

PROYECTO

Investigación Operativa

Utilidad del sistema informático perinatal (SIP)
gestión para la vigilancia epidemiológica de la sífilis materna
y sífilis congénita en una red de hospitales públicos del área
metropolitana de Buenos Aires, Argentina.

Informe Final | Noviembre de 2011



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



**CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGÍA
SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA
CLAP/SMR**

PROYECTO

Investigación Operativa

Utilidad del sistema informático perinatal (SIP)
gestión para la vigilancia epidemiológica de la sífilis materna
y sífilis congénita en una red de hospitales públicos del área
metropolitana de Buenos Aires, Argentina.

Informe Final | Noviembre de 2011



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

110
1902 - 2012



**CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA
SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA
CLAP/SMR**

Catalogación en la Publicación

Karolinski A, Mercer R, Bolzán A. Proyecto Investigación operativa "Utilidad del Sistema Informático Perinatal (SIP): gestión para la vigilancia epidemiológica de la Sífilis materna y sífilis congénita en una red de hospitales públicos del área metropolitana de Buenos Aires, Argentina: informe final. Montevideo: CLAP/SMR; 2012. (CLAP/SMR. Publicación científica; 1592).

ISBN: 978-92-75-31686-3

1. Sífilis Congénita
2. Transmisión Vertical de Enfermedad Infecciosa
3. Servicios de Salud Materno-Infantil
4. Atención Prenatal
5. Registros Médicos
6. Sistemas de información
7. Argentina-Epidemiología
 - I. Mercer R
 - II. Bolzán A

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a: Servicios Editoriales, Área de Gestión de Conocimiento y Comunicación (KMC), Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C, EUA. El Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR), del Área Salud familiar y Comunitaria, Organización Panamericana de la Salud, tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpresiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud. 2012

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva –CLAP/SMR
Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud- OPS/OMS

Casilla de Correo 627, 11000 Montevideo, Uruguay
Teléfono: +598 2 487 2929, Fax: +598 2487 2593
postmaster@clap.ops-oms.org
Sitio CLAP/SMR: <http://new.paho.org/clap>
BVS Mujer, Materna y Perinatal: <http://perinatal.bvsalud.org/>

Título: Proyecto Investigación operativa "Utilidad del Sistema Informático Perinatal (SIP): gestión para la vigilancia epidemiológica de la Sífilis materna y sífilis congénita en una red de hospitales públicos del área metropolitana de Buenos Aires, Argentina: informe final

Publicación Científica CLAP/SMR 1592

Equipo de Trabajo

Dr. Ariel Karolinski: Coordinador General del CISAP (Centro de Investigación en Salud Poblacional) y Jefe de Docencia e Investigación del Hospital Durand. Coordinador General del Proyecto Red Perinatal AMBA. Magister en Efectividad Clínica, con orientación en Investigación y Gestión, Universidad de Buenos Aires. Investigador Asociado, Carrera de Investigador, Ministerio de Salud, CABA. Proyecto SIP-GESTIÓN, DINAMI (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia), Ministerio de Salud de la Nación.

Dr. Raúl Mercer: Investigador Asociado y Coordinador del Área Gestión del Conocimiento del CISAP. Coordinador Científico del Proyecto Red Perinatal AMBA. Coordinador del Programa de Ciencias Sociales y Salud de FLACSO. Proyecto SIP-GESTIÓN, DINAMI, Ministerio de Salud de la Nación.

Lic. Andrés Bolzán: Investigador Asociado y Coordinador del Área Gestión Bases de Datos del CISAP. Responsable de gestión de bases de datos del Proyecto Red Perinatal AMBA; Proyecto SIP-GESTIÓN, DINAMI, Ministerio de Salud de la Nación.

Hospitales Integrantes del Proyecto Red Perinatal AMBA Incluidos en el Informe, Coordinador y Equipos de Relevamiento Epidemiológico (SIP-G)

Hospitales de Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)

"Dr. T. Álvarez": Analía Messina, D. Galimberti, M. João, M. L. Caballero, D. Lipchak, S. Lucardi, M. A. Bayúgar, L. Imbriano, S. Danessino.

"Dr. C. Argerich": Raúl Winograd, Mabel Poncelas, S. Bulacio.

"Dr. Carlos G. Durand": Juan C. Nassif, Carlos Becker, A. Maffia.

"Dr. J. A. Fernández": Alicia Lapidus, L. Voto, N. Mittica, A. Franceschini, C. Norymberg, A. Etchegaray

"Dr. Penna": Graciela Breccia, A. Ansaldi, E. M. Werbicki, E. Aguilera, S. Bover, N. Garbagnati, I. Grois.

"Dr. P. Piñero": Lucía Di Biase, M. Rodríguez, Y. Gold, I. Perez Tomasone, F. Del Arco, A. Casadey, S. Hoening, D. Davezac, A. Romero, M. G. Baroli, M. Rodríguez.

"Dr. I. Pirovano": Juan J. Eleta, N. de la Hoz, H. Ehrlich.

"J. M. Ramos Mejía": Armando Dunaiewsky, C. Negri, B. Güeglio, L. Domato, J. Perlan, M. R. Sabbadin.

"Bernardino Rivadavia": María E. Seidenstein, M.M. Sosa, F. Rossi, R. Di Meglio.

"Donación Santojanni": Miguel Huespe, C. Caballer, R. Calfulqueo, E. Malcara, S. Toledo, F. A. Amoroso, F. Sio Menéndez, A. Catalini.

"Ramón Sardá": Cristina Laterra, E. Andina, R. Coen Arazi, A. Pécora, M. A. Frailuna, S. Susacasa, G. Luchtenberg, I. Dimarco, P. Gomez, C. Andrade, M. Torres, A. Frailuna, M. Dericco, C. Da Representacao.

"Velez Sarsfield": Ricardo Spagnuolo, A. Siufi, S. García.

Hospitales de Provincia de Buenos Aires (PBA)

Bocalandro, Loma Hermosa: Cristina Frers Campos, N. R. Garlepp, L. San Gregorio.

Erill, Escobar: Cecilia Elordi, K. Paciera Romano.

Madre Teresa Calcuta, Ezeiza: Beatriz Pecker, M. Sosa Amarilla.

"Pedro Fiorito", Avellaneda: Alberto Correa, J. Firpo, S. Figueroa, C. Iglesias, P. Farinella, N. E. Ale

Germani, Laferrere: Florencio Casavilla, F. E. Saraceno Esparza.

Dr. Ricardo Gutiérrez, La Plata: Corina Taddeo, R. Coronil, O. Fontana, F. Hortel, S. Serrichio, M. Miguel

Héroes de Malvinas, Merlo: Juan Antón, M. Damiano, C. Mahur.

Dr. Isidoro Iriarte, Quilmes: Rodolfo Lambruschini, Sergio Posanzini, C. Ortega, I. Villar, S. M. Silva, G. Pardini, V. Carrizo.

Ostaciana Lavignole, Morón: Christian Muzzio, A. Vidal, R. Espoile, A. Benitez, S. Ortiz, C. Martinez, G. Cadile, D. Diaz.

Mariano y Luciano de la Vega, Moreno: Ester Di Rado, Salvador Natale, R. Griessi, M. Bruna, M. Antón.

M. V. de Martinez, Pacheco: Daniel Nowacki, M. Ferrary, D. C. Buttner, F. Buteler, L. del Gesso, I. López.

Oñativia, Rafael Calzada: Ángel Betular, P. Grahl, L. Silvestre, M. E. De Marco.

"Dr. José Penna", Bahía Blanca: Marta Bertín, J. Castaldi, M. Bajo, D. Maquez, M. Reyes, P. Boughen.

Profesor Dr. A. Posadas, Haedo: Dolores Montes Varela, M. Palermo, L. Ribola, E. Candiz, R. Dossena, S. Varela, A. Gaitan, N. L. Rodríguez, K. Marra, V. Pingray.

Materno Infantil "Carlos Giannatonio", San Isidro: Daniel Fernández, G. Hirsch, D. Grud, M. E. Roggero, D. Raso.

"Santa Rosa", Vicente López: Elina Minsk, Mirta León, C. Mora, M. Mamani, C. Haag, F. Rossi.

Agradecimientos

A la **Organización Panamericana de la Salud –OPS/OMS–, Representación Argentina** (Dr. Luis Gutierrez Alberoni; Dr. Marcelo Vila, Dr. Pier Paolo Balladelli), al **CLAP-SMR** (Dr. Suzanne Serruya; Dr. Ricardo Fescina), y a la **Dirección Nacional de Maternidad e Infancia**, Ministerio de Salud de la Nación (Dra. Ana Speranza) por la confianza depositada para la realización de la presente investigación.

A los **Coordinadores y Equipo Hospitalarios** de Relevamiento Epidemiológico de los hospitales integrantes del Proyecto Red Perinatal AMBA, quienes con su esfuerzo cotidiano permiten contar con información del SIP.

A los **Informantes clave para la encuesta** quienes aportaron información relevante para completar el estado de situación de la sífilis materna y congénita en la República Argentina.

Ministerio de Salud de la Nación:

- **Subsecretaría de Salud Comunitaria:** Guillermo Gonzalez Prieto
- **Dirección Nacional de Maternidad e Infancia:** Ana Speranza
- **Dirección de SIDA y ETS:** Silvina Vulcano, Valeria Levite, y Vanesa Kaynar
- **Dirección de Epidemiología, SNVS / SIVILA:** Carlos Giovacchini, Serena Perner, Pía Buyanski
- **Instituto Fatale Chabén:** Sergio Sosa Stani, Karina Scollo
- **Programa de Salud Sexual y Reproductiva y Procreación Responsable:** Carlota Ramírez, Paula Ferro
- **Programa de Salud Integral del Adolescente:** Nina Zamberlin, Fernando Zigman

Ministerio de Salud, CABA:

- **Coordinación SIDA:** Fabián Portnoy
- **Hospital Argerich:** Emilse Mata, Claudia Rodríguez, Elvira Pérez y Marina Martínez.
- **Hospital Durand:** Carmen Terrones
- **Hospital Fernández:** Jorge Lattner
- **Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez:** Héctor Freilij

OPS Argentina: Marcelo Vila, Salvador García

ONUSIDA, Argentina: Rubén Mayorga, Gabriela de la Iglesia, Clarisa Brezzo

Contenido

1. Resumen ejecutivo	1
2. Introducción y marco conceptual	4
3. Marco legal sobre pesquisa neonatal en Argentina (Ley 26279)	6
4. El Proyecto Red Perinatal AMBA y el CISAP (Centro de Investigación en Salud Poblacional). El Sistema Informático Perinatal (SIP)	8
5. El SIP-Gestión (SIP-G), una herramienta en continua evolución	10
6. Objetivos	12
6.1. Generales	12
6.2. Específicos	12
7. Metodología	13
7.1. Análisis de la Base de Datos SIP de la Red Perinatal AMBA	13
7.2. Entrevistas con Informantes clave	14
7.3. Revisión documental	14
8. Resultados	15
8.1. Análisis de cobertura de la información	15
8.2. Resultados principales	17
8.2.1. Prevalencia de Sífilis Materna	17
8.2.1.1. Análisis secundarios: asociación entre sífilis materna y otros factores de interés.	23
I. Accesibilidad al control prenatal	23
II. Edad de la madre	24
III. Peso al nacer	25
IV. Edad gestacional al parto	26
V. Planificación del embarazo	27
VI. Mortalidad feto-neonatal	28
VII. Resumen	29
8.2.2. Prevalencia de Sífilis Congénita	30
8.3. Prevalencia de VIH	31
8.4. Prevalencia de Sífilis Materna y VIH	32
8.5. Encuestas a informantes clave	33
8.6. Comparación de los sistemas vigentes para el conocimiento de la problemática de sífilis materna y congénita en Argentina	41
9. Conclusiones y recomendaciones	42
10. Acrónimos	44
11. Bibliografía	45
12. Anexos	46
12.1. Anexo I: Listado de Hospitales de la Red Perinatal AMBA incluidos en la investigación y Codificación correspondiente	46
12.2. Anexo II. Tablas complementarias	47
12.3. Anexo III del componente cualitativo: Encuesta a informantes clave	59
12.4. Anexo IV. Modo de notificación vigentes para Sífilis materna y Sífilis Congénita	60
12.5. Anexo V. Legislación vigente sobre el SIP en Argentina a nivel Nacional, CABA y PBA	62



Prólogo

La vigilancia permanente de la salud materna y del recién nacido, es un tema fundamental para las sociedades comprometidas con los derechos reproductivos.

La atención adecuada a la salud, en todos sus componentes, ha motivado hace más de dos décadas el desarrollo de un sistema de atención y vigilancia de la salud materna y neonatal que permitió al mismo tiempo el cumplimiento de las normas y la obtención de información oportuna. Desde la década de los 80, el Centro Latino Americano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR –OPS/OMS) ofrece a través del Sistema Informático Perinatal (SIP) una herramienta capaz de permitir el alcance de estas metas.

Los desafíos para la buena salud materna y neonatal son muchos y recurrentes, tanto es así, que la Sífilis Congénita considerada como una enfermedad que ya debería haber sido eliminada en nuestras sociedades, permanece aun como un problema de salud pública. Las intervenciones para su diagnóstico y tratamientos son conocidas, pero un sucesivo conjunto de fallas en la atención; como la falta de acceso al cuidado prenatal, la captación tardía, la deficiencia en la interpretación de las pruebas de diagnóstico y del tratamiento; mantienen altas las tasas de sífilis congénita en nacidos vivos y mortinatos.

Argentina, a través del proyecto "Red Perinatal AMBA" y su Centro coordinador, CISAP (Centro de Investigación en Salud Poblacional) del Hospital Durand, viene realizando actividades sistemáticas de relevamiento epidemiológico desde el año 2004 hasta la actualidad utilizando el SIP como herramienta base. La cobertura del SIP en los hospitales de la Red del Municipio de la ciudad de Buenos Aires es de alrededor del 80%.

La presente publicación se enmarca en los esfuerzos relativos a la "Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe" y tiene como objetivo elaborar una aproximación a la situación epidemiológica de la Sífilis Gestacional y de la Sífilis Congénita, en una Red de Hospitales Públicos del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina, a partir de datos emanados del SIP.

La investigación realizada ha demostrado que la optimización del Sistema Informático Perinatal como herramienta de vigilancia, monitoreo y evaluación, puede contribuir para el fortalecimiento del plan de vigilancia epidemiológica de la eliminación de la transmisión vertical de la sífilis, ayudando al país a comprender que intervenciones serán más efectivas para el alcance de sus compromisos.

Con la divulgación de esta iniciativa, el CLAP/SMR procura motivar para que se realicen un mayor número de investigaciones aprovechando la información relevada a través del SIP, posibilitando la profundización de su uso, con la finalidad de mejorar la salud materna y neonatal, así como promover generaciones libres de sífilis en toda Latinoamérica.

Dr. Ricardo Fescina

Director CLAP/SMR-OPS/OMS

1. Resumen Ejecutivo

El presente proyecto se enmarca en la estrategia de la OMS para la eliminación de la sífilis congénita, la cual descansa sobre cuatro pilares: 1. Garantizar el compromiso de las instancias políticas, 2. Ampliar el acceso a los servicios sanitarios de calidad materno infantiles, 3. Detectar y tratar a mujeres embarazadas y sus parejas y 4. Establecer sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación. Dado que la sífilis congénita en la última década se ha reinstalado progresivamente en la región y como un problema de salud pública reemergente, requiere de una inmediata respuesta por parte de los Estados para su control y erradicación inmediata. Para cumplir con las metas delineadas es necesario contar con un diagnóstico de situación real que contribuya a jerarquizar los sistemas de vigilancia y monitoreo de las tendencias de la enfermedad, así como para la evaluación del impacto de las medidas de intervención implementadas.

Argentina cuenta con un proyecto que incluye a 30 hospitales públicos del Área Metropolitana de Buenos Aires (Red Perinatal AMBA), coordinados por el Centro de Investigación en Salud Poblacional (CISAP / Hospital Durand). El CISAP y esta red se comportan como un referente institucional en materia de investigación-acción en temas de salud perinatal, trabajando de la mano de los gobiernos y las agencias de cooperación. Desde su creación, el CISAP y la Red Perinatal AMBA han aportado herramientas para el monitoreo y evaluación de programas de salud materna y perinatal a través de la selección de indicadores críticos de salud agrupados en 7 dimensiones temáticas que confiere información de base poblacional y hospitalaria, además de utilizar estándares de referencia para evaluar el comportamiento de cada uno de los indicadores seleccionados. Recientemente, y por solicitud de la DINAMI/MSAL y de OPS Argentina y el CLAP-SMR, el mismo grupo de trabajo desarrolló una nueva herramienta denominada SIP-Gestión que atiende al uso de un paquete de indicadores orientados a brindar respuesta integral para programas en curso (Salud Materno Infantil, Plan Nacer y Programa de Salud Sexual y Reproductiva). Esta herramienta fue validada a partir de un estudio piloto y actualmente está en fase de implementación en los sectores públicos y de la seguridad social de nuestro país.

Argentina cuenta con diferentes modalidades para evaluar la problemática de sífilis materna y congénita. Una de ellas proviene de los sistemas de vigilancia epidemiológica (SNVS y SIVILA), otra corresponde a proyectos de investigación desarrollados sobre la temática en cuestión y, finalmente, la que aporta el CISAP y la Red Perinatal a través del uso de sus bases de datos que contienen información histórica y sistematizada. Todas, aportan información sustantiva y complementaria, pero carecen de un espacio que promueva su integralidad. Atendiendo a la necesidad de promover un sistema de información que apoye el esfuerzo realizado por OPS en los países de la Región para la erradicación de la sífilis congénita se desarrolló el presente proyecto que cuenta con los siguientes objetivos:

a) Generales

- Elaborar una aproximación a la situación epidemiológica en una Red de Hospitales Públicos del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina, respecto a la Sífilis Gestacional y la Sífilis Congénita, a partir de datos emanados del SIP.

- Analizar los niveles de utilización del Sistema Informático Perinatal para la vigilancia centinela de Sífilis Materna y Sífilis Congénita, vigentes en el país.
- Realizar recomendaciones para la optimización del Sistema Informático Perinatal como herramienta de vigilancia, monitoreo y evaluación de la Sífilis materna y Sífilis Congénita.
- Contribuir al Desarrollo o Fortalecimiento de un Sistema para el seguimiento de los progresos, evaluación de resultados y sostenibilidad de un plan de vigilancia epidemiológica activa para contribuir a la eliminación de la transmisión vertical de la sífilis.

b) Específicos

- Determinar la cobertura de información y prevalencia de sífilis materna y sífilis congénita en la población asistida en una Red de Hospitales Públicos del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina, a partir de datos obtenidos del SIP.
- Establecer datos de referencia para un sistema de notificación eficaz de la sífilis materna y sífilis congénita, como parte integral de los programas para reducir los riesgos del embarazo y otros programas de salud materno infantil.
- Identificar indicadores de la calidad de la atención e impacto materno-feto-neonatal, específicamente la cobertura del tamizaje de sífilis materna y sífilis congénita.
- Identificar y asignar funciones y responsabilidades para mejorar la rendición de cuentas respecto de la eliminación de la sífilis materna y sífilis congénita.

Para su realización, se efectuó un abordaje metodológico combinando estrategias cuantitativas y cualitativas que contemplaron: a) el análisis de la Base de Datos SIP de la Red Perinatal AMBA (de base poblacional y hospitalaria), b) Entrevistas con Informantes clave y c) Revisión documental.

Se analizaron un total de 170.279 registros correspondientes a 28 hospitales de la Red Perinatal AMBA para el período 2004- 2009. La cobertura global del SIP comparada por el número de partos según libro de partos, fue del 77,5 % (IC 95% 77,3 – 77,6). Para 16 hospitales de Provincia de Buenos Aires, se analizaron 71.799 registros con una cobertura del 85,9% (IC 95% 85,6 – 86,2). Para 12 hospitales de CABA, se analizaron 98.930 registros con una cobertura del 72,3% (IC95% 71,6-72,4)

Entre los principales hallazgos se destaca que para los casos de <de 20 semanas se registra una tendencia estable en esta serie histórica (0 ,8% a 1 ,0% de prevalencia de VDRL+). En cambio, para la población de >de 20 semanas de gestación, se observa una tendencia ascendente entre el período 2004-2007 con una estabilización a partir de ese año del orden del 1,4%. Al analizar la información de base hospitalaria, se observan grandes variaciones explicables por diferentes motivos generalmente vinculados con la calidad del proceso de generación y captura de la información.

Del análisis secundario de información, se observó que

- Las mujeres embarazadas que no se controlan casi duplican el riesgo de tener VDRL+
- Las mujeres con VDRL+ aumentan casi un 40% el riesgo de tener un RN con Bajo Peso (<2500g)
- Las mujeres que tuvieron un RN de Bajo Peso aumentan un 40% el riesgo de tener VDRL+ comparadas con las que tuvieron un RN con peso al nacer \geq 2500g
- Las mujeres con VDRL+ aumentan casi un 32% el riesgo de tener un RN prematuro
- Las mujeres que tuvieron un RN prematuro aumentan un 36% el riesgo de tener VDRL+ comparadas con las que tuvieron un RN de término

- Las mujeres que no planificaron su embarazo aumentan un 25% el riesgo de tener VDRL+ comparadas con aquellas que lo planificaron.
- Las mujeres con VDRL+ después de las 20 semanas cuadruplican el riesgo de tener un RN muerto, las que tienen VDRL+ antes de las 20 semanas lo triplican.
- Las mujeres que tuvieron un feto muerto triplican el riesgo de tener VDRL+ antes de las 20 semanas y casi lo cuadruplican después de las 20 semanas de gestación comparadas con aquellas que tuvieron RN vivos.
- Se observa una tendencia estable en la prevalencia de VIH+ materno en el período considerado.

Las encuestas a informantes claves se desarrollaron sobre 8 ejes de análisis que se describen a continuación:

1. Conocimiento de la situación de sífilis materna y sífilis congénita en Argentina.
2. Fuentes de información utilizadas. Circuitos de información existentes.
3. Problemas relevantes para la captura y notificación de la información.
4. Período desde el cuál viene trabajando en el relevamiento de información de SM y SC.
5. Datos de prevalencia disponibles de Sífilis Materna y Sífilis Congénita.
6. Críticas a los modelos vigentes de vigilancia epidemiológica de SM y SC en Argentina.
7. Posibilidad de contar con un sistema único e integrado de vigilancia de SM y SC.
8. Propuestas para mejorar el sistema de vigilancia epidemiológica de SM y SC en Argentina.

La información recopilada para cada uno de los ejes fue expresada sobre la base de las opiniones vertidas por los profesionales que se desempeñan en los establecimientos hospitalarios y aquellos que formulan o gestionan programas de salud. Para cada uno de los ejes analizados se comprueban grados variables de conocimiento de la temática, de experiencia en el manejo de información clínica y epidemiológica, de crítica a los sistemas de vigilancia y monitoreo de SM y SC existentes. La fragmentación, duplicidad de esfuerzos e incoordinación entre actores significativos vinculados con la problemática surgen como un común denominador.

Se destacan algunos aspectos relevantes del presente estudio en materia de su **Factibilidad, Relevancia, Reproducibilidad, Contribución, Implicancia para la toma de decisiones y priorización de acciones en salud, Utilidad del SIP-G y otros esfuerzos en curso.**

Específicamente, se enfatiza en la importancia de articular los sistemas de vigilancia epidemiológica con otros sistemas que aborden patologías que afectan el mismo período de la vida y con mecanismos similares de transmisión (VIH; Chagas congénito, Sífilis). De esta manera se propende a optimizar los recursos y capacidades existentes en los diferentes niveles de gestión (programática) o de provisión de servicios (hospitales).

La presente experiencia pone de manifiesto cuan factible puede ser la **integración de los sistemas de información** en temas afines y sobre poblaciones comunes. Se sugiere la posibilidad de desarrollar un "sensor epidemiológico" para uso en los servicios como herramienta de visualización de la situación de los principales problemas de salud perinatal en cada establecimiento institucional.

2. Introducción y marco conceptual

A pesar de existir medidas profilácticas eficaces, como el uso del preservativo, y opciones terapéuticas eficaces y relativamente baratas, la sífilis sigue constituyendo un problema a escala mundial, con 12 millones de personas infectadas cada año. Las mujeres embarazadas infectadas por sífilis pueden transmitir la infección al feto (sífilis congénita), lo cual provoca resultados adversos graves para el embarazo en un 80% de los casos. La cifra estimada de embarazos afectados es de dos millones cada año; de éstos, alrededor de un 25% termina en muerte fetal o aborto espontáneo y en otro 25% el recién nacido presenta bajo peso al nacer o infección grave, dos factores asociados con un mayor riesgo de muerte perinatal. A pesar de todo, por lo general sigue subestimándose la carga que representa la sífilis congénita.

A diferencia de la mayoría de infecciones neonatales, la sífilis congénita es una enfermedad prevenible que podría eliminarse mediante un tamizaje prenatal eficaz y el tratamiento de las embarazadas infectadas. La eliminación de la sífilis congénita reduciría el número de abortos, muertes fetales, partos prematuros, neonatos de bajo peso al nacer y muertes perinatales, lo que contribuiría a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud materno infantil.

Es posible reducir considerablemente la sífilis congénita mediante intervenciones relativamente simples centradas en la atención materna y neonatal. En muchas partes del mundo ya existen los elementos necesarios para la prevención de la sífilis congénita: la mayoría de países disponen de guías clínicas para la detección sistemática prenatal de la sífilis; por lo general el grado de atención prenatal es alto; las pruebas de detección son de bajo costo y pueden realizarse en la atención primaria; el tratamiento con penicilina no es caro y el medicamento está incluido en la lista de medicamentos esenciales de todos los países. No obstante, a pesar de todos estos factores, la sífilis congénita sigue presentando una gran carga de morbilidad. La Organización Mundial de la Salud –OMS– tiene como objetivo general la eliminación de la sífilis congénita como problema de salud pública. Esto se podrá lograr a través de la reducción de la prevalencia de la sífilis en las mujeres embarazadas, así como la prevención de la transmisión de la sífilis de la madre al niño. La estrategia de la OMS para la eliminación de la sífilis congénita descansa sobre cuatro pilares: ¹

Pilar 1:

- Garantizar el **compromiso continuado y la promoción por parte de las instancias políticas.**

Pilar 2:

- Ampliar el **acceso a los servicios sanitarios** materno infantiles y mejorar la calidad de éstos. Garantizar el tamizaje y el tratamiento adecuado de toda mujer embarazada, y **reducir el número de oportunidades desaprovechadas** para realizar pruebas de detección a mujeres fuera de la atención materno infantil.

Pilar 3:

- Someter a pruebas de **detección y tratar a mujeres embarazadas y sus parejas**. Las pruebas diagnósticas de la sífilis actualmente disponibles son eficaces, asequibles y requieren un apoyo logístico mínimo. Debería tratarse a todas las mujeres infectadas y sus parejas, así como a los niños nacidos de madres infectadas no tratadas durante el embarazo.

Pilar 4:

- **Establecer sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación. Mejorar los sistemas de vigilancia, desarrollar indicadores y reforzar los sistemas de seguimiento y evaluación.**

Por su parte, la propuesta de la OMS contempla cuatro principios que orientan la acción a nivel nacional para controlar la sífilis congénita. Estos son:

1. El proceso debe ser dirigido por el país, teniendo en cuenta las condiciones específicas en cuanto a cultura, epidemiología y cuidados prenatales.
2. Debe adoptarse un enfoque integrado, vinculándolo a otros servicios de atención materno infantil (prevención de la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) de madre a hijo, pruebas de detección del paludismo, etc.), iniciativas de salud reproductiva y sexual (programas para controlar la úlcera genital y otras infecciones de transmisión sexual) y servicios de atención primaria.
3. Debe aplicarse un enfoque basado en derechos, confiriendo a las mujeres el derecho a la información, al asesoramiento y la confidencialidad.
4. Las alianzas y la colaboración son esenciales para utilizar de forma óptima los recursos disponibles.

De acuerdo a lo señalado en el **"Plan para la Eliminación de la Sífilis Congénita en las Américas"**² y más recientemente la **"Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe"**³, la sífilis congénita en la última década se ha reinstalado progresivamente en la agenda de los gobiernos de la región y de los organismos internacionales como un problema de salud pública reemergente.

Para cumplir con las metas delineadas es necesario contar con un diagnóstico de situación real que contribuya a jerarquizar los sistemas de vigilancia centinela para un adecuado monitoreo de las tendencias de la enfermedad, así como para la evaluación del impacto de las medidas de intervención implementadas.

3. Marco legal sobre pesquisa neonatal en Argentina (Ley 26279, sancionada el 8 de agosto de 2007)

Argentina cuenta con los resguardos legales para la detección temprana de enfermedades de prevalencia variable durante el período neonatal. En este conjunto se incluyen patologías de base hereditaria y otras adquiridas (secundarias a agentes infecciosos o propias de la edad gestacional al momento de nacer).

Se destacan a continuación los aspectos del articulado de la Ley 26.279⁴ que hacen referencia a la problemática que nos convoca (Artículo 1) y al rol que le asigna el Estado a través del Ministerio de Salud a las tareas de investigación y generación de información estadística Artículos 5 y 6), así como los aspectos de financiamiento (Artículo 8).

ARTICULO 1º - A todo niño/a al nacer en la República Argentina se le practicarán las determinaciones para la detección y posterior tratamiento de fenilcetonuria, hipotiroidismo neonatal, fibrosis quística, galactosemia, hiperplasia suprarrenal congénita, deficiencia de biotinidasa, retinopatía del prematuro, Chagas y **sífilis; siendo obligatoria su realización y seguimiento en todos los establecimientos públicos de gestión estatal o de la seguridad social y privados de la República en los que se atiendan partos y/o a recién nacidos/as**. Toda persona diagnosticada con anterioridad a la vigencia de la presente ley queda incluida automáticamente dentro de la población sujeta de tratamiento y seguimiento.

ARTICULO 5º - Serán funciones del Ministerio de Salud de la Nación:

(Se destacan solo aquellos artículos relevantes a los sistemas de información e investigación)

- d) **Administrar y coordinar los aspectos científicos de la pesquisa, normatizando el tratamiento y seguimiento a instaurar para garantizar su efectividad;**
- e) Establecer Redes de Derivación en forma sostenida, con el objetivo de implementar estimulación temprana, terapéuticas de rehabilitación, y equipamiento, a fin de mantener una comunicación fluida entre quienes hicieron el diagnóstico, el médico de referencia y quienes realizarán el o los tratamientos correspondientes;
- f) **Estimular el desarrollo de la investigación y de los modelos evaluativos en la materia;**
- g) **Desarrollar sistemas estadísticos a nivel nacional y provincial en coordinación con todos los establecimientos de salud, públicos y privados, que atiendan estas problemáticas, quienes deberán suministrar la información necesaria a las autoridades sanitarias a fin de disponer oportunamente de la información requerida para conocer la marcha y los avances de las acciones realizadas, así como la evolución de estas enfermedades fundamentalmente para orientar la prevención;**
- h) **Propiciar la creación de un banco de datos, que brindará un mejor conocimiento del alcance de estas patologías y será un elemento de utilidad para la prevención;**

- i) **Planificar la capacitación del recurso humano en el asesoramiento a las familias en las diferentes problemáticas planteadas por cada una de las patologías con un posterior seguimiento de cada caso individual atendiendo las necesidades que surjan de cada problemática.**

ARTÍCULO 6º - Establecer una directa relación de apoyo con las **entidades científicas, asociaciones civiles y ONG** que a la fecha de la sanción de la presente estén desarrollando actividades inherentes al objetivo de la misma, en el territorio nacional, o a nivel internacional.

ARTICULO 8º - Los gastos que demande el cumplimiento de las disposiciones de la presente ley, con excepción de las entidades mencionadas en el artículo 3º serán atendidos con los recursos que destine, a tal efecto, la Ley de Presupuesto General para la Administración Pública Nacional para la Jurisdicción 80 - Ministerio de Salud. Autorízase al Jefe de Gabinete de Ministros a realizar las adecuaciones presupuestarias necesarias para el financiamiento de la presente ley, durante el ejercicio fiscal de entrada en vigencia de la misma.

4. El Proyecto Red Perinatal AMBA y el CISAP (Centro de Investigación en Salud Poblacional) El Sistema Informático Perinatal (SIP)

En Argentina, el proyecto "Red Perinatal AMBA" y su Centro Coordinador, el CISAP (Centro de Investigación en Salud Poblacional) / Hospital Durand, viene realizando actividades sistemáticas de relevamiento epidemiológico desde el año 2004 hasta la actualidad utilizando el SIP como herramienta base. La Red Perinatal AMBA está integrada por 30 hospitales públicos de Ciudad Autónoma de Buenos Aires -CABA- y Provincia de Buenos Aires -PBA- donde se asisten aproximadamente 90.000 nacimientos por año. En el quinquenio 2004-2008 se han producido **cinco** informes de relevamiento epidemiológico que analizan información de más de 150.000 nacimientos. La cobertura del SIP en los hospitales participantes fue de alrededor del 80% durante todo el período analizado.

La Red, constituye además un modelo de gestión para la investigación colaborativa y el desarrollo de propuestas en materia de recursos, asesoría y apoyo a estamentos el Estado Nacional, de las provincias que lo requieren, así como agencias de cooperación. La Red, con su Centro Coordinador, conforman un modelo inserto en el sistema público de salud y con capacidad asociativa con otros sectores y actores del sistema.

En materia de generación de conocimiento, la Red genera informes, publicaciones científicas, reportes técnicos para decisores y documentos sobre temas específicos de salud materna y perinatal.

En cada informe de Relevamiento Epidemiológico de la Red se presenta información consolidada de carácter histórica desde el año 2004 a fin de elaborar tendencias en la evolución del conjunto de indicadores seleccionados para monitorear progresos en salud materno perinatal. Asimismo, permitir el análisis comparativo entre establecimientos, entre jurisdicciones y evaluar el comportamiento de dichos indicadores dentro de cada hospital.

Este enfoque se complementa con el uso de patrones de referencia comparativos para evaluar no sólo el desempeño global de la Red o jurisdicción, sino además los de cada institución a lo largo del tiempo ("benchmarking"). Esta metodología posibilita la identificación de aquellos aspectos críticos detectados sobre los cuales se planificaron intervenciones efectivas para modificar la realidad. El propósito es favorecer el uso sistemático de la información producida para generar mejoras en la calidad de atención promoviendo el uso de las mejores prácticas perinatales basadas en evidencia científica.

El relevamiento de la información se efectúa mediante la revisión de la Historia Clínica Perinatal Base -HCPB- (CLAP/OPS-OMS) y la utilización del Sistema Informático Perinatal -SIP-. Las bases de datos del SIP de cada hospital son transferidas en diferentes soportes electrónicos para su depuración y consolidación por parte del equipo responsable de la gestión de bases de datos de la Coordinación de la Red en el CISAP. Para el

análisis epidemiológico de las bases de datos, se utiliza un conjunto mínimo de 21 indicadores seleccionados agrupados en 7 dimensiones:

- A. Contexto,
- B. Hábitos,
- C. Uso de servicios,
- D. Accesibilidad,
- E. Calidad de cuidado,
- F. Impacto materno-fetal,
- G. Impacto neonatal.

El modelo teórico para la selección y el agrupamiento del conjunto de indicadores básicos para el monitoreo de la salud materno-perinatal es producto de un trabajo realizado por la Red y que fue diseñado a partir del análisis de modelos existentes desarrollados por parte de agencias de cooperación y/o implementados en diferentes países. Los resultados se analizan desde dos perspectivas:

a) de base poblacional, donde la unidad de análisis es cada individuo (mujer, feto o neonato, según corresponda) para lo cual se trabaja con una base de datos consolidada correspondiente a los hospitales integrantes de la Red;

b) de base hospitalaria, donde la unidad de análisis es el hospital, para lo cual se trabaja comparando las bases individuales de cada hospital. Se incluyen los datos para cada indicador con cobertura de información aceptable (>85%).

Los resultados son presentados en gráficos y tablas con valores absolutos o mediante alguna medida de resumen: distribuciones de frecuencia para cada indicador, mediana y rango intercuartilo, valores extremos y brecha (calculada a partir del cociente entre los valores extremos).

Cada tabla es seguida, a su vez por una serie de comentarios relativos a la calidad del dato (cobertura), el análisis de base poblacional con la interpretación sobre la evolución de cada indicador para la serie histórica considerada, otro análisis de base hospitalaria y observaciones generales referidas a la utilidad y recomendaciones vinculadas con cada indicador en particular.

Complementariamente, hemos considerado oportuno introducir algún **patrón de referencia** para cada indicador seleccionado a partir del cual poder evaluar su evolución, realizar análisis comparativos de los resultados obtenidos por la Red y establecer metas para mejorar cada indicador.

Además se incluyen sugerencias para implementar intervenciones tendientes a mejorar aquellos indicadores críticos para la Red en su conjunto y para cada institución en función de su realidad local.^{5,6}

5. El SIP-Gestión (SIP-G), una herramienta en continua evolución

La historia del Sistema Informático Perinatal (SIP) en América Latina se remonta a más de tres décadas. Su aparición significó una verdadera revolución en el campo de la salud perinatal, toda vez que implicaba con una potente herramienta de información orientada a mejorar la calidad de atención en los servicios de salud de las Américas.

Durante todos estos años, se han observado patrones diferenciales de los países en cuanto a grados de avance, coberturas y optimización de la herramienta informática en sus diferentes versiones. Del mismo modo, estas experiencias muestran patrones diferenciales en el uso del SIP como herramienta de gestión clínica y de investigación operativa.

En el marco de un proyecto de investigación realizado por el CISAP, se decidió desarrollar una herramienta de información para la gestión en salud perinatal. Para ello, se tomó como base al SIP (CLAP/OPS-OMS). A partir de allí se implementó un proceso metodológico para la selección de indicadores candidatos a conformar un conjunto de indicadores mínimos para la gestión de programas. El producto final del proyecto fue un modelo de indicadores denominado SIP-Gestión (SIP-G). Esta idea estuvo basada además en la existencia de sistemas de indicadores propuestos por países o agencias internacionales que tratan de operacionalizar estas herramientas para la toma de decisiones informadas en el ámbito de los servicios de salud y los programas de salud perinatal. Ello derivó en el desarrollo del SIP-G, una herramienta que es, esencialmente, una selección intencionada de indicadores del SIP para un fin alternativo.

A partir de la experiencia desarrollada, desde el Ministerio de Salud de la Nación se convocó a investigadores del CISAP/Red Perinatal AMBA para actuar como equipo científico técnico asesor de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia para "Desarrollar e implementar un sistema de información en salud de la mujer y perinatal", basado en el **SIP, SIP-Gestión**, que contribuya a la implementación del Plan Estratégico para la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil del país, tal como surge del Acuerdo Federal de Salud suscripto por los Ministros de Salud de las 24 Jurisdicciones en Diciembre de 2008. De esta iniciativa forman parte el PLAN NACER, la Representación Argentina de OPS/OMS y el CLAP. La intervención reorientará el SIP a los fines propuestos, produciendo informes periódicos epidemiológicos y de gestión que contribuyan a mejorar la calidad de atención de los servicios de salud. En este sentido, se definieron un Conjunto Básico de Indicadores de salud de la mujer y perinatal, aplicable en los distintos niveles de jurisdicción de la Argentina, en el marco del Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil; se operacionalizó el SIP 2007 incorporando aspectos de la salud sexual y reproductiva (sector de atención ambulatoria, anticoncepción y complicaciones de aborto) y la salud neonatal que permitan implementar este sistema de información, obteniendo un nuevo **SIP-Gestión**.⁷

Para los fines específicos de la presente propuesta cabe destacar que dentro de los Indicadores de Impacto Materno Fetal se incluyen la **Prevalencia de VDRL positiva durante el embarazo y la Prevalencia de VIH Positivo durante el embarazo**.

En consecuencia, el trabajo sistemático de relevamiento epidemiológico del CISAP / Red Perinatal AMBA en hospitales públicos del Área Metropolitana de Buenos Aires, así como la asesoría científico técnica desarrollada a nivel nacional en el marco del SIP-GESTIÓN, que incluyen el análisis de los tópicos específicos de la investigación propuesta, posibilitó el presente trabajo de investigación en una red de hospitales públicos representativos del subsector público del sistema de salud argentino, correspondientes a un área geográfica que concentra aproximadamente la tercera parte de la población de Argentina y donde se asisten aproximadamente 20% de los partos del país.

El actual proyecto se basa en el **Cuarto Pilar de la estrategia de la OMS** consistente en establecer sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación, en nuestro caso, aplicados a la Red de Hospitales de la Red AMBA.

Se trata de un proyecto que rescata las capacidades existentes en materia de información recolectada y generada de manera sistemática por establecimientos de una red asistencial, que incluye además, la percepción y juicio por parte de actores vinculados con las enfermedades de transmisión sexual, con la salud sexual y reproductiva y con los sistemas de monitoreo y vigilancia epidemiológica. Contribuye de esta manera con varias lecturas concurrentes en torno a una temática común. Apela, finalmente a la necesidad de reconocer la multiplicidad de derivaciones y lecturas en torno a la sífilis materna y congénita, para comprender que el posible impacto asociado a su erradicación dependerá, en definitiva, de la correcta articulación de recursos y voluntades que existen en nuestro país.

6. Objetivos

6.1. Objetivos generales

- Elaborar una aproximación a la situación epidemiológica en una Red de Hospitales Públicos del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina, respecto a la Sífilis Gestacional y la Sífilis Congénita, a partir de datos emanados del SIP.
- Analizar los niveles de utilización del Sistema Informático Perinatal para la vigilancia centinela de Sífilis Materna y Sífilis Congénita, vigentes en el país.
- Realizar recomendaciones para la optimización del Sistema Informático Perinatal como herramienta de vigilancia, monitoreo y evaluación de la Sífilis materna y Sífilis Congénita.
- Contribuir al Desarrollo o Fortalecimiento de un Sistema para el seguimiento de los progresos, evaluación de resultados y sostenibilidad de un plan de vigilancia epidemiológica activa para contribuir a la eliminación de la transmisión vertical de la sífilis.

6.2. Objetivos específicos

- Determinar la cobertura de información y prevalencia de sífilis materna y sífilis congénita en la población asistida en una Red de Hospitales Públicos del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina, a partir de datos obtenidos del SIP.
- Establecer datos de referencia para un sistema de notificación eficaz de la sífilis materna y sífilis congénita, como parte integral de los programas para reducir los riesgos del embarazo y otros programas de salud materno infantil.
- Identificar indicadores de la calidad de la atención e impacto materno-feto-neonatal, específicamente la cobertura del tamizaje de sífilis materna y sífilis congénita.
- Identificar y asignar funciones y responsabilidades para mejorar la rendición de cuentas respecto de la eliminación de la sífilis materna y sífilis congénita.

7. Metodología

Se efectuó un abordaje metodológico combinando estrategias cuantitativas y cualitativas tal como se describen a continuación:

7.1. Análisis de la Base de Datos SIP de la Red Perinatal AMBA:

análisis de base poblacional y hospitalaria; determinación de cobertura de SIP a nivel de la Red global, por jurisdicción (CABA y PBA) y por institución; cálculo de prevalencia de sífilis materna y sífilis congénita a nivel de la Red global, por jurisdicción y para cada institución, estableciendo medidas de tendencia central y variación; establecimiento de tendencias temporales para el período 2004-2009; comparación con otras fuentes posibles de datos existentes a nivel hospitalarios, jurisdiccional (CABA y PBA) y a nivel nacional.

- **Procedimiento de Gestión de las bases de datos**
- El procesamiento y análisis epidemiológico a partir del SIP siguió un modelo secuencial en etapas:
 - **Identificación** y captura de la base de datos perinatal en cada institución (SIP) según año calendario.
 - **Conversión** de las bases de datos y unificación de formatos: DOS (SIP 1.3 ó 1.4), SIP 2.000 y SIP 2007 en entorno Windows.
 - **Depuración de las bases de datos:** a fin de corregir inconsistencias focalizando la atención en las fechas de parto, de ingreso y egreso al hospital.
 - **Criterios de exclusión:** se excluyeron los abortos definidos como embarazos de <22 semanas de EG y peso al nacer < de 500 gramos.
 - **Consolidación de bases:** total (global RED), por jurisdicción (CABA y PBA).
 - **Exportación e importación:** de las bases del SIP a formatos planos para facilitar su análisis estadístico desde SPSS.
 - **Análisis** epidemiológico de las bases de datos según indicadores del modelo.
- Una vez consolidada la información se procedió a la elaboración de tablas comparativas y gráficos para análisis de tendencia, donde se presenta la información en forma anual y según los tres criterios de estratificación mencionados (Total de la RED, CABA -Ciudad Autónoma de Buenos Aires- y PBA - Provincia de Buenos Aires-). Además, se complementó con la elaboración de gráficos de barras para cada indicador comparativos del desempeño de cada hospital con las medidas resumen de la Red y cada Jurisdicción.

7.2. Entrevistas con Informantes clave:

para cumplimentar este aspecto del informe, se elaboró una encuesta sencilla con 8 preguntas abiertas. Dichas encuestas fueron enviadas a un conjunto de informantes clave con funciones en organismos del Estado (Ministerios, Secretarías de Salud, responsables de programas a nivel nacional, profesionales de establecimientos asistenciales), especialistas en el tema, investigadores e integrantes de agencias de cooperación. Se analizaron las encuestas y se presentan los aspectos relevantes de las respuestas a cada una de las preguntas estratificadas según niveles: central o de programas y hospitalario. Se detalla a continuación el listado de informantes contactados para participar del estudio.

Ministerio de Salud de la Nación

- Subsecretaría de Salud Comunitaria
- Dirección Nacional de Maternidad e Infancia
- Dirección de SIDA y ETS
- Dirección de Epidemiología, SNVS / SIVILA
- Instituto Fatała Chabén
- Programa de Salud Sexual y Reproductiva y Procreación Responsable
- Programa de Salud Integral del Adolescente

Ministerio de Salud, CABA

- Coordinación SIDA
- Hospital Argerich
- Hospital Durand
- Hospital Fernández
- Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

OPS Argentina

ONUSIDA, Argentina

7.3. Revisión documental:

Para el relevamiento de material documental vinculado a la vigilancia de la sífilis congénita en la Argentina se utilizaron diversas fuentes de información.

- **Del Estado:** relevamiento de información existente en la Dirección de Epidemiología, Programa de prevención de VIH y otras ETS.
- **Proyectos de investigación realizados.**
- **Búsqueda de bibliografía a través de buscadores** del CVSP/BIREME/OPS y otras fuentes de información.
- **Consulta a informantes clave** que trabajan en el tema de sífilis congénita.

8. Resultados

8.1. Análisis de cobertura de la información

Se analizaron un total de 170.279 registros correspondientes a 28 hospitales de la Red Perinatal AMBA para el período 2004- 2009. La cobertura global del SIP comparada por el número de partos según libro de partos, fue del 77,5 % (IC 95% 77,3 – 77,6). Para 16 hospitales de Provincia de Buenos Aires, se analizaron 71.799 registros con una cobertura del 85.9% (IC 95% 85,6 – 86,2). Para 12 hospitales de CABA, se analizaron 98.930 registros con una cobertura del 72,3% (IC95% 71,6-72,4)

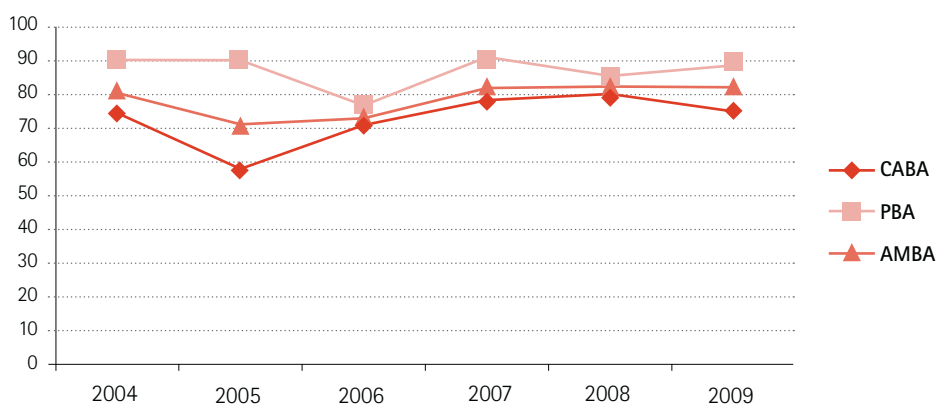
Tabla 1. Cobertura del SIP*. Red Perinatal AMBA. Serie histórica 2004–2009.

Jurisdicción	2004	2005	2006	2007	2008	2009
CABA	74,8	58,2	71,3	78	80,1	75,6
PBA	89,8	90,3	76,9	90,4	85,2	88,8
AMBA	80,7	70,9	73,2	82,2	82,4	79,9

*Datos totales de partos según libro de partos y del SIP por jurisdicción y año.

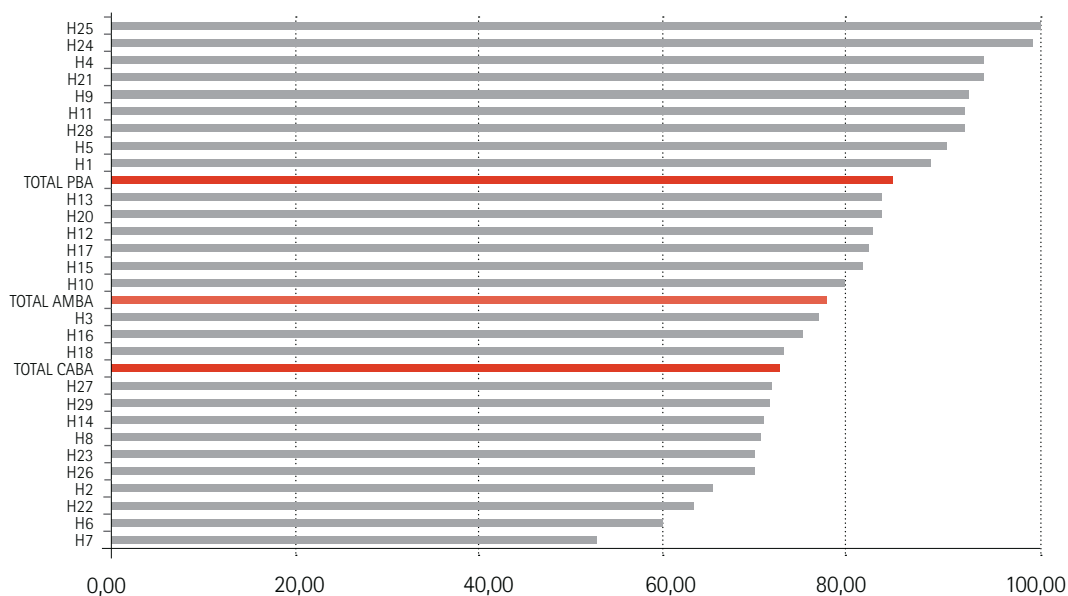
N de hospitales según año de relevamiento: 10 (2004), 10 (2005), 10 (2006), 21 (2007), 21 (2008), 17 (2009)

Gráfico 1. Cobertura del SIP. Serie histórica 2004–2009.



La variación en la cobertura entre hospitales fue del 99,9% al 53,2%.(Gráfico 2 y ANEXO 2 Tabla 1)

Gráfico 2. Cobertura del SIP según hospital, Jurisdicción y Total Red Perinatal AMBA (n=28 hospitales). Período 2004-2009



Para el análisis de la base de datos se excluyeron los registros correspondientes a abortos, definidos como nacimientos con edad gestacional < 22 semanas y peso al nacer < 500g, correspondiendo en este caso a un total 165.153 nacimientos analizados.

En la Tabla 2 se presenta la caracterización de la población asistida según indicadores seleccionados del SIP-Gestión (SIP-G).

Tabla 2. Caracterización de la población asistida según Indicadores seleccionados SIP-GESTIÓN. Período 2004-2009

Indicador	Total		S/D
	n	%	%
Edad materna Adolescentes >35 años	31.562	19,2	0,3
	14.385	8,7	
Sin control prenatal	8.543	5,8	11,9
Tasa de cesárea	40.974	25,0	0,6
Tasa de mortalidad fetal x 1000 NV	979	5,9	0,2
Tasa de bajo peso al nacer	11.605	7,1	0
Tasa de prematuridad	16.102	9,8	0

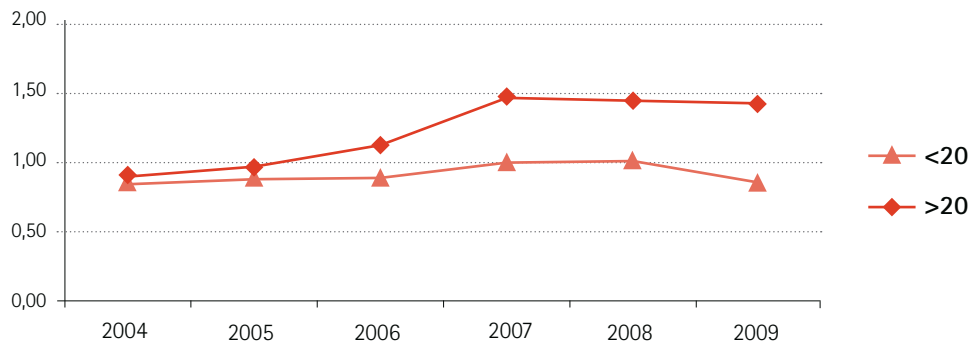
En ANEXO II se presenta el detalle de todas las tablas correspondientes al cálculo de los indicadores seleccionados.

8.2. Resultados Principales

8.2.1. Prevalencia de Sífilis Materna

a) Análisis de base poblacional

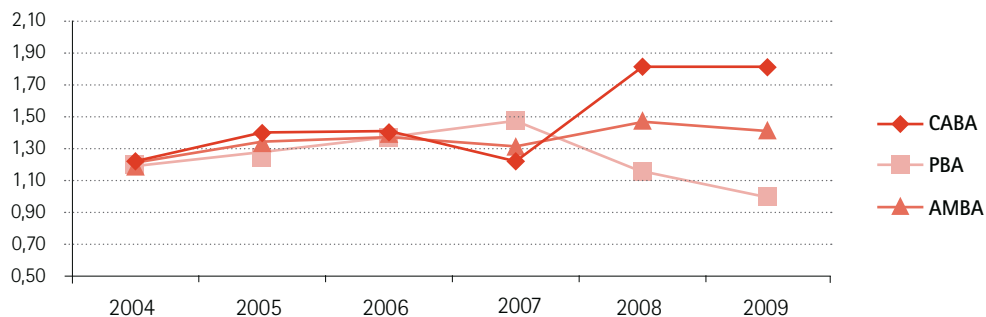
Gráfico 3. Prevalencia de VDRL+ antes y después de las 20 semanas de gestación. Red Perinatal AMBA. Serie histórica 2004-2009.



27 Hospitales del AMBA; VDRL+ < 20 semanas: n= 144.220 registros (1.283 casos positivos);
VDRL+ > 20 semanas: n= 141.067 registros (550 casos positivos)

En el Gráfico 3 se observa la tendencia de la prevalencia de VDRL+ antes y después de la semana 20 de gestación para 27 hospitales de la Red Perinatal AMBA. Se observa que para los casos de <de 20 semanas una tendencia estable en esta serie histórica (0.8 a 1.0% de prevalencia de VDRL+). En cambio, para la población de >de 20 semanas de gestación, se observa una tendencia ascendente entre el período 2004-2007 con una estabilización a partir de ese año del orden del 1.4%. Este aumento representa un incremento de casi el 60% con relación a la prevalencia observada durante el 2004.

Gráfico 4. Prevalencia de VDRL+ antes de las 20 semanas de gestación. Red Perinatal AMBA. Serie histórica 2004-2009.



Sin dato: 42.06 %

En el Gráfico 4 se observa un comportamiento diferencial en la prevalencia de VDRL+ antes de las 20 semanas de gestación para establecimientos de CABA y PBA. Mientras los primeros alcanzan prevalencias del 1.8% para el bienio (2008-2009), los hospitales de PBA tienen una tendencia de-

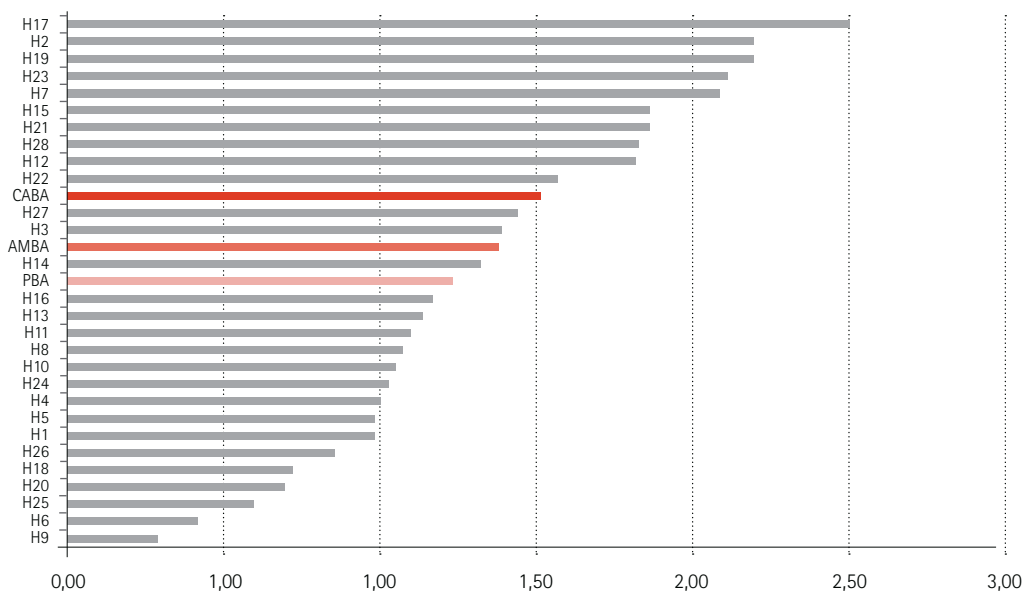
creciente. Se asume que este último comportamiento supone un déficit en los sistemas de registro y notificación más que a una real causal epidemiológica. Sustenta este argumento el hecho de que en el total de partos asistidos en los hospitales de CABA, más del 52% corresponde a mujeres con residencia de PBA (datos de la Encuesta Perinatal 2008). (Anexo 2 Tabla 2)

Tabla 3. Prevalencia de VDRL+ antes de las 20 semanas de gestación. Red Perinatal AMBA. Período 2004–2009.

	CABA		PBA		Total	
	n	%	n	%	n	%
Positiva	790	1.52 (IC 0,86-2,18)	537	1.23(IC 0.64-1,82)	1.327	1.39 (IC 0,76-2,0)
Negativa	51.297	98,48	43.071	98,76	94.368	98,61
Total válido	52.087	100	43.608	100	95.695	100
Sin dato	47.579	47,74	21.879	33,41	69.458	42,06
Total población	99.666	100	65.487	100	165.153	100

b) Análisis de base hospitalaria

Gráfico 5. Prevalencia de VDRL+ antes de las 20 semanas de gestación, según Hospital. Red Perinatal AMBA. Período 2004–2009

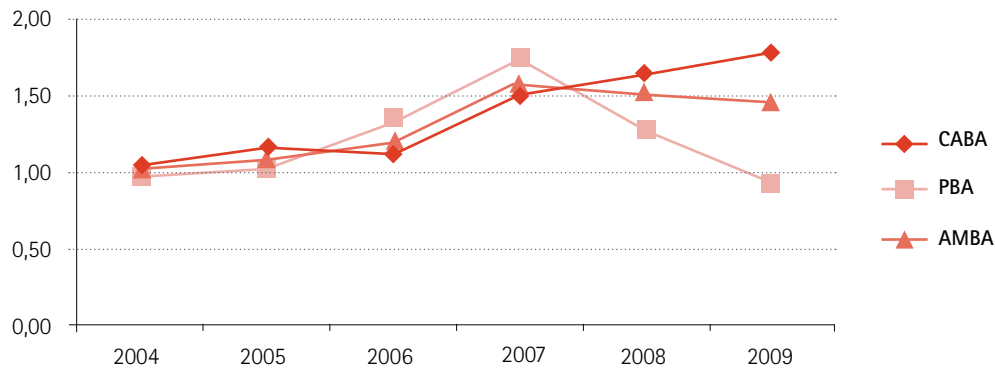


Ver Anexo 2 Tabla 3

Variación del indicador Prevalencia VDRL+ < 20 sem. (n=27 hospitales)

\bar{X} (%)	Rango intercuartilo (%)	Mínimo (%)	Máximo (%)	Brecha (%)	Rango
1.15	0,98 – 1,84	0,28	2,50	8,9	2,22

Gráfico 6. Prevalencia de VDRL+ después de las 20 semanas de gestación.
Red Perinatal AMBA. Serie histórica 2004-2009.



Sin dato: 21.2 %

En el Gráfico 6 se observa nuevamente un comportamiento diferencial en la prevalencia de VDRL+ después de las 20 semanas de gestación para establecimientos de CABA y PBA. Mientras los primeros muestran una tendencia creciente y sostenida desde el año 2006 hasta alcanzar una prevalencia del 1.8% para el año 2009, los hospitales de PBA tienen una tendencia decreciente con una prevalencia inferior al 1% para el mismo año. Del mismo modo, se asume que este último comportamiento supone un déficit en los sistemas de registro y notificación más que a una real causal epidemiológica. El nivel de participación de los hospitales es variable a lo largo del tiempo (ej. en 2008 hay dos hospitales más que en 2009 de PBA representados). A esto se suma que algunos pocos hospitales tienen discontinuidad en la provisión del indicador VDRL antes y después de las 20 semanas; y por último los datos válidos para el cálculo de los denominadores varían entre periodos dentro de un mismo embarazo.

Tabla 4. Prevalencia de VDRL+ después de las 20 semanas de gestación.
Red Perinatal AMBA. Período 2004-2009.

	CABA		PBA		Total	
	n	%	n	%	n	%
Positiva	1.283	1.5 (IC 1,4-1,5)	550	1.2 (IC 1,1-1,3)	1.833	1.4 (IC 1,3-1,5)
Negativa	83.872	98,5	44.715	98,8	128.587	98,6
Total valido	85.155	100,0	45.265	100,0	130.420	100,0
Sin dato	14.511	14,6	20.222	30,9	34.733	21,0
Total población	99.666		65.487	1,2	165.153	

Al comparar las series históricas se observa que la prevalencia de VDRL+ antes y después de las 20 semanas, no se ha modificado (1.4%). Sin embargo se registran 362 casos más después de las 20 semanas con respecto a los embarazos de menos de 20 semanas (1.833 casos vs 1.471 casos respectivamente). Para abordar estas diferencias se deberán considerar las posibles explicaciones:

- a) Mayor número de casos de VDRL+ después de las 20 semanas porque se registra más y mejor durante este periodo,

- b) Porque un mayor número de mujeres acceden al control prenatal tardío y con una menor falta de dato, 21% (en <de 20) vs. 36% (en > de 20).
- c) Si la prevalencia no se modifica, se debe indagar qué aconteció con las mujeres con VDRL+ antes de las 20 semanas. Dicho en otros términos: ¿cuántas siguen siendo positivas y cuántas se negativizaron?

Se efectuó a modo de ejercicio un cálculo de la capacidad operativa de la prueba diagnóstica VDRL+ antes de las 20 semanas tomando como gold standard la VDRL+ después de las 20 semanas.

Tabla 5. Capacidad operativa de la Prueba de VDRL+ antes de las 20 semanas de edad gestacional

VDRL < 20 Semanas	VDRL > 20 Semanas				Total	
	Positivo		Negativa		Total	
	N	%	N	%	N	%
Positivo	765	70,8	316	29,2	1.081	100
Negativo	265	0,4	73.737	99,6	74.002	100
Total	1.030	1,4	74.053	98,6	75.083	100

Sin dato para el cruce: 54.3%

	Valor	IC (95%)	
Sensibilidad (%)	74,27	71,55	76,99
Especificidad (%)	99,57	99,53	99,62
Índice de validez (%)	99,23	99,16	99,29
Valor predictivo + (%)	70,77	68,01	73,53
Valor predictivo - (%)	99,64	99,60	99,69
Prevalencia (%)	1,37	1,29	1,46
Razón de verosimilitud +	174,05	155,03	195,41
Razón de verosimilitud -	0,26	0,23	0,29

Esta forma de ver la información, si se pudiera efectuar en tiempo real y con selección de los casos detectados antes de las 20 semanas durante un mismo período puede ser útil para monitorear la capacidad resolutive de los servicios para tratar y negativizar después de las 20 semanas los casos detectados en la primera mitad de la gestación (corresponden a los 316 casos positivos falsos de la tabla de contingencia).

En última instancia, de lo que se trata, es de maximizar la calidad en la gestión de la información para mejorar en consecuencia los resultados. Se incluye a continuación el análisis comparado por hospital del número de casos positivos, el total de registros y la prevalencia de VDRL+ después de las 20 semanas comparada a la prevalencia antes de las 20 semanas de gestación.

Tabla 6. Prevalencia de VDRL+ después de las 20 semanas de gestación comparada a la prevalencia antes de las 20 semanas de gestación, según Hospital. Red Perinatal AMBA. Período 2004-2009.

Hospital	VDRL > 20 SEM			Prevalencia %	comparado con VDRL < 20 semanas		
	Positivo	Negativo	Total		casos+	Total	Prevalencia
H17	176	6.500	6.676	2,64	↑	↑	↑
H2	36	1.486	1.522	2,37	↑	↑	↑
H23	91	3.884	3.975	2,29	↑	↑	↑
H22	20	932	952	2,10	↑	↓	↑
H7	82	4.018	4.100	2,00	↑	↑	↓
H19	163	8.896	9.059	1,80	↑	↑	↓
H21	130	7.559	7.689	1,69	↑	↑	↓
H12	98	5.962	6.060	1,62	↑	↑	↓
H15	93	6.265	6.358	1,46	↑	↑	↓
H27	397	26.822	27.219	1,46	↑	↑	↑
H13	26	1.816	1.842	1,41	↑	↑	↑
H28	49	3.952	4.001	1,22	↑	↑	↓
H5	18	1.457	1.475	1,22	↑	↓	↑
H26	169	14.478	14.647	1,15	↑	↑	↑
H14	23	2.034	2.057	1,12	↑	↑	↑
H16	48	4.297	4.345	1,10	↑	↑	↓
H11	10	1.019	1.029	0,97	↑	↑	↓
H1	52	5.582	5.634	0,92	↑	↑	↓
H18	17	1.909	1.926	0,88	=	↓	↑
H10	36	4.300	4.336	0,83	↑	↑	↓
H25	26	3.106	3.132	0,83	↓	↓	↑
H20	22	2.658	2.680	0,82	↑	↑	↑
H3	5	612	617	0,81	↓	↓	↓
H8	14	2.124	2.138	0,65	↓	↑	↓
H4	26	4.664	4.690	0,55	↓	↑	↓
H6	6	1.798	1.804	0,33	↓	↓	↓
H9	0	457	457	0,00	↓	↓	↓
TOTAL RED	1.833	128.587	130.420	1,41			
Total PBA	550	447.15	45.265	1,22			
Total CABA	1.283	83.872	85.155	1,51			

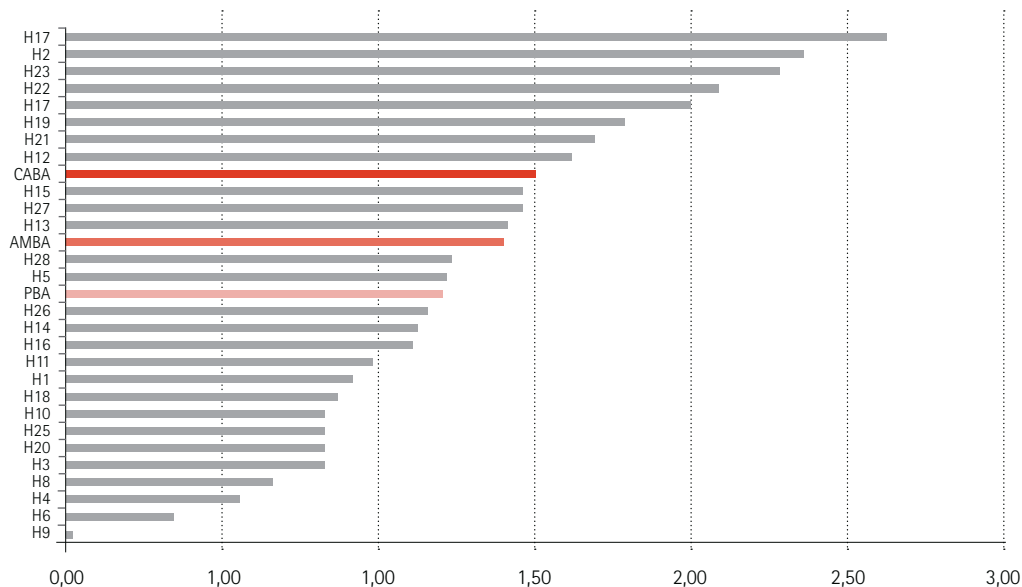
Al analizar la Tabla 6 comparando, el número de casos de VDRL+, el total de registros y la prevalencia se pueden dar tres escenarios para cada uno de los indicadores en forma aislada (aumento, valores estables o descenso). A su vez se puede analizar en forma conjunta el grado de consistencia en el comportamiento de dichos indicadores.

En verde: corresponde a la situación ideal en donde se observa disminución de los casos positivos (porque fueron tratados oportunamente aquellos casos diagnosticados antes de las 20 semanas), aumenta de los totales en la base (como consecuencia de la mejora en el registro) y desciende en forma concomitante la prevalencia.

En amarillo: corresponde a la situación en donde los hospitales que muestran una disminución de casos+ después de las 20 semanas, se asocian a disminución en el número de registros totales y un aumento de la prevalencia. La única explicación posible de este fenómeno se sustenta en un déficit en el registro de información. En rojo, corresponde revisar en la columna de totales, ya que no debería haber menos totales en >20 semanas que en menos de 20 semanas (6 hospitales). Esto puede darse porque se contactan temprano y no vuelven hasta el parto (por eso no hay registro de VDRL >20 semanas), o porque no se hace la VDRL >20semanas, o porque no se registra (lo más probable).

Este tipo de análisis se podría constituir en un insumo útil para la gestión interna de cada servicio y para establecer una pauta de monitoreo externo hacia los hospitales. Complementariamente se podría desarrollar un aplicativo dentro del programa de cargar que alerte sobre estas inconsistencias al procesar y analizar la base.

Gráfico 7. Prevalencia de VDRL+ después de las 20 semanas de gestación, según Hospital. 27 Hospitales de la Red Perinatal AMBA. Período 2004–2009.



Variación del indicador Prevalencia VDRL+ después 20 sem. (n=27 hospitales)

\bar{X} (%)	Rango intercuartilo (%)	Mínimo (%)	Máximo (%)	Brecha (%)	Rango
1,15	0,84 – 1,69	0,33	2,64	8,5	2,31

Para el cálculo de la brecha y el rango se excluyó el hospital H9.

8.2.1.1. Análisis secundarios: asociación entre sífilis materna y otros factores de interés

- I. Accesibilidad al Control Prenatal
- II. Edad de la Madre
- III. Peso al Nacer
- IV. Edad Gestacional al Parto
- V. Planificación del Embarazo
- VI. Mortalidad Feto Neonatal

I. Sífilis Materna según Accesibilidad al Control Prenatal

Tabla 7. VDRL+ antes de las 20 semanas de gestación y "sin control prenatal"

	VDRL+	VDRL -	Total	% (IC 95%)
Sin control	38	2.172	2.210	1,72 (1,18-2,26)
Con control	2.172	86.023	88.195	1,37 (1,29-1,45)
Total	2.210	87.219	89.429	

Tabla 8. VDRL+ después de las 20 semanas de gestación y "sin control prenatal"

	VDRL+	VDRL -	Total	% (IC 95%)
Sin control	122	4.653	4.775	2,55 (2,15-3,05)
Con control	1.499	110.406	111.905	1,33 (1,26-1,40)
Total	1.621	115.059	116.680	

Prevalencia de sífilis en mujeres sin control prenatal: 2.55% (IC 95%: 2.15-3.05)

Prevalencia de sífilis en mujeres con control prenatal: 1.33% (IC95%: 1.26-1.40)

Razones de tasas: 1,90 (1,58-2,29).

Las mujeres embarazadas que no se controlan casi duplican el riesgo de tener VDRL+

II. Sífilis materna según edad de la madre

II.1. Adolescentes (<20 años) vs Adultas

Tabla 9. VDRL+ antes de las 20 semanas de gestación y Adolescentes

	VDRL+	VDRL -	Total	% (IC95)
Adolescentes	177	17.632	17.809	0,99 (0,84-1,14)
Adultas	1.145	76.481	77.626	1,48 (1,40-1,56)
Total	1.322	94.113	95.435	

Tabla 10. VDRL+ después de las 20 semanas de gestación y Adolescentes

	VDRL+	VDRL -	Total	% (IC95)
Adolescentes	287	24.495	24.782	1,16 (1,02-1,29)
Adultas	1.542	103.772	105.314	1,46 (1,39-1,54)
Total	1.829	128.267	130.096	

II.2. Mujeres > 35 años vs resto

Tabla 11. VDRL+ antes de las 20 semanas de gestación y > 35 años

	VDRL+	VDRL -	Total	% (IC95)
> 35 años	132	8.344	8.476	1,56 (1,30-1,82)
≤ 35 años	1.190	85.769	86.959	1,37 (1,29-1,45)
Total	1.322	94.113	95.435	

Tabla 12. VDRL+ después de las 20 semanas de gestación y > 35 años

	VDRL+	VDRL -	Total	% (IC95)
> 35 años	185	11.059	11.244	1,65 (1,41-1,89)
≤ 35 años	1.644	117.208	118.852	1,38 (1,31-1,45)
Total	1.829	128.267	130.096	

Prevalencia de sífilis en mujeres >35 años: 1,65 (IC 95%: 1,41-1,89)

Prevalencia de sífilis en mujeres ≤ 35 años: 1,38 (IC95%:1,31-1,45)

Razones de tasas: 1,18 (IC95%: 1,02-1,38)

**Las mujeres embarazadas mayores de 35 años
aumentan un 20% el riesgo de tener VDRL+**

III. Sífilis materna según peso al nacer

Analizando Bajo Peso al Nacer (<2500g) como resultado perinatal pobre

Tabla 13. Bajo Peso al Nacer (<2500g) y VDRL+ antes de las 20 semanas de gestación

	<2500g	≥ 2500g	Total	% (IC95)
VDRL+	85	1242	1.327	6,41 (5,09-7,76)
VDRL -	6.431	87.937	94.368	6,81 (6,65-6,97)
Total	6.516	89.179	95.695	

Tabla 14. Bajo Peso al Nacer (<2500g) y VDRL+ después de las 20 semanas de gestación

	<2500g	≥ 2500g	Total	% (IC95)
VDRL+	175	1.658	1.833	9,55 (8,20-10,9)
VDRL -	8.917	119.670	128.587	6,93 (6,79-7,07)
Total	9.092	121.328	130.420	

Prevalencia de Bajo Peso al Nacer (<2500g) en madres con VDRL+: 9,55% (IC 95%: 8,20-10,9)

Prevalencia de Bajo Peso al Nacer (<2500g) en madres con VDRL-: 6,93% (IC95%: 6,79-7,07)

Razones de tasas: 1,38 (IC95%: 1,18-1,60)

Las mujeres con VDRL+ aumentan casi un 40% el riesgo de tener un RN con Bajo Peso (<2500g)

Analizando prevalencia de sífilis en Bajo Peso

Tabla 15. VDRL+ antes de las 20 semanas de gestación y Bajo Peso al Nacer (<2500g)

	VDRL+	VDRL -	Total	% (IC95)
<2500g	85	6.431	6.516	1,30 (1,02-1,58)
≥ 2500g	1.242	87.937	89.179	1,39 (1,31-1,47)
Total	1.327	94.368	95.695	

Tabla 16. VDRL+ después de las 20 semanas de gestación y Bajo Peso al Nacer (<2500g)

	VDRL+	VDRL -	Total	% (IC95)
<2500g	175	8.917	9.092	1,92 (1,66-2,22)
≥ 2500g	1.658	119.670	121.328	1,37 (1,29-1,43)
Total	1.833	128.587	130.420	

Prevalencia de sífilis en bajo peso al nacer: 1,92 (IC 95%: 1,66-2,22)

Prevalencia de sífilis en peso al nacer \geq 2500g: 1,36 (IC95%: 1,29-1,43)

Razones de tasas: 1,40 (IC95%: 1,20-1,64)

Las mujeres que tuvieron un RN de Bajo Peso aumentan un 40% el riesgo de tener VDRL+ comparadas con las que tuvieron un RN con peso al nacer \geq 2500g

IV. Sífilis materna según edad gestacional al parto

Analizando Prematurez como resultado perinatal pobre

Tabla 17. Prematurez (<38sem) y VDRL+ antes de las 20 semanas de gestación

	Prematuros	Término	Total	% (IC 95)
VDRL+	128	1.199	1.327	9,65 (8,1-11,2)
VDRL -	8.474	85.876	94.350	8,98 (8,8-9,2)
Total	8.602	87.075	95.677	

Tabla 18. Prematurez (<38sem) y VDRL+ después de las 20 semanas de gestación

	Prematuros	Término	Total	% (IC 95)
VDRL+	232	1.601	1.833	12,66 (11,1-14,2)
VDRL -	12.316	11.6221	128.537	9,58 (9,42-9,74)
Total	12.548	117.822	130.370	

Prevalencia de Prematurez en madres con VDRL+: 12.7% (IC 95%: 11.1-14.2)

Prevalencia de Prematurez en madres con VDRL-: 9.58% (IC95%: 9.42-9.74)

Razones de tasas: 1.32 (IC95%: 1.16-1.50)

Las mujeres con VDRL+ aumentan casi un 32% el riesgo de tener un RN prematuro

Analizando prevalencia de sífilis en Prematurez

Tabla 19. VDRL+ antes de las 20 semanas de gestación y Prematurez (<38sem)

	VDRL+	VDRL -	Total	% (IC 95)
Prematuros	128	8.474	8.602	1,49 (1,2-1,7)
Término	1.199	85.876	87.075	1,38 (1,3-1,5)
Total	1.327	94.350	95.677	

Tabla 20. VDRL+ después de las 20 semanas de gestación y Prematurez (<38sem)

	VDRL+	VDRL -	Total	% (IC 95)
Prematuros	232	12.316	12.548	1,84 (1,60-2,08)
Término	1.601	116.221	117.822	1,35 (1,28-1,42)
Total	1.833	128.537	130.370	

Prevalencia de sífilis en prematuros: 1,84 (IC 95%: 1,60-2,08)

Prevalencia de sífilis en RN de término: 1,35 (IC95%: 1,28-1,42)

Razones de tasas: 1,36 (IC95%: 1,18-1,56)

Las mujeres que tuvieron un RN prematuro aumentan un 36% el riesgo de tener VDRL+ comparadas con las que tuvieron un RN de término

V. Sífilis materna según planificación del embarazo

Tabla 21. VDRL+ antes de las 20 semanas de gestación y Embarazo No Planificado

	VDRL+	VDRL -	Total	% (IC 95)
No Planificado	578	37.086	37.664	1,53 (1,4-1,6)
Planificado	479	35.980	36.459	1,31 (1,2-1,4)
Total	1.057	73.066	74.123	

Tabla 22. VDRL+ después de las 20 semanas de gestación y Embarazo No Planificado

	VDRL+	VDRL -	Total	% (IC 95)
No Planificado	919	60.202	61.121	1,50 (1,40-1,60)
Planificado	607	49.995	50.602	1,19 (1,28-1,42)
Total	1.526	110.197	111.723	

Prevalencia de sífilis en embarazos no planificados: 1,50 (IC 95%: 1,40-1,60)

Prevalencia de sífilis en embarazos planificados: 1,19 (IC95%: 1,28-1,42)

Razones de tasas: 1,25 (IC95%: 1,13-1,39)

Las mujeres que no planificaron su embarazo aumentan un 25% el riesgo de tener VDRL+ comparadas con aquellas que lo planificaron.

VI. Sífilis materna según mortalidad feto neonatal

VI.1. Mortalidad Fetal

Tabla 23. VDRL+ antes de las 20 semanas de gestación y Mortalidad Fetal

	RN MUERTO	RN VIVO	Total	‰ (IC 95)
VDRL+	20	1.306	1.326	15,08 (13,1-16,9)
VDRL -	464	93.701	94.165	4,93 (4,8-5,1)
Total	484	95.007	95.491	

Tasa de incidencia de muerte fetal en VDRL+: 15,1 por mil

Tasa de incidencia de muerte fetal en VDRL- : 4,9 por mil

Razón de tasas: 3,06 (IC95% 1,95-4,78)

Tabla 24. VDRL+ después de las 20 semanas de gestación y Mortalidad Fetal

	RN Muerto	RN Vivo	Total	‰ (IC 95)
VDRL+	34	1.798	1.832	18,9 (17,1-20,7)
VDRL -	604	127.786	128.390	4,7 (4,5-4,8)
Total	638	129.584	130.222	

Tasa de incidencia de muerte fetal en VDRL+: 18,9 por mil

Tasa de incidencia de muerte fetal en VDRL- : 4,7 por mil

Razón de tasas: 3,94 (IC95% 2,79-5,57)

Las mujeres con VDRL+ después de las 20 semanas cuadruplican el riesgo de tener un RN muerto, las que tienen VDRL+ antes de las 20 semanas lo triplican.

Analizando la prevalencia de Sífilis en Mortalidad Fetal

Tabla 25. VDRL+ antes de las 20 semanas de gestación y Mortalidad Fetal

	VDRL+	VDRL -	Total	% (IC 95)
RN muerto	20	464	484	4,13 (2,36-5,90)
RN vivo	1.306	93.701	95.007	1,37 (1,30-1,44)
Total	1.326	94.165	95.491	

Prevalencia de VDRL+ <20 semanas en RN muertos: 4,13 (IC 95%:2,36-5,90)

Prevalencia de sífilis en nacidos vivos: 1,37 (IC95%: 1,30-1,44)

Razones de tasas: 3,01 (IC95%: 1,93-4,68)

Tabla 26. VDRL+ después de las 20 semanas de gestación y Mortalidad Fetal

	VDRL+	VDRL -	Total	% (IC 95)
RN muerto	34	604	638	5,32 (3,58-7,06)
RN vivo	1.798	127.786	129.584	1,38 (1,32-1,44)
Total	1.832	128.390	130.222	

Prevalencia de sífilis en RN muertos: 5,32 (IC 95%: 0,56-2,44)

Prevalencia de sífilis en nacidos vivos: 1,38 (IC95%: 1,32-1,44)

Razones de tasas: 3,84 (IC95%: 2,73-5,9)

Las mujeres que tuvieron un Feto Muerto triplican el riesgo de tener VDRL+ antes de las 20 semanas y casi lo cuadruplican después de las 20 semanas de gestación comparadas con aquellas que tuvieron RN vivos.

VI.2. Mortalidad Neonatal Precoz

Tabla 27. VDRL+ después de las 20 semanas de gestación y Mortalidad Neonatal Precoz

	VDRL+	VDRL -	Total	% (IC 95)
RN fallecido al 7° día	5	531	536	0,93 (0,12-1,74)
RN vivo al 7° día	1.108	84.472	85.580	1,29 (1,27-1,31)
Total	1.113	85.003	86.116	

Prevalencia de sífilis en recién nacidos fallecidos: 0,93 (IC95%: 0,12-1,74)

Prevalencia de sífilis en recién nacidos con egreso vivo: 1,29 (IC 95%: 1,27-1,31)

Razones de tasas: 1,38 (IC95%: 0,57-3,34)

Cabe destacar que son muy pocos casos de VDRL+ fallecido al 7° día; además, la calidad de datos de Mortalidad Neonatal es muy mala (falta de dato 31,8 %), y es debido a la falta de integración entre los registros de Neonatología y Obstetricia.

VII. Resumen

Tabla 28. ASOCIACIONES entre SÍFILIS MATERNA y Factores de Riesgo o Resultado Perinatal Pobre

Factores de Riesgo para Sífilis Materna	Razones de Tasas (IC95%)
SIN CONTROL PRENATAL	1,90 (1,58-2,29)
EMBARAZO NO PLANIFICADO	1,25 (1,13-1,39)
EDAD MATERNA EXTREMA (>35AÑOS)	1,18 (1,02-1,38)

Resultado Perinatal Pobre en Sífilis Materna	
MORTALIDAD FETAL*	3,94 (2,79-5,57)
BAJO PESO AL NACER	1,38 (1,18-1,60)
PREMATUREZ	1,32 (1,16-1,50)

* Tener un Feto muerto triplica la prevalencia de VDRL+ antes de las 20semanas, y la cuadruplica después de las 20 semanas de gestación

8.2.2. Prevalencia de sífilis congénita

Tabla 29. Prevalencia de VDRL+ NEONATAL. Red Perinatal AMBA. Período 2004-2009

	CABA		PBA		Total	
	n	%	n	%	n	%
VDRL+	146	0,4 (IC 0,3-0,5)	265	0,8 (IC 0,7-0,9)	411	0,6 (IC 0,5-0,7)
VDRL-	36.690	99,6	32.924	99,2	69.614	99,4
Total valido	36.836	100,0	33.189	100,0	70.025	100,0
Sin dato	62.830	63,0	32.298	49,3	95.128	57,5
Total Población	99.666		65.487		165.153	

Gráfico 8. Prevalencia de VDRL+ NEONATAL. Red Perinatal AMBA. Período 2004-2009

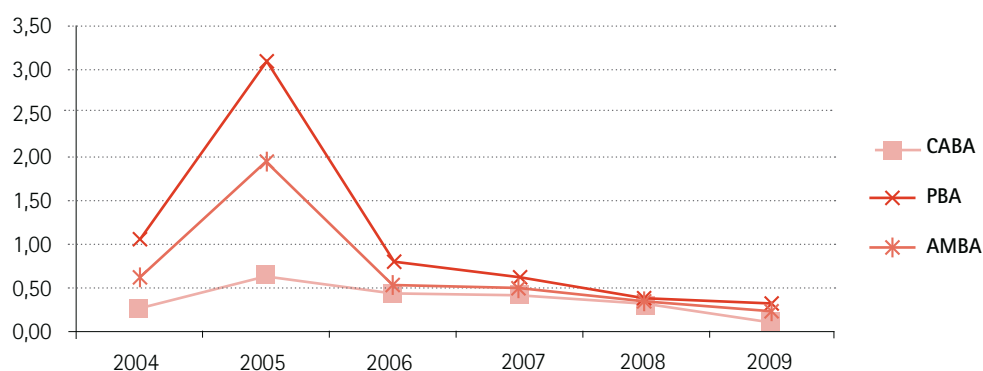


Tabla 30. Prevalencia de sífilis congénita por año y jurisdicción. Período 2004-2009

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
CABA	0,40	0,66	0,67	0,49	0,34	0,14
PBA	1,68	3,09	0,80	0,61	0,47	0,34
AMBA	0,94	1,93	0,73	0,55	0,39	0,26

Tabla 31. Cantidad absoluta de casos de sífilis congénita por año y jurisdicción. Período 2004–2009

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
CABA	14	17	18	48	36	13
PBA	43	87	15	52	27	41
AMBA	57	104	33	100	63	54

El pico que se observa en 2005 en AMBA (1,93%) está influido por la disminución de los datos válidos (denominador) en PBA (3,1%) y porque un solo hospital (Penna BB) registró durante 2004 y 2005 122 de los 411 casos totales de la serie.

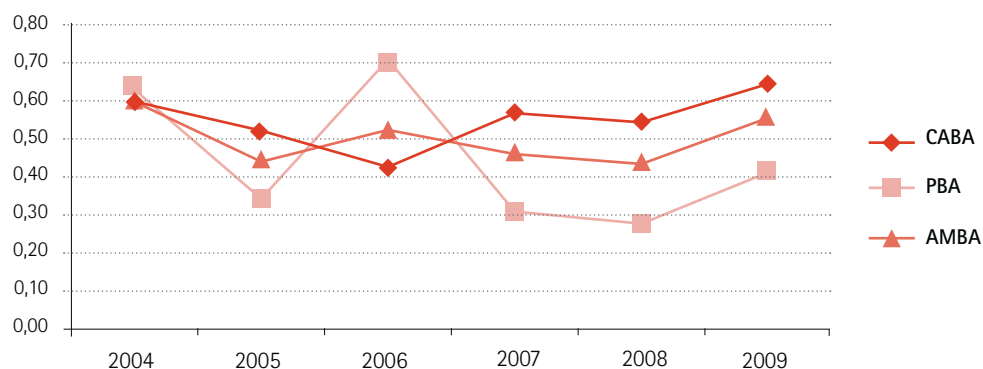
La falta de dato de esta variable es muy importante, ya que más de la mitad de las HCPB no cuentan con el mismo. Hay tres posibles anotaciones en la HCPB: positivo, negativo o sin dato de la prueba. Es evidente que la baja cobertura sería teóricamente inadmisibles si reflejara un proceso real de calidad de atención. Más bien debe pensarse en una dificultad relacionada con la falta de comunicación entre los servicios de obstetricia y neonatología.

8.3. Prevalencia de VIH

Tabla 32. PREVALENCIA DE VIH+ Materno Global para toda la Red Perinatal AMBA y por Jurisdicción. Período 2004 – 2009

VIH	CABA		PBA		TOTAL	
	n	%	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Positivo	567	0,6 (0,55–0,65)	254	0,4 (0,35–0,45)	821	0,5 (0,47–0,53)
Negativo	99.099	99,4	65.233	99,6	164.332	99,5
Total	99.666	100	65.487	100	165.153	100

Gráfico 9. Prevalencia de VIH+ Materno. Red Perinatal AMBA y según Jurisdicción. Período 2004–2009



Se observa una tendencia estable en la prevalencia de VIH+ materno en el período considerado. Un fenómeno que se observa en el año 2006 (pico en PBA) responde a que hubo menos participación de los hospitales de PBA en la Red y el denominador fue mucho menor a los años anteriores y posteriores. Hecha esta observación, y con una mejora en los registros durante el último trienio, se observa una leve mayor prevalencia de VIH+ materno en hospitales de CABA que en PBA. Una de las causas es el conocimiento por parte de la población de Servicios de Perinatología de referencia en VIH en CABA (Hospitales Durand Y Fernández), lo que motiva una referencia programada dentro de los servicios y espontánea por parte de la población demandante y explicaría esta diferencia observada.

Se presentan en la Tabla 33 los datos detallados para el cálculo de la prevalencia anual de VIH+ materno para el período 2004-2009.

Tabla 33. Recuento DE NACIMIENTOS Y CASOS DE VIH+ Materno, Total y por Año. Red Perinatal AMBA, por Jurisdicción. Período 2004-2009.

	Año							Total
	2004	2005	2006	2007	2008	2009		
Jurisdicción	CABA	12.348	9.239	7.234	22.438	24.370	24.037	99.666
	VIH+	73	48	31	128	133	154	567
	P.B.A.	6.745	6.471	3.998	16.003	16.262	16.008	65.487
	VIH+	43	22	28	50	45	66	254
Total Nacimientos		19.093	15.710	11.232	38.441	40.632	40.045	165.153
Total VIH+		116	70	59	178	178	220	821
Total VIH-		18.977	15.640	11.173	38.263	40.454	39.825	164.332

8.4. Prevalencia de Sífilis Materna y VIH

Gráfico 10. VIH y VDRL + (después de las 20 semanas) serie histórica 2004-2009. 27 Hospitales del AMBA

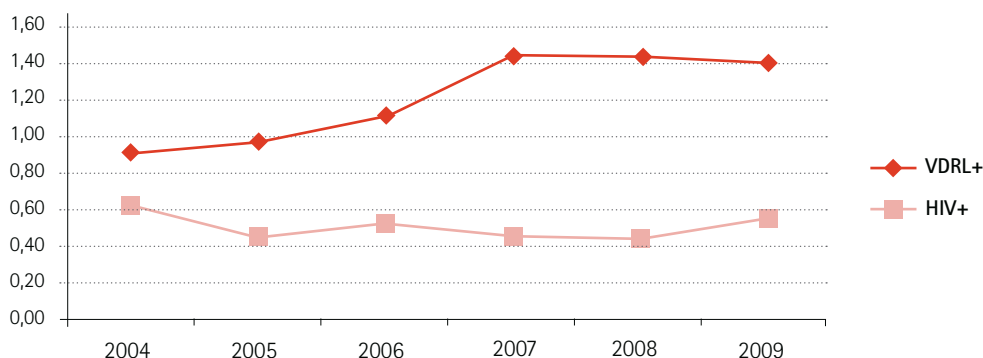


Tabla 34. Razón de VDRL+ / VIH por año

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
VDRL+	0,91	0,97	1,12	1,44	1,43	1,40
VIH+	0,61	0,45	0,53	0,46	0,44	0,55
Razón	1,49	2,18	2,13	3,12	3,27	2,55

Tabla 35. Asociación entre VDRL+ MATERNA después de las 20 semanas y VIH+.

	VIH				Total	
	Negativo		Positivo			
VDRL Materna	n	%	n	%	n	%
Positiva	1.420	96,7	48	3,3	1.469	100
Negativa	90.917	99,2	700	0,8	91.617	100
Total	92.337		749		93.086	

Prevalencia de VIH + en VDRL positiva: 3,30 (IC95%:2,39-4,21)

Prevalencia de VIH en VDRL negativa: 0,76 (IC 95%:0,70-0,82)

Razón de tasas: 4,39 (IC 95%: 3,26-5,90)

FTA: La prueba treponémica ha sido instalada en el SIP en su última versión y la consignación de este dato en las bases analizadas en este informe carecen de esta posibilidad de registro. Por esta razón, a partir del análisis de las bases SIP 2010 y 2011 de la Red AMBA se podrá cruzar los datos de la prueba no treponémica.

Resultados

8.5. Encuestas a Informantes Clave

Se presentan los resultados de las encuestas en formato de cuadro para cada pregunta y estratificado según Información Hospitalaria e Información de Programas.

Conocimiento de la situación de sífilis materna y sífilis congénita en Argentina

INFORMACIÓN HOSPITALARIA

- Conocimiento formal y práctico del aumento de la incidencia local y nacional de la SM y SC desde el año 2004 y, a nivel institucional, desde 2007
- Es la infección durante el embarazo más frecuente después del Chagas congénito
- Su tratamiento sencillo, económico y rápido en el curso del embarazo garantiza la No transmisión vertical
- No se encuentra realmente visibilizado el tema entre los equipos de salud y su atención es por lo menos deficitaria ya que no se realiza la sistemática atención de la pareja de la embarazada o puerpera quien será reinfecteda ya que la fuente infecciosa la tiene en su propia casa
- Lo denunciado como Sífilis Congénita en el Programa de Pesquisa Neonatal del GCABA es simplemente el número de niños tratados de Sífilis por no tener un correcto diagnóstico materno de sífilis
- Refleja la carencia de atención primaria

INFORMACIÓN DE PROGRAMAS

- Los programas consultados manejan, en general, fuentes de información común para el conocimiento de la situación de sífilis materna y sífilis congénita en Argentina
- Pese a la utilización de fuentes comunes los datos aportados muestran alguna variación
- También se refieren estudios multicéntricos, línea de base y otras investigaciones en curso
- En un caso no se conocían los cambios acontecidos en el ámbito institucional en cuanto a los sistemas de vigilancia epidemiológica vigentes
- En otro caso se refirió al SIP como fuente de información
- Se reconoce el comportamiento variable de la incidencia de la sífilis materna y sífilis congénita en las diferentes provincias de Argentina.

Fuentes de información utilizadas. Circuitos de información existentes.

INFORMACIÓN HOSPITALARIA

- La fuentes de información reportadas por los hospitales encuestados son: el registro sistemático de la serología + del RN y materna realizada en sala de partos, el programa de Pesquisa Neonatal recibe de todas las maternidades (GACBA) el dato de Embarazadas con Sífilis y el número de niños tratados por Sífilis congénita mensualmente.

Fuentes de información utilizadas. Circuitos de información existentes. (Cont.)

- Otras fuentes: páginas del Ministerio y trabajos publicados, Informes del Ministerio de Salud, a través de los programas de ETS, publicaciones de la especialidad y del CDC y OMS
- El registro a través de SIP es incompleto ya que el número de historias volcadas no representa ni el 60% de los nacimientos acontecidos en la maternidad donde trabajo. No existe consolidación de datos y las diversas fuentes muestran diferencias muy importantes. Las fuentes son PPN, SIP, Base Laboratorio Central.
- La debilidad del circuito es que la comunicación de los casos índices no siempre es bien conocida.

INFORMACIÓN DE PROGRAMAS

- Los datos se obtienen de vigilancia clínica y de laboratorio (SNVS - SIVILA) a través de la Dirección de Epidemiología.
- La información se genera, en el caso del módulo C2, en la planilla de consulta del médico y la consolidación de las mismas en una planilla semanal de Enfermedades de Notificación Obligatoria que se notifican al SNVS.
- En el caso del SIVILA en los estudios de laboratorios de embarazadas, resultados positivos por pruebas no treponémicas y por pruebas treponémicas, la notificación nominal de cada embarazada positiva y de todo hijo de madre positiva por pruebas treponémicas para garantizar la posibilidad del seguimiento, tratamiento y control.
- Periodicidad semanal en la notificación.
- En algunas oportunidades se solicitan los datos posibles de obtener a partir del SIP (DINAMI)
- Disponible para todos los actores involucrados en la vigilancia y control de Sífilis congénita.
- Difusión: Boletín integrado de vigilancia.

Problemas relevantes para la captura y notificación de la información

INFORMACIÓN HOSPITALARIA

- Que el resultado de la serología se entregue en tiempo y forma al que realiza el control prenatal.
- Falta de mecanismos para ubicar a una paciente con serología+, que no concurre al control, falta de datos filiatorios de los pacientes, etc.
- Los actores involucrados en este proceso no siempre consideran la urgencia o importancia de la serología + para sífilis.
- Es un problema generalizado del sistema de salud, no es específico de la sífilis.
- La falta de centralización tanto de la atención de las infecciones perinatales así como la responsabilidad de la notificación al PPN es lo que hace imposible conocer la realidad de lo que pasa en cada maternidad y por ende en cada provincia.
- Problemas en los circuitos de llegada de la información

Problemas relevantes para la captura y notificación de la información. (Cont.)

INFORMACIÓN DE PROGRAMAS

- SM: la notificación es inespecífica, no contempla embarazadas los datos se cargan con demora
- SC: pérdida en el seguimiento notificación incompleta, sin confirmación.
- Existencia de fuentes diversas y con información fragmentada.
- Los datos se obtienen mediante la unificación de registros de múltiples fuentes.

Período desde el cuál viene trabajando en el relevamiento de información de SM y SC

INFORMACIÓN HOSPITALARIA

- El período de inicio del relevamiento para cada hospital es variable (desde el 1991 a 2005)
- La obligatoriedad de informar al PPN GCABA está desde 2005 pero no existe evaluación de la información que emiten y tampoco uniformidad de criterios para definir caso de sífilis y tratamiento.

INFORMACIÓN DE PROGRAMAS

- La referencia para cada programa es variable: SM desde 2007 - SC desde hace >10 años
- En otro de los casos C2: Desde el año 1998 y SIVILA: desde 2007
- Desde la Coordinación Sida (GCABA), a partir de fines de 2010, se comienzan a buscar datos de SC como problema de salud pública.
- En otro de los casos, se releva a partir del proyectos de investigación realizados en 2005-2006
- A partir del año 2009 comienza con una participación más activa a nivel nacional e incorpora la temática dentro de sus metas de acción.
- En uno de los casos, solo saber si la embarazada tiene sífilis es una pregunta en el cuestionario que se realiza con el fin del seguimiento de Chagas Congénito (Inst. Fatala Chabén)

Datos de prevalencia disponibles de Sífilis Materna y Sífilis Congénita

INFORMACIÓN HOSPITALARIA

- Datos disponibles muy heterogéneos, dado que provienen de diferentes fuentes.
- No se cuenta con información fehaciente
- En un caso, se guían por el Programa de Pesquisa Neonatal sobre sífilis congénita en GCBA.
- Datos de SM son inciertos porque no se accede a la base de datos del SIP.
- Gran debilidad: la falta de HC unificada y/o informatizada.
- Algunos han diseñado un sistema de relevamiento de infecciones perinatales propios.

Datos de prevalencia disponibles de Sífilis Materna y Sífilis Congénita. (Cont.)

INFORMACIÓN DE PROGRAMAS

- Utilizan para el cálculo de la prevalencia los datos nacionales provistos por cada uno de los establecimientos
- La notificación no es uniforme de todas las provincias ni de todos los establecimientos
- Se ha participado en diferentes proyectos multicéntricos con otras Direcciones desde donde se ha podido obtener como resultado los datos de Seroprevalencia de Sífilis materna e infección por virus de la inmunodeficiencia humana en pacientes puérperas de Argentina.
- Los datos de SNVS C2 para sífilis congénita arrojan una tasa de notificación de 0,89 cada 1000 niños/as nacidos/as vivos para el año 2008, 0,87 para 2009 y lo mismo para 2010 ‰.nacidos vivos. En cuanto a los datos de sífilis materna disponibles en el Módulo SIMILA del Sistema Nacional de Vigilancia, la prevalencia de sífilis materna medida por pruebas treponémicas para el período 2008-2011 es de 7‰. embarazadas. En cuanto a la seroprevalencia por pruebas NO treponémicas en embarazadas para el mismo período fue de 20 ‰.
- En la CABA se cuenta con información de los casos de sífilis materna y SC a través de los datos aportados por el Programa de Pesquisa Neonatal y por la Dirección de Estadísticas para la Salud, ambos dependientes del Ministerio de Salud de la CABA. Según el PPN, de las 30.972 mujeres que tuvieron partos en hospitales públicos de la CABA durante el año 2009, 549 presentaron sífilis (el 1,77‰). A su vez, y para ese mismo año, 155 neonatos nacieron con SC, lo que representa una tasa de 5‰, 10 veces superior a la recomendada por los organismos internacionales de 0,5‰.
- La estimación de prevalencia de sífilis en puérperas a nivel nacional y regional, se realizó a partir de una investigación mediante la ponderación en función a la representatividad poblacional de cada maternidad participante. Esta ponderación definió una prevalencia nacional de 1.32‰.

Críticas a los modelos vigentes de vigilancia epidemiológica de SM y SC en Argentina

INFORMACIÓN HOSPITALARIA

- Falta de articulación de los diferentes actores para utilizar adecuadamente la información
- Dificultad para utilizar, mejorar y ampliar las redes existentes para obtener datos uniformes de todas las jurisdicciones
- Fragmentación de la información en los diferentes niveles jurisdiccionales
- Falta de asociación entre los datos clínicos y de laboratorio
- Falta de comprensión de la importancia de la pesquisa sistematizada de las infecciones perinatales en el adecuado control de las embarazadas
- Fragmentación en programas específicos por Sífilis, VIH que sólo restan fortaleza a la denuncia de todas las infecciones que debemos controlar en nuestras poblaciones.
- Falta de devolución de los informes epidemiológicos
- Poca accesibilidad a los registros y la falta de sistematización en el proceso de notificación de caso por cada profesional interviniente en la asistencia de la mujer fértil, embarazada o con enfermedades ginecológicas asociadas (aborto reiterado, EPI, entre otras)
- Falta trabajo en equipo de las distintas áreas asistenciales (médicas y no médicas)

Críticas a los modelos vigentes de vigilancia epidemiológica de SM y SC en Argentina. (Cont.)

INFORMACIÓN DE PROGRAMAS

- Retraso en la carga de datos
- La diversificación de herramientas y fuentes de información.
- Teniendo un sistema de vigilancia de cobertura nacional como el SNVS y tomando en cuenta que el riesgo de transmisión y las posibilidades más efectivas para la prevención y el control están en el momento del control de embarazo (que debe notificarse en el módulo SIVILA del SNVS), consideramos que un sistema de reporte postnatal como el SIP, a los fines de la vigilancia epidemiológica, redundaría en información previa ya existente y, eventualmente, basar las acciones en el mismo haría perder oportunidades de prevención.
- Sistema fragmentado, sin responsabilidades claras, no "pensados" como herramientas para la acción.
- A pesar de poder intensificar la notificación y centralizar la información, ésta no sería suficiente como para mejorar la calidad de la misma.

Posibilidad de contar con un sistema único e integrado de vigilancia de SM y SC

INFORMACIÓN HOSPITALARIA

- Sería un proyecto interesante. Su implementación sería dificultosa por los problemas de comunicación, entre los profesionales intervinientes, todo el sistema de salud y los organismos que tienen a cargo la captura, procesamiento y devolución de los datos.
- Si el sistema incluye a todas las infecciones tendrá futuro es posible, de lo contrario será otra atomización de las patologías prevalentes en nuestra población que desaparecerá con el tiempo.
- Para centralizar hay que tener primero los nodos originarios de la información funcionando a pleno, sino toda la información será sesgada y no servirá para elaborar políticas públicas que garanticen la erradicación de la Sífilis Congénita.

INFORMACIÓN DE PROGRAMAS

- Se puede lograr trabajando en equipo desde la Dirección de Maternidad e Infancia con la Dirección de SIDA y ETS, la Dirección de Epidemiología, ANLIS - MALBRÁN, en un sistema único e integrado de información
- Es la visión y objetivos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud que se encuentra funcionando y que se viene desarrollando en forma continuada y sistemática, cada vez con mayor cobertura, oportunidad y representatividad y cuenta con responsables en todas las provincias y programas de fortalecimiento y mejora.
- Muy útil, en particular si garantiza fácil acceso a los datos
- Sería un paso importante, pero no parece suficiente a la hora de pensar en la calidad del dato.
- En la actualidad se cuenta con el SIVILA (SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA LABORATORIAL), software montado en Internet de alcance nacional que involucra las diversas estrategias de Vigilancia Epidemiológica en un mismo formato, estableciendo una Red de Vigilancia.

INFORMACIÓN HOSPITALARIA

- Reconocer que la sífilis SM y SC representa un problema real del sistema de salud,
- Que personal idóneo maneje esta problemática y que las capacitaciones al respecto sean prácticas, consistentes y precisas: adecuadas a cada lugar e interdisciplinarias
- Necesidad de identificar los niños que nacen verdaderamente con sífilis congénita de aquellos que sólo presentan serología (VDRL, RPR) reactiva.
- Insistir en la necesidad de implementar pruebas treponémicas a todo paciente con pruebas no treponémicas positivas.
- Mejorar el control de la embarazada y del neonato
- Comenzar con la visibilización de la patología de forma integral incluyendo al varón en el estudio y tratamiento tanto en la población como en los equipos de salud.
- Reforzar la importancia de la notificación de los casos.
- Garantizar informatizar (programa de computación) donde la información se registre prospectivamente iniciando la misma en la Sala de Maternidad con seguimiento hasta diagnóstico definitivo del grupo familiar (padre-madre-hijo)
- Transmitir la importancia de no sólo la correcta pesquisa y tratamiento sino la difusión de su trabajo a través de la denuncia al sistema de vigilancia epidemiológica.

INFORMACIÓN DE PROGRAMAS

- La propuesta de la DINAMI es tratar de fortalecer el SIP gestión como sistema online en las maternidades para tener datos en tiempo y forma.
- La Dirección de Epidemiología está trabajando en conjunto con diversos actores en esta temática para mejorar la sensibilidad del sistema y el uso de la información para las medidas de prevención y control eficaces.
- La mejora del sistema de vigilancia epidemiológica de SM y SC debe estar en consonancia con el fortalecimiento de SNVS.
- Renovar los consensos (trabajo que ya está en marcha) para actualizar las normas de vigilancia de sífilis materna y sífilis congénita de los diferentes actores involucrados (Maternidad e Infancia, Programa de SIDA y ETS, Epidemiología, Laboratorio Nacional de Referencia y referentes provinciales) y fortalecer desde todos ellos el sistema de vigilancia oficial (SNVS).
- Concentrar los esfuerzos en el suministro y uso de la información en tiempo real (desde el control de embarazo).
- Confeccionar, colectivamente, una ficha de notificación de neonatos expuestos.
- Equipar a los equipos con la tecnología necesaria para notificación "on line".
- Acordar criterios de definición de casos con cada uno de los referentes implicados en el proceso de notificación.
- Presentar criterios de notificación más claros en cuanto a los circuitos a seguir para aquellos que están involucrados en el proceso de notificación.
- Que cada sector del área de salud involucrado trabaje de forma articulada entre las distintas disciplinas.
- Que haya una mejora en la capacitación del personal profesional (médicos, bioquímicas, etc) estableciendo jornadas capacitantes.

Propuestas para mejorar el sistema de vigilancia epidemiológica de SM y SC en Argentina. (Cont.)

- Que se trabaje fuerte con una Red tanto de Laboratorios como de Médicos para contribuir a una mejora en el mismo sistema.
- Mejorar la cobertura, extenderla sobre todo en el subsector privado y de la seguridad social, como así mismo mejorar la tasa de notificación con información completa para el seguimiento de los casos.
- Coordinar con las distintas provincias en el fortalecimiento de la vigilancia de los eventos de transmisión vertical. Se trabaja en capacitación, sensibilización, análisis y difusión de la información del sistema y en la coordinación con los actores involucrados en la prevención y control, para la mejor utilización de los datos de vigilancia.
- Unificar criterios para la notificación tanto de SC como de SM, dado que los notificantes presentan particularidades en la definición de casos de ambas situaciones.

Nota:

Fueron consultados además el Programa de Salud Sexual y Reproductiva y Procreación Responsable y el Programa Nacional de Salud Integral de la Adolescencia del Ministerio de Salud de la Nación.

Este último en este momento se focaliza en la temática de embarazo en la adolescencia y mortalidad por causas externas. Dentro de la línea de embarazo se hace hincapié en el adecuado control prenatal que incluye la VDRL y tratamiento para sífilis, y también la promoción de doble protección para prevención de embarazo no deseado e ITS. Finalmente señalan: "Más allá de este abordaje nosotros no desarrollamos acciones puntuales sobre sífilis materna y sífilis congénita y es por ello que como programa no podemos dar una opinión sobre las dimensiones específicas que releva la encuesta."

En ambos casos informan que el tema de sífilis materna y congénita no son temas específicos de sus líneas programáticas y que en caso de necesitar información relativa a la temática, lo hacen a través de fuentes disponibles pero que las respectivas áreas no generan información vinculada.

8.6. Comparación de los sistemas vigentes para el conocimiento de la problemática de sífilis materna y congénita en Argentina

Dimensiones a evaluar	SNVS / SIVILA (centinela)	SIP-G	Investigación
Vigilancia activa	Si	No	No
Tendencias (monitoreo)	Si	Si	No
Datos poblaciones	No	Si	Si
Sitios centinela	Si	Si	No
Datos hospitalarios	Si	Si	Si
Seguimiento de casos	Si	No	Si
Evaluación de efectividad de intervenciones	Si	Si	Si
Incidencia sobre políticas	Si	Si	Si
Análisis de otros factores de Salud Materno Infantil	No	Si	Si
Formulación de hipótesis	Si	Si	Si
Estimación de Incidencia	Si	No	Si
Estimación de Prevalencia poblacional	Si	Si	Si
Gestión Institucional	Si	Si	No

La tabla muestra en forma sintética las tres principales fuentes de información para el relevamiento de la situación de sífilis materna y sífilis congénita. Estas fuentes son complementarias y pueden utilizarse con diferentes fines según las dimensiones que se deseen evaluar. Se resaltan los aportes diferenciales del SIP-G para integrar un sistema único de vigilancia y monitoreo de enfermedades de transmisión vertical (Sífilis, Chagas, VIH, Hepatitis, entre otras).

Como se puede observar en la tabla, los sistemas de vigilancia activa sólo pueden ser sostenidos mediante modelos que aseguren todos los mecanismos de captura y gestión de la información de manera continua. En cambio, el monitoreo puede ser sostenido mediante los aportes de los sistemas de vigilancia como así por el SIP-G. En este último caso, los informes epidemiológicos periódicos confieren la base del monitoreo de los principales indicadores de salud perinatal que utiliza la Red Perinatal AMBA. El SIP-G dada su cobertura asistencial, permiten obtener datos poblacionales. En el caso de los sitios centinela, es información representativa de la población, pero de base muestral. Las investigaciones podrían tener un carácter poblacional pero, por cierto, se realizan con escasa periodicidad.

Todas las fuentes de información se alimentan de datos hospitalarios. Existen diferencias en la procedencia íntima del dato y el momento de captura. En algunos casos, como los sistemas de vigilancia, está pensado para el seguimiento de casos. En cambio, el SIP-G está pensado para la gestión del problema pero desde una perspectiva poblacional.

Todos los modelos propuestos contribuyen potencialmente a evaluar las intervenciones para erradicar el problema (SM y SC).

9. Conclusiones y recomendaciones

Se destacan algunos aspectos relevantes del presente estudio:

- **Factibilidad:** Fue factible hacer el estudio con las bases de datos de una Red de hospitales públicos de Argentina (Red Perinatal AMBA). El SIP-G es una herramienta que ha demostrado ser útil para la generación de información práctica y en forma oportuna para el apoyo a las acciones del Plan de Erradicación de la Sífilis en las Américas.
- **Relevancia:** El proyecto brinda datos relevantes de una proporción importante de las 100 principales maternidades del país, y de un área geográfica donde se concentra la tercera parte de la población, y donde se asisten aproximadamente 20% de los partos del país. Se trata de un estudio exploratorio, a modo de prueba piloto de una extensión de alcance nacional, a medida que se generalice la estrategia del SIP-G.
- **Reproducibilidad:** Se trata de un estudio exploratorio, a modo de prueba piloto de una extensión de alcance nacional, a medida que se generalice la estrategia del SIP GESTION. El escenario institucional actual en Argentina, confiere un espacio de oportunidades para la extensión de la herramienta SIP-G al sistema de salud. Prueba de ello es el esfuerzo que está realizando la DINAMI para la diseminación de la herramienta no solo en el sector público sino, además, en los establecimientos de la seguridad social y del sector privado a través de un reciente convenio con la COSSPRA (Confederación de Obras Sociales Provinciales de la República Argentina).
- **Contribución:** Importancia de articular los sistemas de vigilancia epidemiológica con otros sistemas que aborden patologías que afectan el mismo período de la vida y con mecanismos similares de transmisión (VIH; Chagas congénito, Sífilis). De esta manera se propende a optimizar los recursos y capacidades existentes en los diferentes niveles de gestión (programática) o de provisión de servicios (hospitales). Este es uno de los aspectos más salientes que fue destacado durante la realización de las encuestas a los informantes clave. En este sentido, fue llamativa la reiteración de los problemas asociados a la fragmentación, falta de comunicación y duplicidad de esfuerzos en materia de sistemas de información. El momento actual demanda contar con un espacio de coordinación para la gestión y diseminación de la información.
- **Implicancia para la toma de decisiones y priorización de acciones en salud:** Los resultados obtenidos a partir del análisis de la información relativa al comportamiento de la transmisión perinatal de sífilis y VIH durante el período 2004 al 2009 muestran un comportamiento disímil. Por un lado se observa que la transmisión vertical de VIH muestra tendencias decrecientes y estables. En cambio para sífilis se observa una tendencia creciente. Aquí, obviamente pueden entrar algunos factores entre los que se destacan: asignación diferencial de presupuesto para el control de las patologías, privilegio de algunos programas sobre otros, y de acciones dentro de un mismo programa (SIDA y ETS), el diferente impacto comunicacional y social de la infección por VIH con relación a otras infecciones durante el

mismo período. También entran a jugar factores vinculados con la percepción colectiva del problema (tanto los profesionales de la salud como la población en general) y las respuestas diferenciales que ello implica en materia de comportamientos preventivos y respuestas del sistema asistencial.

- **Utilidad del SIP-G:** luego de la experiencia del CLAP en el desarrollo de la potente herramienta del SIP, nos encontramos frente a un momento de reconocimiento de nuevas aplicaciones del SIP en el campo de la gestión programática y en la articulación de los sistemas de generación de información para otras acciones como las que se presentan en el presente proyecto. En la medida en que el instrumento SIP-G sea comprendido en su aplicabilidad y sentido de su uso, deberán promoverse instancias para su diseminación activa y promoverlo como herramienta de uso masivo. Es de destacar, el esfuerzo realizado por el equipo del CLAP en cuanto a adecuar la herramienta a las necesidades del país en materia de incorporar campos de información faltantes y que ahora forman parte del set de indicadores. Este no es un aspecto menor, toda vez que se deben valorar y reconocer los sistemas de información desde una perspectiva estratégica. El SIP-G, además de posibilitar la gestión clínica de las embarazadas y los recién nacidos, también contribuye a la gestión de servicios, programas y políticas.
- **Otros esfuerzos en curso:** en el campo de la salud perinatal existen varias iniciativas en curso en Argentina. Todas ellas contemplan la existencia de sistemas de información. A modo de ejemplo, la DINAMI, propone el uso del SIP-G para la gestión programática, el PLAN Nacer propone un conjunto de enfermedades trazadoras y la Iniciativa Maternidad Segura y Centrada en la Familia -MSCF- (UNICEF/MSAL) propone el uso de un tablero de comando para la gestión de indicadores.
- La presente experiencia pone de manifiesto cuan factible puede ser la **integración de los sistemas de información** en temas afines y sobre poblaciones comunes. Se sugiere la posibilidad de desarrollar un "sensor epidemiológico" para uso en los servicios como herramienta de visualización de la situación de los principales problemas de salud perinatal en cada establecimiento institucional.

10. Acrónimos

- **AMBA:** Área Metropolitana de Buenos Aires
- **BIREME:** Centro latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud
- **CABA:** Ciudad autónoma de Buenos Aires
- **CISAP:** Centro de Investigación en Salud Perinatal (Hospital Durand)
- **CLAP/SMR:** Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva
- **CVSP:** Campus Virtual de Salud Pública
- **FLACSO:** Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
- **ITS:** Infecciones de transmisión sexual
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **OPS:** Organización Panamericana de la Salud
- **PBA:** Provincia de Buenos Aires
- **SC:** Sífilis congénita
- **SIP:** Sistema Informático Perinatal
- **SIP-G:** SIP Gestión
- **SIVILA:** Sistema de Vigilancia Laboratorial
- **SM:** Sífilis materna
- **SMI:** Salud materno infantil
- **SNVS:** Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud
- **VDRL:** Venereal Disease Research Laboratory
- **VIH:** Virus de la Inmunodeficiencia Humana

11. Bibliografía

1. World Health Organization. **The Global Elimination of Congenital Syphilis: Rationale and Strategy for Action**. Geneva: WHO; 2007. Disponible en Internet: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595858_eng.pdf [Fecha de acceso 20 de nov. De 2011]
2. Valderrama, Julia. **Eliminación de sífilis congénita en América Latina y el Caribe: marco de referencia para su implementación**. Washington: OPS; 2005. Disponible en Internet: <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/eliminasisfilislac.pdf> [Fecha de acceso 20 de nov. de 2011].
3. Organización Panamericana de la Salud. **Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil de VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe: documento conceptual**. Montevideo: CLAP/SMR; 2010. (CLAP/SMR. Publicación Científica; 1574) Disponible en Internet: http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP1574.pdf [Fecha de acceso 20 de nov. de 2011].
4. **Ley Nacional 26279**. Régimen para la detección y posterior tratamiento de determinadas patologías en el recién nacido. Alcances. Prestaciones obligatorias. Constitución de una Comisión Interdisciplinaria de Especialistas en Pesquisa Neonatal. Propósito. Funciones del Ministerio de Salud., sancionada el 8 de agosto de 2007. Disponible en Internet: <http://www.centrodebioetica.org/biblioteca/saludpublica/ley26279.html> [Fecha de acceso 20 de nov. de 2011]
5. Karolinski A, Mercer R, Micone P, Mazzoni A, Bolzán A, Wainer V, Sánchez A, Messina A, Lapidus A, Correa A, Taddeo C, Lambruschini R, Bertin M, Dibiasé L, Montes Varela D, Caballer C, Laterra C, por el Equipo de Relevamiento Epidemiológico de la Red Perinatal AMBA. **Importancia del uso de indicadores epidemiológicos para mejorar la calidad de atención en salud materna y perinatal en hospitales públicos de la Argentina: la experiencia de la Red Perinatal AMBA**. Proago: Programa de Actualización en Ginecología y Obstetricia. Buenos Aires: Panamericana; 2008, Duodécimo Ciclo, Módulo 1: 155-215
6. Karolinski A, Mercer R, Bolzán A, Micone P, Mazzoni A, Wainer V, Fontana O, Gil Costa J, Sanchez A, Messina A, Winograd R, Becker C, Natale S, Lapidus A, Correa A, Taddeo C, Antón J, Lambruschini R, Muzio C, Nowacki D, Breccia G, Bertin M, Dibiasé L, Eleta JJ, Montes Varela D, Dunaievsky A, Seidenstein ME, Fernández D, Minsk E, Caballer C, Laterra C, Spagnuolo R, por el equipo de relevamiento epidemiológico de la Red Perinatal AMBA. **4º Informe de Relevamiento Epidemiológico del Proyecto "Red Perinatal AMBA" 2004 / 2005 / 2006 / 2007**. Informe Técnico producido por CISAP (Centro de Investigación en Salud Poblacional / Hospital G. A. Carlos G. Durand). Documento Técnico N° 01/2009. Publicado en Módulos de Epidemiología Perinatal N° 4. Red de Centros Perinatales del AMBA y Sur de la Provincia de Buenos Aires. Buenos Aires: AMBA; may 2009.
7. Karolinski A, Mercer R, Bolzán A, Wainer V, Kurlat I, Sand C, y Speranza A. **Desarrollo e implementación de un sistema de información en salud de la mujer y perinatal. Documento de trabajo**. Buenos Aires; dic. 2009.

12. Anexos

12.1. Anexo I

Listado de Hospitales de la Red Perinatal AMBA incluidos en la investigación y Codificación correspondiente

Código	Hospital	Jurisdicción	Localidad
H1	Álvarez	CABA	
H2	Argerich	CABA	
H3	Bocalandro	PBA	Loma Hermosa
H4	Durand	CABA	
H5	Erill	PBA	Escobar
H6	Madre Teresa Calcuta	PBA	Ezeiza
H7	Fernández	CABA	
H8	Fiorito	PBA	Avellaneda
H9	Germani	PBA	Laferrere
H10	Gutiérrez	PBA	La Plata
H11	Héroes de Malvinas	PBA	Merlo
H12	Iriarte	PBA	Quilmes
H13	Lavignole	PBA	Morón
H14	M y L de la Vega	PBA	Moreno
H15	M V de Martínez	PBA	Pacheco
H16	Oñativía	PBA	Rafael Calzada
H17	Penna	CABA	
H18	Penna Interzonal G A	PBA	Bahía Blanca
H19	Piñero	CABA	
H20	Pirovano	CABA	
H21	Posadas	PBA	Haedo
H22	Ramos Mejía	CABA	
H23	Rivadavia	CABA	
H24	San Isidro	PBA	San Isidro
H25	Santa Rosa	PBA	Vicente López
H26	Santojanni	CABA	
H27	Sardá	CABA	
H28	Vélez Sarsfield	CABA	

12.2. Anexo II. Tablas Complementarias

Tabla 1. Cobertura del SIP según hospital, Jurisdicción y Total Red Perinatal AMBA (n=28 hospitales). Período 2004-2009

Jurisdicción	Hospital	N partos x Libro de partos	N partos x SIP	Cobertura (%)	IC 95%
CABA	H4	5.071	4.772	94,1	
	H28	4.411	4.072	92,3	
	H1	7.422	6.582	88,7	
	H20	3.412	2.829	82,9	
	H17	10.828	8.879	82,0	
	H27	41.594	29.650	71,3	
	H29	14.550	10.333	71,0	
	H23	4.048	2.809	69,4	
	H26	25.230	17.471	69,2	
	H2	4.006	2.602	65,0	
	H22	4.081	2.571	63,0	
	H7	12.164	6.360	52,3	
Total CABA		13.6817	98.930	72,3	71,6 - 72,4
PBA	H25	4.912	4.907	99,9	
	H24	2.103	2.090	99,4	
	H21	25.308	23.795	94,0	
	H9	1.800	1.665	92,5	
	H11	1.675	1.814	92,3	
	H5	2.389	2.159	90,4	
	H13	3.248	2.698	83,1	
	H12	10.013	8.232	82,2	
	H15	5.012	4.066	81,1	
	H10	6.172	4.882	79,1	
	H3	1.743	1.333	76,5	
	H16	2.162	1.612	74,6	
	H18	5.054	3.670	72,6	
	H14	4.915	3.462	70,4	
	H8	3.911	2.737	70,0	
H6	4.474	2.677	59,8		
Total PBA		84.891	71.799	84,6	84,3 - 84,8
Total AMBA		221.708	170.729	77,0	76,8 - 77,2

Ver código de hospitales en Anexo I.

Tabla 2. Prevalencia de VDRL+ antes de las 20 semanas de gestación. Según Jurisdicción y año. Red Perinatal AMBA. Período 2004–2009.

Jurisdicción			Año						Total
			2004	2005	2006	2007	2008	2009	
CABA	VDRL < 20 SEM	Positivo	85	73	59	171	214	188	790
		Negativo	6.836	5.080	4.125	13.680	11.521	10.055	51.297
		Total	6.921	5.153	4.184	13.851	11.735	10.243	52.087
PBA	VDRL < 20 SEM	Positivo	54	51	31	161	137	103	537
		Negativo	4.448	3.920	2.216	10.789	11.643	10.055	43.071
		Total	4.502	3.971	2.247	10.950	11.780	10.158	43.608

Comentario: Las tablas están construidas en base a dato completo, por eso hay variación entre años y debemos considerar el propio sistema de registro como fuente principal de variabilidad.

Tabla 3. Prevalencia de VDRL+ antes de las 20 semanas de gestación, según Hospital. Red Perinatal AMBA. Período 2004–2009.

Hospital	Positivo	Negativo	Total	Prevalencia %
H17	107	4.167	4.274	2,50
H2	30	1.331	1.361	2,20
H19	110	4.886	4.996	2,20
H23	52	2.401	2.453	2,12
H7	77	3.597	3.674	2,10
H15	90	4.735	4.825	1,87
H21	110	5.788	5.898	1,87
H28	42	2.247	2.289	1,83
H12	86	4.621	4.707	1,83
H22	15	9.41	956	1,57
H27	192	13.128	13.320	1,44
H3	13	922	935	1,39
H14	22	1.639	1.661	1,32
H16	30	2.537	2.567	1,17
H13	22	1.910	1.932	1,14
H11	9	812	821	1,10
H8	19	1.758	1.777	1,07
H10	32	3.031	3.063	1,04
H24	21	2.023	2.044	1,03

Hospital	Positivo	Negativo	Total	Prevalencia %
H4	29	2.845	2.874	1,01
H5	17	1.714	1.731	0,98
H1	35	3.552	3.587	0,98
H26	84	9.751	9.835	0,85
H18	17	2.377	2.394	0,71
H20	17	2.451	2.468	0,69
H25	38	6.338	6.376	0,60
H6	9	2.155	2.164	0,42
H9	2	711	713	0,28
Total RED	1.327	94.368	95.695	1,39
Total PBA	537	43.071	43.608	1,23
Total CABA	790	51.297	52.087	1,52

Detalle de Tablas correspondientes a Indicadores Seleccionados

Período: 2004 - 2009

Indicadores de Contexto

Sífilis materna según edad de la madre

Adolescentes (<20 años) vs Adultas

	CABA		PBA		Total	
	n	%	n	%	n	%
adolescentes						
si	17.651	17,8	13.911	21,3	31.562	19,2
no	81.616	82,2	51.408	78,7	133.024	80,8
Total	99.267	100,0	65.319	100,0	164.586	100,0
sin dato	521	0,30				

VDRL+ antes de las 20 semanas de gestación y Adolescentes

VDRL Materna		Edad Materna					
		Adolescentes		Adultas		Total	
		n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	%
CABA	Positiva	96	12,2 (9,9-14,5)	690	87,8 (85,5-90,1)	786	100
	Negativa	8.547	16,7	42.580	83,3	51.127	100
	Total	8.643		43.270		51.913	
PBA	Positiva	81	15,1 (12,1-18,1)	455	84,9 (81,9-87,9)	536	100
	Negativa	9.085	21,1	33.901	78,9	42.986	100
	Total	9.166		34.356		43.522	
Total	Positiva	177	13,4 (11,5-15,2)	1.145	86,6 (84,7-88,4)	1.322	100
	Negativa	17.632	18,7	76.481	81,3	94.113	100
	Total	17.809		77.626		95.435	

Datos de VDRL materna estimados despues de las 20 semanas.

VDRL Materna		Edad Materna				Total	
		Adolescentes		Adultas			
		n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	%
CABA	Positiva	183	14,3 (12,4-16,2)	1.097	85,7 (83,8-87,6)	1.280	100
	Negativa	14.892	17,8	68.734	82,2	83.626	100
	Total	15.075		69.831		84.906	
PBA	Positiva	104	18,9 (15,6-22,2)	445	81,1 (77,8-84,4)	549	100
	Negativa	9.603	21,5	35.038	78,5	44.641	100
	Total	9.707		35.483		45.190	
Total	Positiva	287	15,7 (14,0-17,4)	1.542	84,3 (82,6-86,0)	1.829	100
	Negativa	24.495	19,1	103.772	80,9	128.267	100
	Total	24.782		105.314		130.096	

Razon de Madres >35 años

	CABA		PBA		Total	
	n	%	n	%	n	%
adolescentes						
si	8.795	8,9	5.590	8,6	14.385	8,7
no	90.472	91,1	59.729	91,4	150.201	91,3
Total	99.267	100,0	65.319	100,0	164.586	100,0
sin dato	521	0,30%				

Indicadores de Accesibilidad

Sin Control Prenatal

	Control Prenatal					
	CABA		PBA		Total	
	n	%	n	%	n	%
no	4.339	5,0	4.204	6,9	8.543	5,8
si	82.114	95,0	56.889	93,1	139.003	94,2
	86.453		61.093		147.546	100,0
sin dato	17.561	11,9				

VDRL estimada antes de las 20 semanas (n= 89.429).

	CABA				PBA				Total			
	Sin control		Controlada		Sin control		controlada		Sin contro		controlada	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Positiva	21	2,5	708	1,5	17	1,2	488	1,2	38	1,7	1.196	1,4
Negativa	809	97,5	46.375	98,5	1.363	98,8	39.648	98,8	2.172	98,3	86.023	98,6
Total	830	100,0	47.083	100,0	1.380	100,0	40.136	100,0	2.210	100,0	87.219	100,0

VDRL estimada despues de las 20 semanas (n= 116.680).

	CABA				PBA				Total			
	Sin control		Controlada		Sin control		controlada		Sin control		controlada	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Positiva	79	2,7	1.024	1,4	43	2,4	475	1,2	122	2,6	1.499	1,3
Negativa	2.871	97,3	70.271	98,6	1.782	97,6	40.135	98,8	4.653	97,4	110.406	98,7
Total	2.950	100,0	71.295	100,0	1.825	100,0	40.610	100,0	4.775	100,0	111.905	100,0

Indicadores de Uso de Servicio

Tasa de Cesarea

	Terminación					
	CABA		PBA		Total	
	n	%	n	%	n	%
Cesárea	25.337	25,5	15.637	24,1	40.974	25,0
Vaginal	73.944	74,5	49.258	75,9	123.202	75,0
Total	99.281	100,0	64.895	100,0	164.176	100,0
Sin Dato	931	0,56				

Indicadores de Impacto Materno Fetal

Datos de VDRL materna estimados antes de las 20 semanas.

VDRL Materna		Nacimiento				Total	
		Vivo		Muerto			
		n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	%
CABA	Positiva	775	98,2 (97,3-99,1)	14	1,8 (0,87-2,73)	789	100,0
	Negativa	51.035	99,6	204	0,4	51.239	100,0
	Total	51.810		218		52.028	
PBA	Positiva	531	98,9 (98,0-99,7)	6	1,1 (0,22-1,98)	537	100,0
	Negativa	42.666	99,4	260	0,6	42.926	100,0
	Total	43.197		266		43.463	
Total	Positiva	1.306	98,5 (97,8-99,1)	20	1,5 (0,82-2,18)	1.326	100,0
	Negativa	93.701	99,5	464	0,5	94.165	100,0
	Total	95.007		484		95.491	

Datos de VDRL materna estimados despues de las 20 semanas.

VDRL Materna		Nacimiento				Total	
		Vivo		Muerto			
		n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	%
CABA	Positiva	1.257	98,0 (97,2-98,8)	25	2,0 (1,23-2,77)	1.282	100,0
	Negativa	83.414	99,6	354	0,4	83.768	100,0
	Total	84.671		379		85.050	
PBA	Positiva	541	98,4 (97,3-99,4)	9	1,6 (0,55-2,65)	550	100,0
	Negativa	44.372	99,4	250	0,6	44.622	100,0
	Total	44.913		259		45.172	
Total	Positiva	1.798	98,1 (97,4-98,7)	34	1,9 (1,27-2,53)	1.832	100,0
	Negativa	127.786	99,5	604	0,5	128.390	100,0
	Total	129.584		638		130.222	

Indicadores de Impacto Neonatal

Tasa de Bajo Peso al Nacer

	CABA		PBA		Total	
	n	%	n	%	n	%
si	6.569	6,6	5.036	7,8	11.605	7,1
no	92.431	93,4	59.718	92,2	152.149	92,9
total	99.000	100,0	64.754	100,0	163.754	100,0
sin dato	0					

Datos de VDRL materna estimados antes de las 20 semanas.

VDRL Materna		Peso al Nacer				Total	
		<2500		≥2500			
		n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	%
CABA	Positiva	37	4,7 (3,2-6,2)	753	95,3 (93,8-96,7)	790	100,0
	Negativa	3.293	6,4	48.004	93,6	51.297	100,0
	Total	3.330		48.757		52.087	
PBA	Positiva	48	8,9 (6,5-11,3)	489	91,1 (88,7-93,5)	537	100,0
	Negativa	3.138	7,3	39.933	92,7	43.071	100,0
	Total	3.186		40.422		43.608	
Total	Positiva	85	6,4 (5,1-7,7)	1.242	93,6 (92,8-94,9)	1.327	100,0
	Negativa	6.431	6,8	87.937	93,2	94.368	100,0
	Total	6.516		89.179		95.695	

Datos de VDRL materna estimados después de las 20 semanas.

VDRL Materna		Peso al Nacer				Total	
		<2500		≥2500			
		n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	%
CABA	Positiva	116	9,0 (7,4-10,5)	1.167	91,0 (89,4-92,6)	1.283	100,0
	Negativa	5.504	6,6	78.368	93,4	83.872	100,0
	Total	5.620		79.535		85.155	
PBA	Positiva	59	10,7 (8,1-13,2)	491	89,3 (86,7-91,2)	550	100,0
	Negativa	3.413	7,6	41.302	92,4	44.715	100,0
	Total	3.472	7,7	41.793		45.265	
Total	Positiva	175	9,5 (8,2-10,8)	1.658	90,5 (89,1-91,9)	1.833	100,0
	Negativa	8.917	6,9	119.670	93,1	128.587	100,0
	Total	9.092		121.328		130.420	

Tasa de Prematurez

	CABA		PBA		Total	
	n	%	n	%	n	%
si	9.420	9,5	6.682	10,3	16.102	9,8
no	89.532	90,5	58.057	89,7	147.589	90,2
total	98.952	100,0	64.739	100,0	163.691	100,0
sin dato	0					

Datos de VDRL materna estimados después de las 20 semanas.

VDRL Materna		Edad Gestacional (Semanas)				Total	
		<38		≥38			
		n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	%
CABA	Positiva	67	8,5 (6,5-10,4)	723	91,5 (88,1-92,2)	790	100,0
	Negativa	4.456	8,7	46.829	91,3	51.285	100,0
	Total	4.523		47.552		52.075	
PBA	Positiva	61	11,4 (8,7-14,0)	476	88,6 (85,9-91,3)	537	100,0
	Negativa	4.018	9,3	39.047	90,7	43.065	100,0
	Total	4.079	9,4	39.523		43.602	
Total	Positiva	128	9,6 (8,0-11,2)	1.199	90,4 (88,8-92,0)	1.327	100,0
	Negativa	8.474	9,0	85.876	91,0	94.350	100,0
	Total	8.602		87.075		95.677	

Datos de VDRL materna estimados después de las 20 semanas.

VDRL Materna		Edad Gestacional (Semanas)				Total	
		<37		≥37			
		n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	%
CABA	Positiva	160	12,5 (10,7-14,3)	1.123	87,5 (85,7-89,3)	1.283	100,0
	Negativa	7.840	9,4	75.991	90,6	83.831	100,0
	Total	8.000		77.114		85.114	
PBA	Positiva	72	13,1 (10,3-15,9)	478	86,9 (84,1-89,7)	550	100,0
	Negativa	4.476	10,0	40.230	90,0	44.706	100,0
	Total	4.548	10,0	40.708		45.256	
Total	Positiva	232	12,7 (11,2-14,2)	1.601	87,3 (85,8-88,8)	1.833	100,0
	Negativa	12.316	9,6	116.221	90,4	128.537	100,0
	Total	12.548		117.822		130.370	

Tasa de Mortalidad Neonatal ‰

	CABA		PBA		Total	
	n	Tasa * 1000	n	Tasa * 1000	n	Tasa * 1000
Vivo	63.125		48.361		111.486	
Muerto	311	4,9	383	7,9	694	6,2
Total Valido	63.436		48.744		112.180	
Sin Dato	35.571	35,9%	16.012	16,4%	51.583	26,2%
Total	99.007		64.756		163.763	

Datos de VDRL materna estimados después de las 20 semanas.

VDRL Materna		Egreso del Recien Nacido				Total	
		Vivo		Muerto			
		n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	%
CABA	Positiva	756	99,3	5	0,7	761	100,0
	Negativa	51.519	99,4	288	0,6	51.807	100,0
	Total	52.275		293		52.568	
PBA	Positiva	352	100,0	0	0,0	352	100,0
	Negativa	32.953	99,3	243	0,7	33.196	100,0
	Total	33.305		243		33.548	
Total	Positiva	1.108	99,6	5	0,4	1.113	100,0
	Negativa	84.472	99,4	531	0,6	85.003	100,0
	Total	85.580		536		86.116	

Eje Salud Reproductiva: Planificación del embarazo

Datos de VDRL materna estimados después de las 20 semanas.

VDRL Materna		Embarazo				Total	
		No Planificado		Planificado			
		n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	%
CABA	Positiva	325	51,7	304	48,3	629	100,0
	Negativa	20.839	50,2	20.707	49,8	41.546	100,0
	Total	21.164		21.011		42.175	
PBA	Positiva	253	59,1	175	40,9	428	100,0
	Negativa	16.247	51,5	15.273	48,5	31.520	100,0
	Total	16.500	51,6	15.448		31.948	
Total	Positiva	578	54,7	479	45,3	1.057	100,0
	Negativa	37.086	50,8	35.980	49,2	73.066	100,0
	Total	37.664		36.459		74.123	

Datos de VDRL materna estimados después de las 20 semanas.

VDRL Materna		Embarazo				Total	
		No Planificado		Planificado			
		n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	%
CABA	Positiva	614	59,4 (54,4-62,4)	420	40,6 (37,6-43,5)	1.034	100,0
	Negativa	37.926	54,4	31.810	45,6	69.736	100,0
	Total	38.540		32.230		70.770	
PBA	Positiva	305	62,0 (57,7-62,3)	187	38,0 (33,7-42,3)	492	100,0
	Negativa	22.276	55,1	18.185	44,9	40.461	100,0
	Total	22.581		18.372		40.953	
Total	Positiva	919	60,2 (57,7-62,6)	607	39,8 (37,3-42,3)	1.526	100,0
	Negativa	60.202	54,6	49.995	45,4	110.197	100,0
	Total	61.121		50.602		111.723	

3. Asociación entre Sífilis Materna y Sífilis Congénita

Si bien este análisis debería hacerse por año y por hospital en forma independiente para establecer correlación entre sífilis materna y sífilis congénita, se presenta a modo de ejercicio teórico, como un insumo potencialmente útil para monitorear el seguimiento de madres y recién nacidos infectados y la calidad de atención recibida en cada servicio.

VDRL materna estimados antes de las 20 semanas

			VDRL Recien Nacido					
			Positiva		Negativa		Total	
			n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	%
VDRL Materna	CABA	Positiva	32	12,9 (9,9-15,9)	216	87,1 (84,1-90,1)	248	100,0
		Negativa	33	0,2	19.682	99,8	19.715	100,0
	PBA	Positiva	55	23,7 (18,2-29,2)	177	76,3 (70,8-81,2)	232	100,0
		Negativa	111	0,5	20.820	99,5	20.931	100,0
	Total	Positiva	87	18,1 (14,6-21,4)	393	81,9 (78,4-85,3)	480	100,0
		Negativa	144	0,4	40.502	99,6	40.646	100,0
Total		Total	231		40.895		41.126	

Sin dato para el cruce: 46.093 (52,87%, 46.093/87.219)

Correcto; **Falso negativo;** **Madre infectada no tratada**

Datos de VDRL materna estimados después de las 20 semanas. Datos válidos neonatales 41.126, datos válidos maternos 111.905

VDRL Materno		VDRL Recien Nacido				Total	
		Positiva		Negativa			
		n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	%
CABA	Positiva	62	18,3 (14,2-22,2)	277	81,7 (77,6-85,2)	339	100,0
	Negativa	41	0,2	27.216	99,8	27.257	100,0
	Total	103		27.493		27.596	
PBA	Positiva	75	30,6 (24,8-36,4)	170	69,4 (63,6-75,2)	245	100,0
	Negativa	92	0,4	22.127	99,6	22.219	100,0
	Total	167	0,7	22.297		22.464	
Total	Positiva	137	23,5 (20,6-26,9)	447	76,5 (73,1-79,9)	584	100,0
	Negativa	133	0,3	49.343	99,7	49.476	100,0
	Total	270		49.790		50.060	

Sin datos para el cruce: 61.845 (55,2% 61.845/111.905)

12.3. Anexo III del componente cualitativo

Encuesta a informantes clave

De acuerdo a lo señalado en el **"Plan para la Eliminación de la Sífilis Congénita en las Américas"** y más recientemente la "Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe", la sífilis congénita en la última década se ha reinstalado progresivamente en la agenda de los gobiernos de la región y de los organismos internacionales como un problema de salud pública reemergente.

Para cumplir con las metas delineadas es necesario contar con un diagnóstico de situación real que contribuya a jerarquizar los sistemas de vigilancia centinela para un adecuado monitoreo de las tendencias de la enfermedad, así como para la evaluación del impacto de las medidas de intervención implementadas. En Argentina, el proyecto "Red Perinatal AMBA" y su Centro Coordinador, el CISAP (Centro de Investigación en Salud Poblacional) / Hospital Durand, viene realizando actividades sistemáticas de relevamiento epidemiológico desde el año 2004 hasta la actualidad utilizando el SIP como herramienta base.

La Red Perinatal AMBA está integrada por 30 hospitales públicos de Ciudad Autónoma de Buenos Aires -CABA- y Provincia de Buenos Aires -PBA- donde se asisten aproximadamente 90.000 nacimientos por año. El proyecto cuenta además, con una base de datos correspondiente a aproximadamente 200.000 nacimientos acontecidos en los hospitales de la Red con una cobertura del 90%.

El presente trabajo se enmarca en la caracterización de los sistemas de vigilancia de sífilis materna y congénita en Argentina a partir de un relevamiento de experiencias en curso y estudios realizados (investigaciones) en este campo. Todo ello, con el fin de acordar una estrategia integral para nuestro país en concordancia con la propuesta de OPS para la eliminación de la sífilis congénita en las Américas.

A partir de la iniciativa de CLAP/SRM/OPS/OMS para el desarrollo de investigaciones operativas en esta temática, se acordó entre la PWR/OPS/Argentina y la Dirección Nacional de Meternidad e Infancia (MSAL), convocar a investigadores del CISAP para la realización del estudio.

Para tal fin, solicitamos su colaboración en el llenado de la siguiente encuesta y poder contribuir a la definición de un cuadro situacional en esta materia. Agradecemos desde ya su valiosa colaboración.

Los resultados del presente informe serán elevados a la Representación de OPS en Argentina y a las autoridades del Ministerio de Salud de la Nación. El documento incluirá la nómina de profesionales e instituciones que cooperaron con el presente estudio.

Solicitamos tenga a bien responder a las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es su conocimiento de la situación de sífilis materna y sífilis congénita en Argentina?
2. ¿Cuál es la fuente de información utilizada? (describa circuito de generación de la información – fuentes, periodicidad, mecanismos de captura, procesamiento, consolidación, difusión)
3. ¿Cuáles son los problemas relevantes para la captura y notificación de la información?
4. Indique el período desde el cuál viene trabajando en el relevamiento de información de SM y SC.

5. Datos de Prevalencia disponibles de SM y SC correspondientes a su espacio de inserción laboral indicando tipo de cobertura territorial (datos hospitalarios, municipales y/o nacionales)
Nota: En caso de contar con información (x ej. Informe epidemiológico, publicaciones, investigaciones, u otras, por favor adjuntar para incorporar al informe final). Esta información formará parte del informe final con explícita referencia a su fuente de origen.
6. ¿Cuáles son sus críticas a los modelos vigentes de vigilancia epidemiológica de SM y SC en Argentina?
7. ¿Cómo visualiza la posibilidad de contar con un sistema único e integrado de vigilancia de SM y SC en Argentina?
8. ¿Cuáles son sus propuestas para mejorar el sistema de vigilancia epidemiológica de SM y SC en Argentina con miras a contribuir con el Plan de eliminación de la sífilis congénita en las Américas?

Gracias por su colaboración

12.4. Anexo IV. Documentos de notificación vigentes

Sífilis en Embarazadas

VIGILANCIA CLÍNICA: Se notificará a través del Módulo C2 del SNVS al evento sífilis del adulto.

Modalidad de vigilancia: Individual

Periodicidad: SEMANAL

Objetivo: Conocer en forma oportuna la incidencia para la prevención y toma de medidas de control.

La notificación se realiza ante la sospecha del evento, sin esperar la confirmación.

VIGILANCIA DE LABORATORIO: Se notificará a través Módulo SIVILA del SNVS al evento sífilis en embarazada, de la siguiente manera:

Modalidad de vigilancia: Numérica e Individual

Periodicidad: SEMANAL

Objetivo: Estimar la prevalencia en el grupo poblacional de embarazadas. Registrar y permitir el seguimiento de posibles casos congénitos.

Numérica semanal: Proporción de Embarazadas positivas por PNT/Total de Embarazadas Estudiadas por PNT, y Proporción de Embarazadas positivas por PT/Total de Embarazadas estudiadas por PT, por grupo de edad.

Al término de cada semana epidemiológica deberá notificarse al grupo EMBARAZADAS. Las variables correspondientes a Sífilis son las siguientes:

- "Sífilis por pruebas treponémicas (caso confirmado)"
- "Sífilis por pruebas no treponémicas (caso probable)"

La notificación deberá realizarse de la siguiente manera:

En la columna de TOTALES: el Total de mujeres embarazadas estudiadas por las técnicas a las que hace referencia (PT y PNT), en la semana epidemiológica correspondiente, según grupo de edad.

En la columna de POSITIVOS: el número de mujeres embarazadas reactivas por las técnicas a las que hace referencia (treponémicas y NO treponémicas), en la semana epidemiológica correspondiente.

Notificación individual: TODO caso reactivo por PT y PNT .

Toda embarazada ante la primera reactividad o positividad (tanto por pruebas treponémicas y NO treponémicas) será notificada en *ficha individual*.

Toda vez que un laboratorio obtenga un resultado reactivo por PT o PNT en una embarazada, deberá notificar en *ficha individual* al Grupo de eventos INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL/Evento: SÍFILIS EN EMBAZADAS.

Se consignará la provincia, departamento, localidad y domicilio de residencia así como todos los datos de identificación (APELLIDO y nombre, edad o fecha de nacimiento, DNI). En la sección de Datos de Identificación, ítem Identificador 2, el APELLIDO y Nombre del hijo en seguimiento, a fin de vincular ambos casos.

En la sección "Resultado de Laboratorio", deberán consignarse los datos de la siguiente manera. En el caso de obtenerse:

- **Resultado Reactivo** por PNT (USR, VDRL o RPR), "**Caso probable**".
- **Resultado Reactivo** por PT (TP-PA, ELISA, FTA-Abs, MHA TP, métodos rápidos), "**Caso confirmado por serología**".
- **Resultado positivo** por PCR y/o Fondo Oscuro, "**Caso confirmado de infección por Treponema pallidum**".
- **Resultado Reactivo** por PNT y **Resultado NO Reactivo** por PT, "**Caso descartado**".

Sífilis Congénita

VIGILANCIA CLÍNICA: Se notificará a través del Módulo C2 del SNVS al evento sífilis congénita.

Modalidad de vigilancia: Individual

Periodicidad: SEMANAL

Objetivo: Conocer en forma oportuna la incidencia para la prevención y toma de medidas de control.

Debe notificarse ante el primer contacto con el profesional que atienda al niño cuya madre tenga PNT y/o PT reactiva, y/o clínica sospechosa de sífilis (ver norma de vigilancia); y completarse la Planilla de Investigación Epidemiológica Complementaria (PIEC- sífilis congénita) asociada al caso. El caso deberá reclasificarse una vez que se obtenga el diagnóstico definitivo.

VIGILANCIA DE LABORATORIO: Se notificará a través Módulo SIVILA del SNVS al evento sífilis congénita.

Modalidad de vigilancia: Individual EXCLUSIVAMENTE, de todo hijo de madre con PNT y/o PT reactiva.

Periodicidad: SEMANAL

Objetivo: Informar acerca del riesgo de transmisión congénita, posibilitar su seguimiento y registrar la ocurrencia del evento con el propósito de estimar tasa de transmisión e incidencia de la enfermedad.

Se consignará en Identificador 1 el APELLIDO y el nombre del niño si se conociera o RN y el apellido de la madre hasta que se registre el nombre del recién nacido, y en Identificador 2 el APELLIDO y Nombre de la madre. Deberá consignarse el antecedente de "Madre positiva" si se conociera, en la Sección de Datos Epidemiológicos.

Nota: Se deberá registrar la serología reactiva de la madre en el evento sífilis en embarazada, si no ha sido registrado previamente.

En la sección "Resultado de Laboratorio", deberán consignarse los datos de la siguiente manera. En el caso de obtenerse:

- **Resultado positivo** por PCR y/o Fondo Oscuro, "**Caso confirmado de infección congénita por Treponema pallidum**".

- Resultado Reactivo por PNT (USR, VDRL o RPR), "EN ESTUDIO".
- Resultado No Reactivo por PNT, "serología no reactiva", consignar seguimiento hasta los 6 meses de vida.
- Resultado Reactivo de VDRL en Líquido Cefalorraquídeo (LCR), "Caso confirmado de NEUROSIFILIS".
- Luego de los 3 meses de vida, resultado No Reactivo por PNT, "Caso descartado".
- Luego de los 18 meses de vida, por PT (TP-PA, ELISA, FTA-Abs, MHA TP, métodos rápidos): Resultado Reactivo "Caso confirmado de infección congénita por serología". Resultado NO Reactivo por PT, "Caso descartado".

*Extraído de "Infecciones de Transmisión Vertical - Abordaje Integral. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia - Guías 2011"

12.5. > V. Legislación vigente sobre el SIP en Argentina a nivel Nacional, CABA y PBA

Resolución del Ministerio de Salud de la Nación, Secretaría de Sañud de la Ciudad de buenos Aires y Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Ministerio de Salud de la Nación

Salud Pública

RESOLUCIÓN No348/2003

Apruébense las normas de Organización y funcionamiento de Servicios de Maternidad, las que se incorporan al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Buenos Aires, 21 DE MAYO DE 2003

VISTO el Expediente No 1-2002-2997/03-9 del Registro del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO:

Que las políticas tienen por objetivo primero y prioritario asegurar el acceso de todos los habitantes de la Nación a los Servicios de Salud, entendiendo por tales al conjunto de los recursos y acciones de carácter promocional, preventivo, asistencial y de rehabilitación, sean estos de carácter público estatal, no estatal o privados; con fuerte énfasis en el primer nivel de atención.

Que en el marco de las políticas del Ministerio de Salud de la Nación se desarrolla el PROGRAMA NACIONAL DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA, en el cual se agrupan un conjunto de acciones destinadas a asegurar la calidad de las prestaciones en dichos Servicios.

Que entre dichas acciones se encuentran la elaboración de guías de diagnóstico, tratamiento y procedimientos de patologías y normas de organización y funcionamiento de los Servicios de Salud.

Que las citadas guías y normas se elaboran con la participación de Entidades Académicas, Universitarias y Científicas de profesionales asegurando de esa forma la participación de todas las áreas involucradas en el Sector Salud.

Que la Dirección de Calidad en Servicios de Salud y la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil – coordi-

nación ejecutiva promi han coordinado el proceso de elaboración de las normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Maternidad, de acuerdo con la normativa vigente contando con la participación de las siguientes entidades: OPS/OMS, UNICEF, SAP, ASAPER, FASGO, CREP, UNIVERSIDADES, A.M.A., ACADEMIA ARGENTINA DE MEDICINA, A.F.A.C.I.M.E.R.A. y HTAL. A POSADAS

Que la Subsecretaría de Políticas de Regulación y Fiscalización, coordinadora general del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, la Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias y la Secretaría de Programas Sanitarios han tomado la intervención de su competencia y avalan su incorporación al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Que la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS ha tomado la intervención de su competencia.
Que la presente medida se adopta en uso de las atribuciones contenidas por la "Ley de Ministerios T.O. 1992" modificada por Ley no25.233.

Por ello:
EL MINISTRO DE SALUD
RESUELVE:

ARTÍCULO 1º. Apruébase las Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Maternidad, que como Anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO 2º. Incorpórase las Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Maternidad, que se aprueba en el artículo precedente al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

ARTÍCULO 3º. Difúndase a través de la Coordinación General del Programa las citadas normas, a fin de asegurar el máximo conocimiento y aplicación de la mismas en el marco de dicho Programa Nacional referido en el artículo 2º precedente.

ARTÍCULO 4º. Las normas que se aprueban por la presente Resolución podrá ser objeto de observación por las Autoridades Sanitarias Jurisdiccionales y por las Entidades Académicas, Universitarias, Científicas de Profesionales dentro del plazo de sesenta (60) días a partir de la fecha de su publicación en el Boletín Oficial y en caso de no ser observada entrará en vigencia a los noventa (90) días de dicha publicación.

ARTÍCULO 5º. En el caso que la autoridad jurisdiccional realizara alguna adecuación a la presente guía para su aplicación a nivel de la jurisdicción deberá comunicar a la Coordinación General del Programa dicha adecuación, la que recién entrará en vigencia a los sesenta (60) días de su registro a nivel nacional a través del acto administrativo correspondiente.

ARTÍCULO 6º. Agradecer a las entidades participantes OPS/OMS, UNICEF, SAP, ASAPER, FASGO, CREP, UNIVERSIDADES, A.M.A., ACADEMIA ARGENTINA DE MEDICINA, A.F.A.C.I.M.E.R.A. y HTAL. A POSADAS por la importante colaboración brindada a este Ministerio.

ARTÍCULO 7º. Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.



En la última década, la sífilis congénita se ha reinstalado progresivamente en la Región y, como un problema de salud pública reemergente, requiere de una inmediata respuesta por parte de los Estados para su control y erradicación inmediata. Para ello, es necesario contar con un diagnóstico de la situación real que contribuya a jerarquizar los sistemas de vigilancia y monitoreo de las tendencias de la enfermedad, así como para evaluar el impacto de las medidas de intervención implementadas.

La presente publicación tiene como objetivo elaborar una aproximación a la situación epidemiológica de la sífilis gestacional y de la sífilis congénita en una red de hospitales públicos del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina, a partir de datos emanados del Sistema Informático Perinatal (SIP).

La investigación realizada demuestra que la optimización del SIP como herramienta de vigilancia, monitoreo y evaluación, puede contribuir al fortalecimiento del plan de vigilancia epidemiológica de la eliminación de la transmisión vertical de la sífilis.

Con la divulgación de esta iniciativa, el Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR –OPS/OMS) pretende motivar para que se realice un mayor número de investigaciones aprovechando la información obtenida mediante el SIP, con la finalidad de mejorar la salud materna y neonatal y promover generaciones libres de sífilis en toda Latinoamérica.

