antibiótico de probada eficacia para tratar la sífilis en la embarazada. Sana a la mujer, previene la transmisión vertical y trata la infección fetal en caso de haberse producido⁽¹⁾.

Se define como portadora de sífilis gestacional (SG) a toda mujer gestante, puérpera o con un aborto reciente con prueba no treponémica (VDRL o RPR) reactiva (mayor o igual a 1:8 diluciones) o en menores diluciones con prueba treponémica (FTA-abs o TPHA) positiva⁽²⁾. Desde el punto de vista programático y epidemiológico se considerarán todas las serologías positivas como diagnóstico de presunción (o posibles diagnósticos) a fin de asegurar el tratamiento precoz⁽³⁾.

Se define como portador de sífilis congénita (SC) a todo recién nacido, óbito fetal o aborto espontáneo de una mujer con sífilis en el embarazo que no ha recibido un tratamiento apropiado; un RN con títulos de VDRL o RPR que cuadruplica los títulos de la madre; RN con manifestaciones clínicas sugerentes de SC y serología positiva independientemente de los títulos; producto de gestación o placenta con evidencia de infección por *T. pallidum* en estudios histológicos⁽⁴⁾.

Entre 50% y 80% de los embarazos con infección por sífilis, sin un adecuado tratamiento, culminarán en forma adversa, pudiendo producir aborto, muerte fetal, muerte neonatal, parto prematuro, bajo peso al nacer e infección congénita⁽¹⁾.

Para el control de la SG y la SC se requiere conocer su magnitud así como identificar y conocer los determinantes sociales que inciden en su prevalencia, lo cual permitirá definir estrategias nacionales para su erradicación desde una perspectiva integral de la salud sexual y reproductiva (SSR) y de la salud neonatal^(1,5).

Desde el año 2010, el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha implementado varias estrategias complementarias y sinérgicas para contribuir al logro de estos objetivos: Plan de impacto para disminuir la transmisión vertical de sífilis, 2010-2015; 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 de diagnóstico y tratamiento de sífilis en el embarazo y sífilis congénita, 2012; Actualización de guías de VIH, incluyendo diagnóstico y tratamiento en mujeres embarazadas y recién nacidos, 2013⁽⁴⁾.

Los objetivos de este artículo son validar el formulario de auditoría de sífilis gestacional y congénita del MSP y establecer un panorama actual del estado de sífilis en nuestro hospital durante el período de estudio.

Material y método

La creación de un formulario de auditoría de sífilis para su aplicación en todo el territorio nacional pasó por un proceso de varias etapas.

Etapa 1: confección de un primer formulario de auditoría de sífilis gestacional y congénita a cargo del Programa Nacional ITS-VIH/Sida del MSP.

Etapa 2: ajuste del mismo por parte de panel de expertos y definición de formulario piloto.

Etapa 3: aplicación piloto en el CHPR.

Etapa 4: trabajo de campo. Análisis de la aplicabilidad del formulario y resultados.

Etapa 5: incorporación de modificaciones. Formulario final.

Trabajo de campo: se realizó un estudio descriptivo transversal. Población: pacientes internadas en la sala de puérperas de la maternidad del CHPR.

Períodos de estudio: el primer período de estudio fue del 12 al 18 de setiembre de 2012, cuando se aplicó la versión inicial del formulario (etapas 3 y 4), y en los siguientes períodos (3 al 17 de octubre y del 1° al 30 de noviembre de 2012) la versión final del mismo (etapa 5). Entre ambos períodos se realizaron modificaciones en cuanto a la redacción, incluyéndose el análisis de los escenarios de los RN.

Durante los períodos de estudios se realizó un relevamiento diario en sala de puérperas de todos los nacimientos, identificándose todas las mujeres que presentaron tests no treponémicos (VDRL-RPR) o tests rápidos (treponémicos) positivos en algún momento del embarazo o puerperio, o VDRL-RPR positivo en sangre de cordón.

Para completar el formulario de la auditoría se obtuvieron los datos de la historia clínica del Sistema Informático Perinatal (SIP) del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), de la auditoría de las historias clínicas y de la entrevista a las pacientes puérperas internadas.

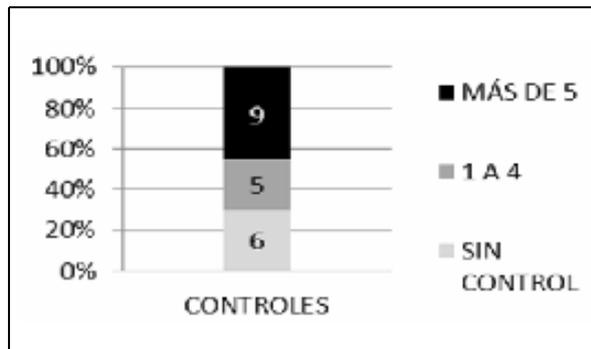


Figura 1. Número de controles de embarazo en pacientes con VDRL +

El formulario nacional de auditoría de sífilis gestacional y congénita consta de cinco secciones (anexo 1):

1. Datos de la unidad notificadora.
2. Datos de la embarazada.
3. Datos del embarazo actual: incluye momento de diagnóstico y tratamientos.
4. Tratamiento de los contactos.
5. Finalización del embarazo: incluye estatus del VDRL del RN. Necesidad de tratamiento del RN en base a cuatro protocolos de actuación definidos por escenarios según los Centers for Disease Control and Prevention (CDC)⁽⁶⁾, modificados de acuerdo a la realidad epidemiológica nacional (anexo 2).

Resultados

En los períodos de estudio se produjeron en total 1.096 nacimientos, realizándose diagnóstico de SG en 20 pacientes (1,82%).

Datos de la embarazada: de las pacientes con VDRL positivo, nueve pacientes tenían antecedente previo a la actual gestación de infección por sífilis, nueve pacientes no tenían antecedente y dos pacientes sin datos. Todas las pacientes negaban el antecedente de algún RN con SC.

Embarazo actual: 16 pacientes habían concurrido al menos a un control de embarazo, mientras que en seis casos se trataban de embarazos sin control (figura 1).

La primera prueba para detección de sífilis se realizó en el primer trimestre en dos pacientes, en el segundo trimestre en seis pacientes, en el tercer trimestre en cinco pacientes, realizándose el primer VDRL o prueba rápida en el puerperio en seis pacientes (figura 2).

Se realizó diagnóstico de sífilis en diez pacientes en el puerperio, en tres en el primer trimestre, cuatro en el segundo y tres en el tercer trimestre (figura 2).

Tratamiento: se realizó tratamiento a 19 pacientes. En la paciente en que no se realizó tratamiento se interpretó el resultado de VDRL como recuerdo (2 unidades

en una paciente correctamente tratada previamente). Se realizó tratamiento en el primer trimestre a dos pacientes, en el segundo trimestre a tres pacientes, en el tercer trimestre a cinco y en el puerperio a nueve pacientes (figura 2).

Del total de las pacientes que recibieron tratamiento, en 16 fue completo. De las tres pacientes con tratamiento incompleto, en dos de ellas se comenzó en el puerperio y estaban recibiendo tratamiento durante la aplicación del formulario (por lo que desconocemos si se completó).

Contactos: 16 mujeres referían un único contacto sexual durante el embarazo, mientras que dos tuvieron cuatro y cinco durante el mismo. Faltan datos de dos pacientes; 17 de ellos no se controlaron, mientras que siete sí lo hicieron. No obtuvimos información de cuatro contactos. De los siete que se controlaron, se realizó diagnóstico de sífilis a cuatro. De los otros (tres) no tenemos datos; igualmente el 100% de los que se controlaron fueron tratados.

Se les suministró preservativos solo a tres pacientes. Todas las pacientes refirieron que no se les informó acerca de la necesidad de tratamiento de sus contactos sexuales.

En ninguna de las historias clínicas se mencionaba la realización de la notificación obligatoria al MSP.

Finalización del embarazo: todas las pacientes tuvieron RN vivos. En 19 pacientes se obtuvieron RN de término (≥ 37 semanas de EG). Un RN prematuro de 35 semanas de edad gestacional, embarazo complicado por síndrome preeclámpsia eclámpsia.

SC: se realizó diagnóstico de SC probable (escenario 2) en 12 RN, en un paciente bajo riesgo de SC (escenario 3) y en tres pacientes muy bajo riesgo (escenario 4). No se obtuvieron datos de cuatro pacientes (figura 3, anexo 2).

El tratamiento de los RN se realizó guiado por el escenario en donde se ubicaran en cada caso, de acuerdo a las pautas del CDC adaptadas para nuestro medio⁽⁴⁾.

Se realizó tratamiento en 16 RN. No se realizó en cuatro RN, de los cuales uno de ellos era hijo de la paciente en que se interpretó el resultado de VDRL positivo como recuerdo. Se obtuvieron datos de la mitad de los RN en cuanto a su evolución, diez pacientes, los cuales todos fueron sanos.

No hay datos en la historia clínica del RN en cuanto a notificación al MSP.

Discusión

Desde 1994, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la 24ª Conferencia Sanitaria Panamericana, convocó a redoblar esfuerzos para la eliminación de la SC, considerado un problema de salud pública en las

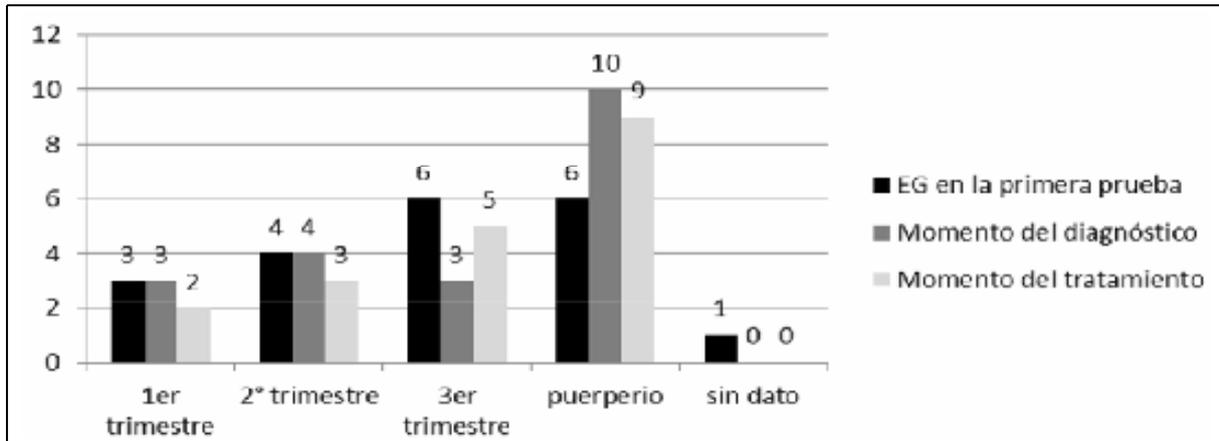


Figura 2. Momento de detección de SG, diagnóstico y tratamiento

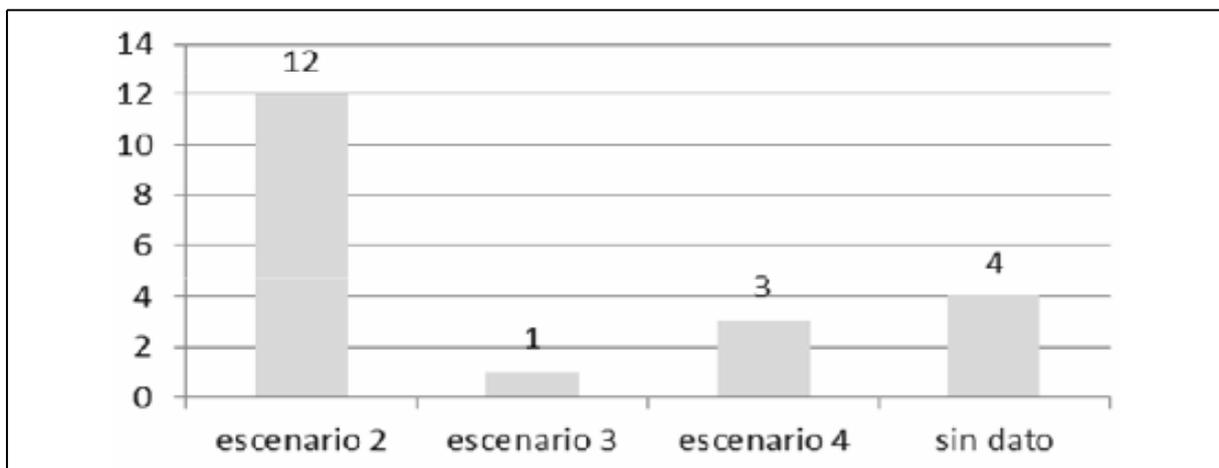


Figura 3. Diagnóstico de sífilis congénita

Américas. Y desde allí se han realizado diversas medidas para disminuir la incidencia de esta infección de transmisión sexual (ITS) y así disminuir la incidencia de la SC. Diferentes organizaciones mundiales vinculadas con la salud poblacional plantean la necesidad de que los Estados adopten un rol relevante, generando políticas públicas tendientes a erradicar la SC⁽¹⁾.

En nuestro país desde el año 1999 se comienzan a crear programas en cuanto a salud sexual y reproductiva en el ámbito del MSP. Se integran las ITS y el VIH-Sida al campo de la SSR. A partir febrero de 2004, con el decreto N° 64/004 y actualizado mediante el decreto N° 41/012, los documentos de vigilancia epidemiológica del MSP y el Código Nacional sobre enfermedades y eventos sanitarios de notificación obligatoria incluyeron la SC en el Grupo A (enfermedades que deben ser notificadas de forma inmediata por la vía de comunicación más rápida posible)⁽⁷⁾. En el período 2005 a 2010 la SC y la SG en las acciones de política pública surgen co-

mo un eje temático propio, tanto en el campo de la SSR como en el campo de la salud materno-infantil.

Este formulario sobre auditoría de sífilis nos permite extraer resultados no solo con respecto a la incidencia de SG y SC, sino también con aspectos vinculados a las características de la población y su manejo. Es posible evaluar aspectos como el momento del diagnóstico, el tratamiento instaurado, la identificación y el tratamiento de los contactos y del RN. Su aplicación a nivel nacional permitirá, a los responsables de las políticas públicas, generar estrategias tendientes a intervenir en la prevención, el diagnóstico oportuno y el tratamiento de la sífilis en nuestro país.

A pesar de los esfuerzos para disminuir la incidencia de esta infección, la misma sigue existiendo y con una incidencia en aumento tanto en el embarazo como en el RN^(8,9). Denota un fracaso del sistema de salud, por lo cual es necesario analizar lo que está sucediendo a los efectos de encontrar una solución para este gran proble-

ma sanitario. La mejor herramienta para combatir dicho aumento es educar a la población sobre la importancia del control del embarazo y su captación precoz, y de esta manera ejercer sus derechos sexuales y reproductivos en forma plena⁽⁵⁾.

Durante el período de validación del formulario se realizó diagnóstico de SG en 1,82% de los nacimientos. Estos datos presentan una discordancia con los datos obtenidos a partir del SIP durante todo el año 2012, en el cual se realizó diagnóstico de SG en el 3,5% del total de pacientes⁽⁹⁾. Esto se puede deber a un corto período de estudio y al bajo número de pacientes relevadas. Por otro lado, la base de datos del SIP contiene a todas las pacientes con resultado VDRL +, incluyendo los falsos positivos.

En nuestro país es obligatoria la realización de VDRL-RPR a toda embarazada en el primer control obstétrico, en el segundo y en el tercer trimestre con el objetivo de lograr un diagnóstico precoz y evitar así la transmisión hacia el feto. En pacientes con alto riesgo de infección se recomienda la realización mensual de esta prueba diagnóstica. De resultar esta prueba reactiva independientemente del nivel de anticuerpos, debe ser tratada para evitar la SC. Posteriormente se completarán los estudios para confirmar o no el diagnóstico de sífilis activa^(4,8).

En el 75% de las pacientes la primera prueba de detección se realizó en el tercer trimestre y puerperio, coincidiendo en el 73% de los casos con el momento del diagnóstico. Esto no nos permite conocer si la infección se produjo durante la gestación o antes de la misma, desconociendo, de no haber elementos clínicos sugestivos, la etapa de la infección y con ello el riesgo de infección fetal⁽⁵⁾.

El 55% de estas pacientes eran embarazos mal controlados o sin control. Está claramente demostrado que el correcto control del embarazo es una de las principales herramientas para la detección precoz y erradicación de la sífilis^(4,5,10).

La realización de pruebas diagnósticas durante el embarazo permite la realización de tratamiento durante el mismo, y así tratar a la madre y al feto. De culminar el tratamiento un mes previo al nacimiento del niño también podemos considerar a ese RN tratado. La realización del diagnóstico durante el puerperio o el tercer trimestre del embarazo (65% en nuestro caso), hace que perdamos la oportunidad de tratar al feto in útero, y somete al RN al tratamiento intravenoso por diez días, dado que lo ubica en el escenario 2 con planteo de SC probable⁽⁴⁾.

En cuanto al tratamiento, durante el período de estudio encontramos que el tratamiento de la mujer, una vez realizado el diagnóstico, es correcto y completo (en general, tres dosis).

Hay que destacar que el 45% de las pacientes con diagnóstico de SG tenían antecedente de sífilis tratada previamente. A partir de esto se objetiva la importancia, una vez

captada la paciente y hecho el diagnóstico, del tratamiento de los contactos. De no tratarlos, el tratamiento de la paciente es en vano^(3,11). Se demostró en este estudio que menos de la mitad de los contactos fueron tratados. La SG es un claro ejemplo de la imposibilidad de la mujer de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos con plenitud. La falta de empoderamiento y autonomía por parte de las mujeres son algunos de los determinantes⁽¹²⁾.

De acuerdo a la Ordenanza Ministerial N° 447, la dirección técnica de la institución que asistió la finalización del embarazo es la responsable de realizar la auditoría, siendo relevante que exista un referente por centro que reúna la información y genere el contacto con el centro de referencia. A los efectos prácticos, en el CHPR se determinó que quien inicia el formulario debe ser el profesional responsable del nacimiento. Una vez realizada la auditoría, la institución debe enviar al MSP el formulario completo con una copia de historia SIP en un plazo no mayor a los 60 días de producido el parto, la cesárea o el aborto⁽¹³⁾. En ningún caso constatamos a nivel de la historia clínica que se haya notificado al MSP.

Conclusiones

Destacamos la relevancia de contar con un formulario de auditoría para SG y SC validado. El mismo es pasible de ser aplicado en población de embarazadas o púerperas en las que se hace diagnóstico.

El formulario logró aplicarse a la población objetivo, diseñado con un lenguaje claro que permite que sea realizado por el personal de salud que está en contacto día a día con las pacientes. Llevadas a cabo cada una de las etapas anteriormente explicadas, se pudo aplicar el formulario, lográndose así la validación del mismo.

Se detectaron como principales barreras para el cumplimiento de las metas de erradicación de la sífilis el diagnóstico tardío, en el tercer trimestre o incluso en puerperio, la falta de tratamiento de los contactos y omisión en entrega de preservativos y la falta de registro de la denuncia obligatoria.

El diagnóstico tardío de SG determina que perdamos la oportunidad de tratar al feto y así evitar tratamientos y procedimientos invasivos a los RN.

La aplicación de esta herramienta a nivel nacional permitirá el diseño de estrategias en prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de sífilis gestacional y congénita en nuestro país.

Abstract

Information: syphilis, a sexually transmitted disease is gradually increasing globally, in spite of it being an avoidable disease that may be diagnosed and treated both during pregnancy and in the post-natal period.

Objective: to validate the national audit form for

gestational and congenital syphilis. To determine the current situation of syphilis at the Pereira Rossell Hospital Center.

Method: transversal descriptive study. The audit form was completed for the patients who were hospitalized in the postpartum patients ward at the Pereira Rossell maternity from between 12-18 November, 3-17 October and 1-30 November 2012.

Population: the clinical records of VDRL positive postpartum patients hospitalized at the Pereira Rossell Hospital were selected.

Results: after the pilot application of the form, the final version was defined to be applied nationally for gestational and congenital syphilis. During that period there were 1,096 births, and syphilis was diagnosed in 20 patients (1.82%).

Conclusions: applying this tool at the national level will enable the design of prevention, early diagnosis and treatment of gestational and congenital syphilis in our country. Late diagnosis, no treatment for contacts and failure to perform the mandatory report constitute barriers for its eradication.

Resumo

Introdução: a sífilis é uma infecção de transmissão sexual que vem aumentando em todo mundo e também no nosso meio apesar de ser uma doença evitável, diagnosticável e curável, tanto durante a gravidez como no período pos-natal.

Objetivo: validar o formulário nacional de auditoria de sífilis gestacional e congênita. Estabelecer um panorama atual do estado da sífilis no Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Material e método: estudo descritivo transversal. Consiste na aplicação do formulário de auditoria às pacientes internadas na sala de puérperas da maternidade do CHPR nos períodos 12 - 18 de setembro, 3 - 17 de outubro e 1º de novembro - 30 de novembro de 2012.

População: foram selecionados os prontuários médicos puérperas internadas no CHPR com VDRL positivo.

Resultados: depois da aplicação de um piloto do formulário, a versão definitiva foi definida para ser aplicado em todo o país para auditoria de sífilis gestacional e congênita. Nesse período 1.096 nascimentos foram registrados, sendo que em 20 pacientes (1,82%) foi realizado diagnóstico de sífilis.

Conclusões: a aplicação deste instrumento em todo o país permitirá planejar estratégias para a prevenção, diagnóstico precoce e tratamento da sífilis gestacional e congênita no nosso país. Surgem como barreiras para a erradicação da sífilis: o diagnóstico tardio, a falta de tratamento dos contactos e a falta de registro da notificação compulsória.

Bibliografía

1. **López Gómez A, Benía 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&Itemid=247 [Consulta: 20 de julio de 2014].
2. **Universidad de Antioquia. 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.
3. 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.
4. **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.
5. **Organización Mundial de la Salud.** Eliminación mundial de la sífilis congénita: fundamentos y estrategia para la acción. Ginebra: OMS, 2008: 40 p.
6. **Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Workowski KA, Berman S.** Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. MMWR Recomm Rep 2010; 59 (RR-12):1-110. Disponible en: www.cdc.gov/mmwr [Consulta: 20 de Julio de 2014].
7. **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/bancodatos/sanidad.htm> [Consulta: 20 de julio de 2014].
8. **Castro C, Moldes M, Nozar F, Episcopo C, Fiol V, Alonso J.** Estudio clínico en el CHPR. Sífilis y embarazo: problema sanitario actual. Arch Gin Obstet 2008; 46(1):19-23.
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. **Valderrama J, Zacarías F, Mazín R.** Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. Rev Panam Salud Pública. 2004; 16(3): 211-7.
11. **Agorio C, De Mucio B, Iraola I, Hortal M.** Sífilis congénita: auditorías en tiempo real. Rev Méd Urug 2009; 25:219-23.
12. **Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, Programa Prioritario ITS/SIDA.** Infecciones de transmisión sexual. Pautas de diagnóstico, tratamiento y control epidemiológico. Montevideo: MSP, 2005: 54 p.
13. **Uruguay. Ministerio de Salud Pública.** Guía de procedimiento para reducir las infecciones de transmisión sexual en la etapa con-natal y optimizar el control del embarazo (Ordenanza Ministerial N° 447, 14 de agosto de 2012). Montevideo: MSP, 2012.

Anexo 1. Formulario de auditoría de sífilis gestacional y congénita






FORMULARIO AUDITORIA DE SIFILIS GESTACIONAL Y CONGENITA		
FECHA: / /		
DATOS UNIDAD NOTIFICADORA		
Centro/Hospital donde se asistió el nacimiento:		
Ciudad/Departamento:		
Responsable de la auditoría:		
Teléfono:	Mail:	
DATOS DE LA EMBARAZADA		
Iniciales:	CI:	N° historia clínica:
Teléfono:		
Dirección al alta de la paciente:		
Antecedentes de sífilis previo al embarazo:		
No () sí () recibió tratamiento: no () sí () completo sí () no () fecha:		
Recién Nacidos con sífilis congénita: sí () no () s/d ()		
DATOS DEL EMBARAZO ACTUAL		
Código SIP de la institución donde efectuó el control:		
Teléfono de contacto:		
Responsable/s del control N° CJP:		
N° Control: 0' () 1 a 4 () 5 o + () Edad gestacional 1er control:		
* Motivo del no control: Falta acceso () No quiso () Problemas familiares ()		
Tolerancia: A. Aborto () AP: () otras ITS, etc:		
Momento de primera prueba de sífilis: en embarazo, TC: () en el puerperio: ()		
Técnica:	Resultado:	No se realizó: ()

Diagnóstico de sífilis		
¿Cuándo empezaron de sífilis: en embarazo, ESR () o en el postnatal ()		
¿Período de diagnóstico: Clínico () / Tímulo Treponémico / Prueba Súbita () / TPHA/FTAabs ()		
¿Poderon ser tratadas: VDRL/TPR () Títulos		
Se informó el diagnóstico de sífilis: sí () no () sí/no ()		
Se informó a VNI: sí () no () no se informó () sí/no ()		
Se realizó tratamiento: sí () no () tratamiento fallido:		
en embarazo ESR () en postnatal () Completo tratamiento: sí () ¿cómo dosis? fecha última dosis: no () caso		
Si no se realizó tratamiento, ¿qué acciones se tomaron?		
¿Se usaron medicamentos? sí () no () caso		
Control de resultados realizados: X- Tímulo Treponémico Resultado: X- Tímulo Treponémico Resultado: VDRL/TPR Títulos Resultado		
Médico tratador: Tit		
CONTACTOS		
Nº de contactos: sí/no () Se controlaron: sí () no () sí/no ()		
Se realizó diagnóstico de sífilis: sí () no () sí/no ()		
Se usaron SSI: sí () no () Completo o tratamiento: sí () no () sí/no () Si no se usaron, ¿qué acciones se realizaron?		

INSUFICIENCIA DEL EMBARAZO

Fecha: / /		
Síntoma () Anemia por deficiencia de hierro () no () Síntoma () Anemia por deficiencia de hierro () no () Síntoma () Síndrome () no ()		
*Adaptar según la clínica		
Diagnóstico del RN: Síntoma () Síntoma () Síntoma () Síntoma () Embarazo del RN: sí/no () otro diagnóstico () diagnóstico () Tratamiento: sí () no ()		
No ()		

ANÁLISIS Y RECOMENDACIONES

¿El diagnóstico fue oportuno?

¿El tratamiento fue adecuado y completo?

¿Se tomaron los contactos recomendados?

¿Se adoptaron medidas preventivas (uso de preservativo, abstinencia por un tiempo, etc.)?

¿En los casos de sífilis completa, ¿se realizaron todas las acciones de manejo de la enfermedad de sífilis?

Recomendaciones prácticas:

