

Situación actual de la sífilis congénita en el departamento de Paysandú, años 2015-2019

Congenital syphilis in Paysandú Department at present (2015-2019)

Situação atual da sífilis congênita no departamento de Paysandú (2015-2019)

Ana Sequeira¹, Catalina Canziani², Belén Amorín³, Sergio Venturino⁴, Elena González²,
Catalina Pérez⁵, Micaela Caporale⁶, Silvia Gibara⁷, Adriana Mata⁷, Claudia Venturino⁷

Resumen

Introducción: la sífilis es una enfermedad de transmisión sexual, evitable y curable que se transmite al feto. Aunque el tratamiento materno es de fácil realización y bajo costo, Uruguay persiste con dificultades en el control y eliminación de la sífilis congénita (SC).

Objetivos: describir la incidencia de casos de SC en el departamento de Paysandú, durante el período comprendido entre el 1/1/2015 y el 31/7/2019.

Describir características epidemiológicas y clínicas de las embarazadas y sus recién nacidos (RN) con diagnóstico de SC.

Metodología: estudio descriptivo y retrospectivo. Los datos se obtuvieron de auditorías, historias clínicas de internación y policlínicas. Se definió caso de SC según la Organización Panamericana de la Salud y se utilizaron los cuatro escenarios de SC propuestos por el Centers of Disease Control and Prevention (CDC).

Resultados: se registraron 30 RN con SC o

probabilidad de SC. Veintisiete del subsector público y tres del privado. Casi la mitad fue producto de embarazos mal o no controlados. El 37% de las madres eran consumidoras de drogas, incluso en el embarazo, y en 73% se desconocía o no se había realizado estudio o tratamiento a la pareja sexual.

Conclusiones: la mayor incidencia de SC se observa en el subsector público. La mayoría de los casos están relacionados a embarazos de captación tardía, mal controlados o sin controles, y a madres consumidoras de sustancias psicoactivas. El tratamiento de los contactos es un problema sin resolver. Para alcanzar el objetivo sanitario, debemos hacer hincapié en la planificación, control y seguimiento del embarazo, así como en el diagnóstico precoz y en el tratamiento oportuno de esta infección.

Palabras clave: Sífilis congénita
Sífilis
Incidencia

1. Residente. Clínica Pediátrica "A". Servicio Pediatría y Neonatología. Hospital de Paysandú. Facultad de Medicina. UDELAR.

2. Asistente. Clínica Pediátrica "A". Servicio Pediatría y Neonatología. Hospital de Paysandú. Facultad de Medicina. UDELAR.

3. Ex. Prof. Adj. Clínica Pediátrica "A". Corporación Médica de Paysandú.

4. Prof. Adj. Clínica Pediátrica "A". Jefe Servicio de Pediatría y Neonatología. Hospital de Paysandú. Facultad de Medicina. UDELAR.

5. Prof. Clínica Pediátrica "A". CHPR. Facultad de Medicina. UDELAR.

6. Residente. Clínica Pediátrica "A". Servicio Pediatría y Neonatología. Hospital de Paysandú. Facultad de Medicina. UDELAR.

7. Pediatra. Corporación Médica de Paysandú.

Servicio Pediatría y Neonatología. Hospital de Paysandú. Facultad de Medicina. UDELAR. Corporación Médica de Paysandú.

Trabajo inédito

Declaramos no tener conflictos de intereses.

Este artículo ha sido aprobado unánimemente por el Comité Editorial.

doi: 10.31134/AP.91.S2.4

Summary

Introduction: syphilis is a preventable and curable sexually transmitted disease, transmitted to the fetus. Although maternal treatment is easy to perform and has a low cost, Uruguay still has difficulties to control and eliminate congenital syphilis (CS).

Objectives: describe the incidence of CS in Paysandú Department between 01/01/2015 and 07/31/2019.

Describe epidemiological and clinical characteristics of pregnant women and their NB diagnosed with CS.

Methodology: descriptive and retrospective study. The data were obtained from audits, hospitalization and clinical medical records. The CS case was defined according to the Pan American Health Organization (PAHO) and the 4 CS scenarios were described by the Centers of Design Control and Prevention (CDC).

Results: there were 30 cases of CS and/or probability of CS in newborns. 27 were assisted in the Public Sector and 3 to the Private one. Almost half of them were the result of lately controlled or uncontrolled pregnancies. 37% of the mothers were illegal drug users, even during pregnancy, and in 73% cases no testing and/or treatment had been performed on their sexual partners.

Conclusions: the highest prevalence of CS is observed in the public subsector. Most cases were the result of lately or poorly controlled or uncontrolled pregnancies, and came from mothers who had consumed psychoactive substances. The treatment of contacts is still an unresolved problem in the public subsector. To achieve the health objective, we must emphasize the planning, control and monitoring of pregnancies, as well as the early diagnosis and timely treatment of this infection.

Key words:

Congenital syphilis
Syphilis
Incidence

Resumo

Introdução: a sífilis é uma doença sexualmente transmissível, evitável e curável, que é transmitida ao feto. Embora o tratamento materno seja fácil de realizar e de baixo custo, o Uruguai ainda tem dificuldades em controlar e eliminar a sífilis congênita (SC).

Objetivos: descrever a incidência de SC no departamento de Paysandú entre 01/01/2015 e 31/07/2019. Descrever características epidemiológicas e clínicas de gestantes e seus recém-nascidos diagnosticados com SC.

Metodologia: estudo descritivo e retrospectivo. Os dados foram obtidos em auditorias, internações e prontuários clínicos. O caso de SC foi definido de acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e os quatro cenários de SC descritos pelos Centros de Controle e Prevenção de Projeto (CDC).

Resultados: houve 30 casos de SC e/ou probabilidade de SC em recém-nascidos. 27 foram atendidos no setor público e 3 no privado. Quase metade deles foram o resultado de gravidezes tardivamente controladas ou não controladas. 37% das mães eram usuárias de drogas ilegais, mesmo durante a gravidez e em 73% dos casos nenhum teste e/ou tratamento foi realizado nos seus parceiros sexuais.

Conclusões: a maior prevalência de SC é observada no subsetor público. A maioria dos casos foi resultado de gravidez mal controlada, controlada tardivamente ou não controlada e veio de mães que consumiram substâncias psicoativas. O tratamento dos contatos ainda é um problema não resolvido no setor público. Para atingir o objetivo de saúde, devemos enfatizar o planejamento, controle e monitoramento das gestações, assim como o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno dessa infecção.

Palavras chave:

Sífilis congênita
Sífilis
Incidência

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 (ITS) en aumento en el mundo 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⁾. La cifra estimada de embarazos afectados a nivel mundial es de dos millones cada año⁽²⁾. Cuando la sífilis gestacional (SG) no es tratada adecuadamente, se producen complicaciones como abortos en un 29,2%, muerte neonatal a término en un 13,3% y parto prematuro en un 25%. La mayoría de los recién nacidos son asintomáticos al nacer, solamente el 22% presenta síntomas⁽³⁾. 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. Por lo tanto, 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⁽⁴⁻¹⁰⁾.

En América Latina y el Caribe continúa siendo un problema de salud pública severo que no recibe la atención necesaria. Los factores que contribuyen a la persistencia de esta enfermedad infecciosa incluyen: la falta de percepción del personal de la salud de que la sífilis gestacional (SG) y la SC pueden tener consecuencias graves, la captación tardía de los embarazos y la falta de control de los mismos que afectan el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno, la discriminación relacionada con las ITS, la dificultad para el tratamiento de la pareja.

En 1994, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) convocó a redoblar esfuerzos para la eliminación de la SC, considerado un problema de salud pública en las Américas. Desde entonces se han realizado diversas medidas para disminuir la incidencia de esta ITS y así disminuir su incidencia⁽¹⁾. En Uruguay existe un largo recorrido en los esfuerzos por erradicar esta enfermedad infecciosa. Desde el 5 de febrero del año 1961 la sífilis es una enfermedad de notificación obligatoria⁽¹¹⁾. Sin embargo esta norma aún no se aplica correctamente^(4,5). Desde julio de 1977 se estableció la obligatoriedad de realizar el examen VDRL en toda embarazada durante el primer y tercer trimestre y VDRL del cordón del recién nacido (RN) en el parto. En mayo de 1980 se estableció que toda madre VDRL reactiva, aunque haya sido tratada previamente, debe recibir el tratamiento con penicilina benzatínica⁽¹²⁾. Desde el año 1999 se comienzan a crear programas en cuanto a salud sexual y reproductiva (SSR) en el ámbito del Ministerio de Salud (MS)⁽¹³⁾. En el 2010, los Estados Miembros de la

OPS han asumido el compromiso de impulsar la eliminación de la transmisión materno infantil (ETMI) de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y la sífilis en la región y establecieron metas al respecto. Estos compromisos se renovaron y ampliaron en 2016 mediante la aprobación del *Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las ITS 2016-2021*, que incluye otras enfermedades transmisibles y preventibles, como la hepatitis B y la enfermedad de Chagas, pasándose a llamar esta estrategia “ETMI-plus”. El objetivo principal de la iniciativa regional es la eliminación de la transmisión materno-infantil en la región de las Américas para el 2020. Principalmente la meta es reducir la incidencia de SC a 0,5 casos o menos por 1.000 nacidos vivos⁽¹⁴⁾.

A pesar de los esfuerzos, Uruguay persiste con dificultades en el control y eliminación de SC, principalmente en el subsector público del sistema de salud y en algunos departamentos del país, donde se ha observado un aumento de la incidencia de SG y SC⁽⁴⁻⁸⁾. A partir del año 2013 en Uruguay se comenzó a implementar, en los prestadores de salud, las auditorías de las historias clínicas como forma de conocer la situación precisa de esta infección neonatal y como estrategia para su pronta eliminación, como pretende la OPS⁽⁴⁾. En Paysandú, las auditorías se llevan a cabo por un equipo interdisciplinario compuesto por médicos ginecólogos, pediatras e infectólogos con el objetivo de monitorizar la Ordenanza Ministerial N° 447 del 14 de agosto de 2012⁽¹⁴⁾. A nivel local, en los últimos años se ha visto un incremento preocupante de los casos de SG y SC que ha motivado múltiples reuniones entre ambos prestadores de salud, autoridades del MS, OPS y Facultad de Medicina, dirigidas a optimizar la estrategia de abordaje de esta problemática de salud.

Objetivos

- Objetivo general: describir la incidencia de casos de SC en el departamento de Paysandú durante el período comprendido entre el 1/1/2015 y el 31/7/2019.
- Objetivo específico: describir características epidemiológicas y clínicas de las embarazadas y sus RN con diagnóstico de SC.

Material y método

Estudio descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron todos aquellos RN vivos con SC o probable SC, nacidos en el subsector público y privado en el período comprendido entre el 1/1/2015 y el 31/7/2019. Se excluyeron los abortos u óbitos de madres con pruebas no treponémicas positivas. Se definió SG a aquella 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 tre-

Tabla 1. Tasa de sífilis congénita según prestador, Paysandú. Período 2015 a 2019.

Año	Sector público	Sector privado	Total
2015	3/1.000 3/990	0/1.000 0/879	1,6/1.000 3/1.869
2016	4/1.000 4/965	2,5/1.000 2/803	3,4/1.000 6/1.768
2017	5,8/1.000 5/854	0/1.000 0/735	3,1/1.000 5/1.589
2018	8,6/1.000 7/817	1,3/1.000 1/763	5,1/1.000 8/1.580
2019*	18,2/1.000 8/440	0/1.000 0/403	9,5/1.000 8/843

* Período enero-julio 2019.

ponémica (FTA-abs o TPHA) positiva⁽⁴⁾. Se adoptó la definición de caso de SC recomendada por la OPS y la Organización Mundial de la Salud (OMS) que define como SC a aquel RN, 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 cuadriplica 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⁽⁵⁾. En Uruguay utilizamos los escenarios de los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) para catalogar a los RN como SC o probabilidad de SC adaptado a nuestro medio (anexo 1).

Se analizaron variables cuantitativas y cualitativas. Los datos se obtuvieron de las auditorías del subsector público y privado, historias clínicas de internación y polyclínicas. Se calculó la tasa de incidencia por año de SC. Se usaron gráficos y tablas para presentar los resultados utilizando el software Microsoft Office.

Resultados

En el período de estudio se registraron 30 RN hijos de madres con lúes. Hubo un predominio de pacientes del subsector público (27 pacientes) (figura 1).

La mayoría fueron RN de término (14 términos inmaduros y 12 términos maduros), solo 4 fueron pretérminos (1 fue prematuro de baja viabilidad: 27 semanas); 26 pacientes tuvieron un peso adecuado al nacer y 4 bajo peso al nacer (BPN). No hubo fallecidos.

De acuerdo a la clasificación del CDC hubo 4 pacientes catalogados como escenario 1 y 26 como escena-

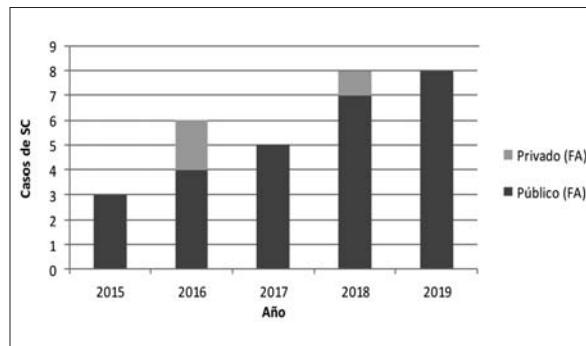


Figura 1. Casos de sífilis congénita en Paysandú según prestador de salud por año.
SC: sífilis congénita; FA: frecuencia absoluta.

rio 2 (figura 2). Se registraron 4 RN con neurolúes, 3 presentaron alteraciones óseas, 5 anemias y 12 repercusión hepato-esplénica (tabla 2). El total de los RN requirió internación y tratamiento completo, según pautas internacionales⁽⁸⁾.

De las características maternas se destaca que el promedio de edad fue de 25 años con un rango de 17 a 36 años. Siete madres eran adolescentes y 11 tenían el antecedente de haber consumido sustancias psicoactivas durante este embarazo. Trece tenían embarazos sin control o mal controlados. En cuanto a la captación y tratamiento de las parejas sexuales solo ocho fueron estudiadas y tratadas oportunamente (tabla 3). Ninguna de las embarazadas presentó serología reactiva para VIH, hepatitis B o Chagas.

Todos los casos fueron notificados al MS.

Discusión

Desde el año 2015, en Paysandú, se ha ido registrando un aumento de los casos de SC. Esta situación se observa a expensas de un incremento de la tasa de infección en la población embarazada que se asiste fundamentalmente en el subsector público. En los últimos cuatro años la incidencia de casos de SC pasó de 1,6 en el año 2015 a 9,5 por 1.000 en 2019 (31 de julio de 2019) (tabla 1).

A pesar de los avances y de contar con tests rápidos en gran parte de los centros de atención a las embarazadas, surge que la mayoría de los controles son realizados por obstetras parteras, que hasta el momento no podían indicar tratamiento antibiótico y dependían de un médico para dicha indicación, el cual no estaba siempre presente al momento de la asistencia, volviéndose ésta una oportunidad perdida. En nuestro trabajo solo 8 de 30 parejas sexuales fueron captadas y tratadas de forma oportuna.

Tabla 2. Características de los recién nacidos con SC confirmada o probable en Paysandú. Años 2015-2019

Edad gestacional del RN (semanas)	Peso al nacer (g)	VRDL + en LCR	Alteración ósea	Anemia	Alteración hepato-esplénica
37	2.610	Sí	No	Sí	Sí
34	2.200	No	Sí	Sí	Sí
37	2.840	No	No	No	No
39	3.470	No	No	No	No
38	2.820	Sin PL	No	No	Sí
37	3.060	No	No	No	Sí
38	3.050	Sí	Sí	No	Sí
40	3.430	Sin PL	No	No	No
39	2.790	No	No	No	No
39	3.060	No	No	No	No
37	3.115	No	No	No	No
37	2.780	No	No	No	Sí
27	985	No	No	Sí	Sí
37	2.410	No	No	No	No
32	1.700	Sí	Sí	Sí	Sí
37	2.930	No	No	No	No
38	2.850	Sí	No	No	No
38	3.600	Sin PL	No	No	No
39	2.990	No	No	No	No
39	3.700	No	No	No	Sí
36	2.920	No	No	No	No
38	2.720	No	No	No	Sí
39	3.130	No	No	No	Sí
39	3.570	No	No	No	No
38	3.020	No	No	No	No
39	3.770	No	No	No	No
38	3.200	No	No	No	Sí
39	3.410	Sin PL	No	Sí	Sí
40	2.810	Sin PL	No	No	No
38	3.000	No	No	No	No

SC: sífilis congénita; LCR: líquido cefalorraquídeo; RN: recién nacidos; PL: punción lumbar.

Tabla 3. Características clínico-epidemiológicas de las madres de RN con o probable SC en Paysandú. Años 2015-2019

Edad materna	Embarazo no/mal controlado	Consumo de sustancias psicoactivas	Captación y tratamiento de pareja sexual
22	Sí	Sí	No
21	Sí	No	No
21	Sí	Sí	No
19	No	Sí	No
33	No	No	Sí
18	Sí	No	No
20	Sí	No	Sí
30	No	No	Sí
19	No	No	No
36	No	No	No
27	No	No	No
19	No	Sí	Sí
28	Sí	Sí	Sí
29	Sí	Sí	No
21	Sí	Sí	No
18	Sí	Sí	No
30	No	No	No
28	No	No	Sí
29	No	No	Sí
22	No	No	Sí
32	Sí	Sí	No
29	Sí	Sí	No
23	No	No	No
23	Sí	Sí	No
17	No	No	No
26	Sí	Sí	No
31	No	No	No
19	No	No	No
24	No	No	No
25	No	No	No

SC: sífilis congénita; LCR: líquido cefalorraquídeo; RN: recién nacidos.

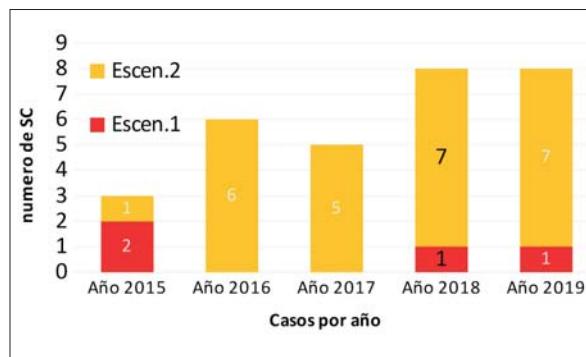


Figura 2. Casos de sífilis congénita en Paysandú, según escenario por año. Paysandú. SC: sífilis congénita; Ecen.: escenario.

Es de destacar que se han buscado estrategias a nivel local entre los diferentes prestadores de salud, MS y Facultad de Medicina para intentar resolver este problema. Entre ellas, destacamos:

- Aplicación de la ordenanza ministerial en la incorporación del test rápido para sífilis en la Red de Atención Primaria (RAP) a toda embarazada y su pareja en el primer control y posteriores controles, independientemente del prestador de salud de la pareja.
- Tratamiento a la embarazada y su pareja en el prestador de salud al que consultan, independientemente del prestador de salud al que pertenezcan.
- Aplicación de la auditoría en todos los casos de SG y SC a cargo de responsables directos de cada servicio.
- Habilitación por el MS a las obstetras parteras para indicar tratamiento inmediato con penicilina a toda embarazada y su pareja que tengan test rápido positivo para sífilis, desde el 12 de junio de 2019.

Este último punto deberá ser una variable a evaluar en las posteriores auditorías para evaluar el grado de impacto de esta estrategia.

El mal control del embarazo y la captación tardía continúan siendo factores de riesgo para la persistencia de esta enfermedad. Este hecho se ve reflejado en el resultado de nuestro trabajo en el que casi la mitad de los casos fueron embarazos mal controlados o sin controles. Está claramente demostrado que el correcto control del embarazo es una de las principales herramientas para la detección precoz y erradicación de la SC, por lo que la atención, principalmente en el primer nivel de atención, se hace fundamental para mejorar esta situación.

El estudio mostró que de 30 SC, solo 4 fueron escenarios 1, y los 26 restantes fueron clasificados como escenarios 2, pudiendo en su mayoría haber sido evitados

de haber mediado un diagnóstico y tratamiento precoz y oportuno durante el embarazo. De esta manera se evita la internación y el tratamiento prolongado de muchos de estos RN, con los riesgos que ello conlleva. La realización del diagnóstico en el tercer trimestre del embarazo y durante el puerperio hacen que perdamos la oportunidad de tratar al feto in útero.

La morbilidad de esta enfermedad es alta para el RN, requiriendo en el 100% de los casos en nuestro trabajo, internación por al menos 10 días con tratamiento antibiótico intravenoso y de amplio espectro, generando una alteración en el microbiota intestinal, entre otras repercusiones. Los RN son expuestos durante su internación a múltiples maniobras dolorosas (diagnósticas y terapéuticas) que potencialmente podrían incidir negativamente en el neurodesarrollo. La internación prolongada repercute en el funcionamiento de cada familia y genera gastos evitables a nivel salud. Cuatro de los 30 niños tuvieron infección en el sistema nervioso central, requiriendo maniobras invasivas al nacimiento y de control en la evolución.

Otro factor de riesgo materno que se vio implicado en este estudio fue el consumo problemático de sustancias psicoactivas durante la gestación que, como sabemos, se lo ha relacionado con consecuencias negativas para la salud del binomio materno-fetal, poniendo en riesgo la vida de la madre y su hijo. Así como también se lo ha asociado con trastornos neurológicos y neuro-comportamentales tanto en el RN como en su primera infancia, catalogados muchos de éstos como irreversibles, a punto de partida de una situación que, en efecto, es 100% prevenible⁽¹⁵⁻¹⁹⁾.

En nuestro país hay escasos trabajos publicados al respecto. En un estudio realizado por Magri y colaboradores en el año 2005 con 900 puérperas atendidas en el CHPR y en el Hospital de Clínicas, donde se atiende el 15% de los nacimientos totales del país y 33% de los de Montevideo, la prevalencia de sustancias psicoactivas mediante encuesta personal y cifras de detección de biomarcadores de exposición fetal a drogas en meconio de los hijos de dichas puérperas mostró un consumo durante la gestación de 41,7% de tabaco, 37% de alcohol (predominando el consumo ocasional), 16,5% de sedantes, 68% de cafeína (más de 400 mg/día), 1,5% de marihuana y 0,4% de pasta base de cocaína. Las pruebas sobre meconio revelaron exposición fetal a tabaco 51%, alcohol 40%, sedantes 2,5%, marihuana 2%, clorhidrato de cocaína/pasta base de cocaína 2,5% y opiáceos 0,5%. Estudio que demuestra que el consumo de estas sustancias es muy frecuente en embarazadas de nuestro país⁽¹⁷⁾. También existen estudios extranjeros donde se evidencia que ocurre mayor riesgo de infecciones de transmisión vertical como sífilis, hepatitis B y VIH en mujeres consumidoras de clorhidrato de cocaína durante la gestación. Estos datos sugieren que hay mucho que hacer

en este sentido, desde la educación para la salud de toda la población, hasta la práctica de informar y asesorar a la embarazada de los riesgos del consumo de estas sustancias durante los controles de su embarazo, así como contar con un equipo de salud preparado para estos propósitos y también de orden multidisciplinario donde derivar a las embarazadas que igual decidieron consumir durante la gestación, para que inicien su tratamiento.

La mayoría de los RN fueron controlados y seguidos en policlínica de infectología hasta ser dados de alta con pruebas negativas. Solo un RN catalogado de escenario 3 requirió ser derivado para su internación con el fin de recibir tratamiento con penicilina cristalina por considerar que pertenecía al escenario 2.

No se registraron fallecidos por sífilis en el período estudiado.

Conclusiones

La sífilis es una enfermedad prevenible y curable. Para ello, es fundamental el trabajo en conjunto desde los diferentes prestadores de salud y el MS para fortalecer las estrategias ideadas para disminuir la incidencia y llegar a la meta propuesta.

La iniciativa debe partir desde la educación y planificación del embarazo, sobre todo en los sujetos más vulnerables de la sociedad, educando a la población sobre la importancia del control del embarazo y su captación precoz, así como el asesoramiento médico sobre los riesgos del consumo de sustancias psicoactivas y enfermedades de transmisión sexual, para que de esta manera los usuarios puedan ejercer los derechos sexuales y reproductivos en forma plena.

De cumplir de forma adecuada con las estrategias diseñadas para disminuir la incidencia de esta enfermedad en el departamento, no deberíamos tener RN ingresados en los servicios de neonatología con SC y alcanzaríamos fácilmente la meta objetivo para el 2020.

Agradecimientos

A la Dirección Departamental de Salud, MS, y a la obstetra-partera Rocío Savio, que han participado en la recolección de datos.

Referencias bibliográficas

1. López 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, 2010. Disponible en: https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_document&view=download&category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=208-una-decada-de-sifilis-gestacional-y-congenita-en-uruguay-2000-2009-situacion-epidemiologica-y-determinantes-sociales-y-politicas-publicas

- cion-epidemiologica-determinantes-sociales-y-politicas-pu-blicas&Itemid=219&lang=es. [Consulta: 20 agosto 2019].
2. **Organización Mundial de la Salud.** Eliminación mundial de la sífilis congénita: fundamentos y estrategia para la acción. Ginebra: OMS, 2008. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241595858/es/>. [Consulta: 10 agosto 2019].
 3. **World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research.** Investment case for eliminating congenital syphilis: promoting better maternal and child health outcomes and stronger health systems. Geneva: WHO 2010.
 4. **Ministerio de Salud.** Informe: sistematización de auditorías de sífilis, 2016. Montevideo: MS, 2016. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Informe%20si%CC%81filis%202016.pdf>. [Consulta: 11 agosto 2019].
 5. **Blanco B, Fierro P, Moraes M.** Incidencia de sífilis materna y sífilis congénita en Maldonado. Arch Ginecol Obstet 2011; 49(2):45-69.
 6. **Pose G.** Neonatología: temas prácticos. Montevideo: Velsilius, Centro Hospitalario Pereira Rossell, Departamento de Neonatología Prof. Dr. Daniel Borbonet, 2015.
 7. **Moraes M, Camacho S, Margni C, Borbonet D.** Utilidad del examen de líquido cefalorraquídeo y de la radiografía de huesos largos en neonatos asintomáticos con riesgo de sífilis connatal. Arch Pediatr Urug 2013; 84(3):187-92.
 8. **Moraes M, Estevan M.** Actualización en sífilis congénita temprana. Arch Pediatr Urug 2012; 83(1):35-9.
 9. **Ministerio de Salud. Dirección general de Salud. Departamento de Programación Estratégica en salud. Área Salud Sexual y Reproductiva.** Guía clínica de diagnóstico, monitoreo y tratamiento de sífilis en la mujer embarazada y sífilis congénita. Montevideo: MS, 2012.
 10. **Ministerio de Salud.** Guía Clínica para la eliminación de la sífilis congénita y la transmisión vertical del VIH: Uruguay 2015. 2 ed. Montevideo: MSP, 2015. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Guia%20clinica%20prevencion%20sifilis%20congenita%20y%20transmision%20vertical%202015_1.pdf. [Consulta: 10 agosto 2019].
 11. Decreto N° 41/012. Actualización del Código nacional sobre enfermedades y eventos sanitarios de notificación obligatoria. Montevideo 28 de febrero de 2012. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/41-2012>. [Consulta: 11 noviembre 2019].
 12. **Cuevas L, De Olivera R.** Sífilis congénita: un desafío nacional. Arch Ginecol Obstet 2005, 43(3):143-47.
 13. **Quiñones P, Franciulli A, Greif D, Fiol V, Nozar MF, Visconti A, et al.** Resultados de la validación del formulario nacional de auditoría de sífilis gestacional y congénita en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. Rev Méd Urug 2014; 30(4):226-34.
 14. **Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.** ETMI-PLUS: marco para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas. Julio 2017. Washington, DC: OPS, 2017. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/2017-cha-etmi-plus-marco-vih-hep-chagas.pdf>. [Consulta: 10 agosto 2019].
 15. **Cilián M.** Sífilis neonatal precoz en el centro Hospitalario Pereira Rossell (monografía de posgrado neonatología) Montevideo: Facultad de Medicina, 2006.
 16. **Ministerio de Salud. Uruguay.** Guía de procedimiento para reducir las infecciones de transmisión sexual en la etapa connatal y optimizar el control del embarazo (Ordenanza Ministerial N° 447, 14 de agosto de 2012). Montevideo: MS, 2012.
 17. **Magri R, Miguez H, Huston J, Suárez H, Menéndez A, Parodi V, et al.** Sustancias psicoactivas y embarazo. Estudio en una población hospitalaria de Uruguay. Trastor Adict 2008; 10(2):98-103.
 18. **Cabrera M, Pérez M, Zunino C, Cabana Y, García L, Giachetto G.** Frecuencia y características de las embarazadas y los recién nacidos expuestos a marihuana y cocaína en la Maternidad del Hospital de Maldonado. An Facultad Med (Univ Repúb Urug) 2015; 3(1):37-46. Disponible en: <http://www.anfamed.edu.uy/index.php/rev/article/view/151>. [Consulta: 19 noviembre 2019].
 19. **Pascale A.** Consumo de drogas durante el embarazo: efectos sobre el binomio materno-fetal, recién nacido y primera infancia. Modalidades terapéuticas y estrategias de prevención. Montevideo: MS, 2010. Disponible en: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/07/Consumo-de-drogas-durante-el-embarazo-Revision-MS.pdf>. [Consulta: 19 noviembre 2019].

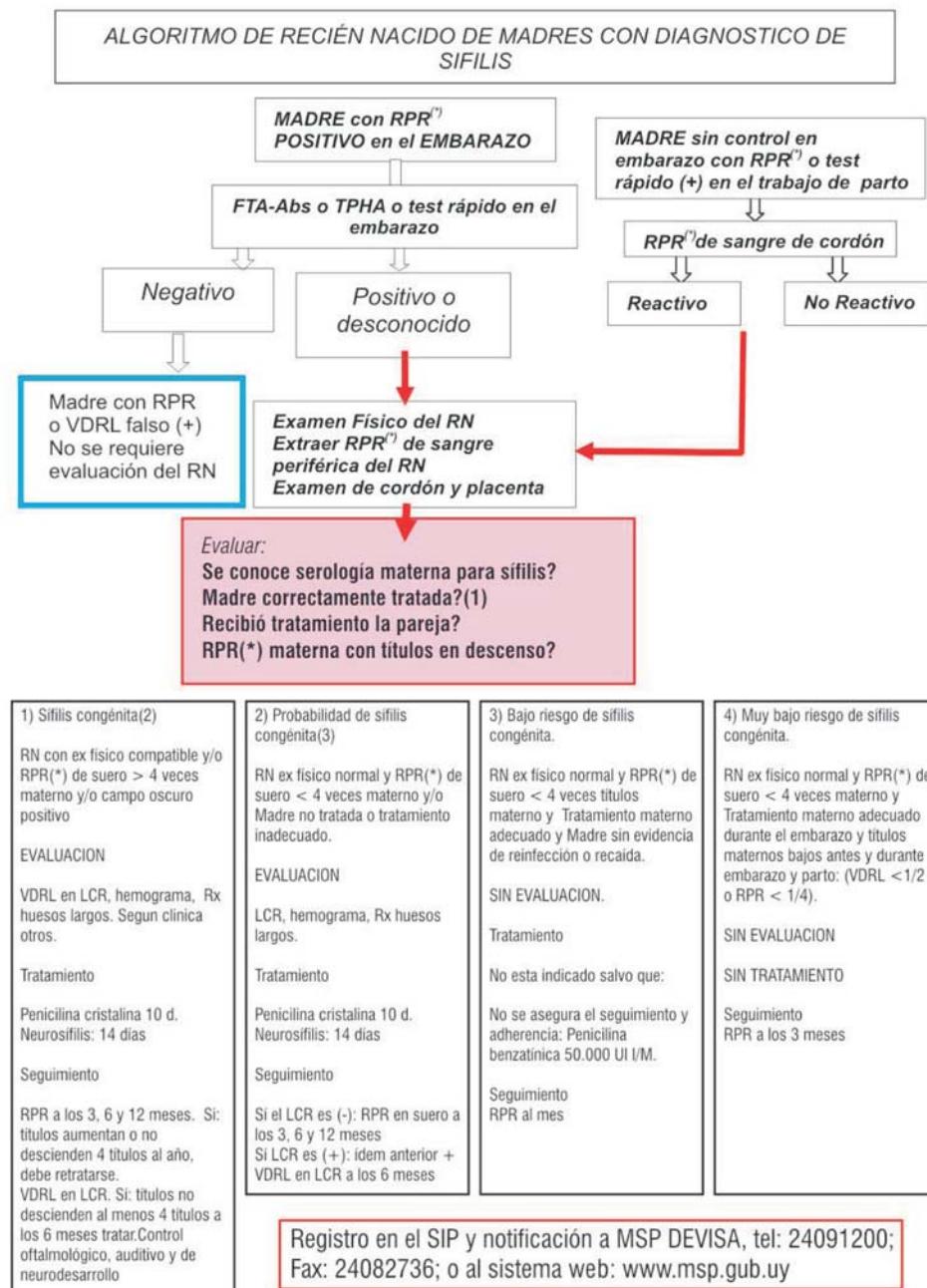
Correspondencia: Dra. Ana Sequeira.

Correo electrónico: anacarinasequeira@gmail.com

Todos los autores declaran haber colaborado en forma significativa.

Ana Sequeira ORCID 0000-0003-2096-0722, Catalina Canziani ORCID 0000-0001-5188-1643,
 Belén Amorín ORCID 0000-0001-6005-6055, Sergio Venturino ORCID 0000-0003-1901-2880,
 Elena González ORCID 0000-0001-9900-8245, Catalina Pérez ORCID 0000-0002-6165-0678,
 Micaela Caporale ORCID 0000-0001-8402-3792, Silvia Gibara ORCID 0000-0001-8648-4517,
 Adriana Mata ORCID 0000-0003-0666-947X, Claudia Venturino ORCID 0000-0003-3168-8525

Anexo 1



Uruguay. Ministerio de Salud. Guía clínica para la eliminación de la sífilis congénita y la transmisión vertical del VIH. Uruguay 2015. 2a edición.