

UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA

ETAPA PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO

GRADO ACADEMICO A OBTENER:

OBSTETRA

TEMA:

SIFILIS EN EMBARAZADA DE 36 SEMANAS DE GESTACION

AUTOR:

KATHERINE CRISTINA BRIONES SANCHEZ

TUTOR:

DR. MARLON MARTINEZ

BABAHOYO- LOS RIOS

2019

Contenido

Resumen	1
Abstract	2
Palabras claves	3
Keywords	3
Introducción	4
1. Marco teorico	5
1.1. Sífilis	5
1.1.1. Patogenia	5
1.1.1. Manifestaciones clínicas	6
1.1.2. Evolucion en tres fases	6
1.1.3. Sífilis Gestacional	7
1.1.4. Factores de riesgo de la madre	7
1.1.5. Factores de riesgo en la transmisión materna infantil	8
1.1.6. Diagnóstico de sífilis en la gestante	8
1.1.7. Pruebas de diagnóstico de sífilis:	8
1.1.8. Manejo clínico de la sífilis materna	10
1.1.9. Seguimiento de la gestante con sífilis gestacional	13
1.1.10. Los criterios de curación son:	13

1.2. Justificación	14
1.3. Objetivos	15
1.3.1. Objetivo general.....	15
1.3.2. Objetivo específico	15
2. Presentación del caso	15
2.1. Métodos de valoración, información de la paciente, organización de la historia clínica	15
2.2. Motivo de consulta.....	16
2.2.1. Antecedentes	16
2.2.2. Búsqueda de la patología (anamnesis).....	18
2.2.3. Examen físico.....	18
2.3. Pruebas complementarias.....	19
2.3.1. Reporte de Monitoreo Fetal:	19
2.3.2. Rastreo ecográfico:	20
2.3.3. Reporte de exámenes de laboratorio:	20
2.4. Planteamiento del diagnóstico.	22
2.5. Análisis del problema y la conducta a seguir.....	22
2.5.1. Conducta a seguir:.....	22
2.5.2. Indicaciones	23
2.5.3. Tratamiento farmacológico	23

2.6.	Monitoreo de la paciente.....	24
2.7.	Desenlace:	25
	Recomendaciones	25
	Conclusiones	26
	Bibliografía	26
	Anexo	29

TEMA:

SIFILIS EN EMBARAZADA DE 36 SEMANAS DE GESTACION

Resumen

La incidencia de sífilis presentada durante el embarazo ha disminuido de manera importante en los países desarrollados. Sin embargo no ocurre lo mismo en países en vías de desarrollo y especialmente en aquellos en los que existe una elevada tasa de VIH.

Presentamos este caso clínico de sífilis en una paciente embarazada de 36 semanas de gestación que no había acudido a los controles prenatales que presentaba varios factores de riesgo.

Sífilis es un padecimiento infeccioso que solo se presenta en el ser humano, cuyo mecanismo de transmisión se da por vía sexual, vía sanguínea, perinatal transfusión de sangre y trasplante de órganos. Provocada por la espiroqueta *Treponema pallidum*.

La valoración de la gestante se realiza mediante de pruebas de laboratorio dirigidas a la mujer y a su pareja, realizadas durante el control prenatal (antes de la 20 semana de gestación). Si es positivo o reactivo se deberá administrar tratamiento tanto a la embarazada con a la pareja ya que representa el mayor origen de reinfección durante el embarazo.

El tratamiento farmacológico, tamizaje de otras ITS, y la debida asesoría sobre salud sexual y reproductiva comprende el manejo de la sífilis. El tratamiento se realiza con penicilina Benzatínica en dependencia de la edad gestacional y la etapa de la enfermedad. Si la paciente es alérgica debe realizarse desensibilización por vía oral con penicilina V potásica suspensión oral de 250 mg por 5 cc. Luego del tratamiento el seguimiento se realiza mediante pruebas serológicas no treponémicas cuantitativas. Los criterios de curación son los resultados de la prueba no reactivos o disminuya por lo menos en dos diluciones (cuatro veces) a los tres meses, sea menor de 1:8 a los seis meses.

Según la OMS el cuidado del embarazo de manera temprana, periódica e integral, disminuye sustancialmente el riesgo de complicaciones y muerte tanto materna como perinatal.

Abstract

Syphilis and pregnancy

The incidence of syphilis presented during pregnancy has decreased significantly in developed countries. However, the same is not true in developing countries and especially in those where there is a high rate of HIV.

We present this clinical case of syphilis in a 36-week pregnant patient who had not attended prenatal controls who presented several risk factors.

Syphilis is an infectious condition that only occurs in humans, whose transmission mechanism occurs through sex, blood, perinatal blood transfusion and organ transplantation. Caused by the spirochete *Treponema pallidum*.

The assessment of the pregnant woman is carried out by means of laboratory tests aimed at the woman and her partner, performed during the prenatal control (before the 20th week of pregnancy). If it is positive or reactive, treatment should be given to both the pregnant woman and the couple as it represents the greatest source of reinfection during pregnancy.

Pharmacological treatment, screening of other STIs, and proper counseling on sexual and reproductive health includes the management of syphilis. The treatment is performed with Benzathine penicillin depending on the gestational age and stage of the disease. If the patient is allergic, desensitization should be performed orally with penicillin V potassium oral suspension of 250 mg per 5 cc. After the treatment, the follow-up is carried out by means of quantitative

non-treponemal serological tests. Cure criteria are non-reactive test results or decrease by at least two dilutions (four times) at three months, be less than 1: 8 at six months.

According to the OMS, early, periodic and comprehensive pregnancy care substantially decreases the risk of complications and both maternal and perinatal death.

Palabras claves

Lúes, espiroqueta, transfusión de sangre, gestante, penicilina.

Keywords

Lues, spirochaete, blood transfusion, pregnant, penicillin.

Introducción

Las infecciones de transmisión sexual representan una dificultad en la salud pública debido a su magnitud a nivel mundial, complicaciones y secuelas si no se realiza diagnóstico y tratamiento oportuno, en dependencia de las condiciones sociales y psicológicas que pueden relacionarse con estas patologías. Sífilis es una enfermedad infecciosa sistémica provocada por el microorganismo *Treponema pallidum* subespecie *pallidum*, perteneciente al Orden Spirochaetales, familia Spirochaetaceae.

Es una espiroqueta fina de cuerpo rodeado por una membrana plasmática trilaminar. Muestra un movimiento rotatorio y ondulado sobre el eje central de la bacteria.

La sífilis se produce en todo el mundo, dependiendo su incidencia con la división geográfica y el entorno socioeconómico.

La vía de transmisión de la enfermedad puede ser por contacto sexual, congénito a través placentaria, por transfusión de sangre humana contaminada y por inoculación accidental directa. La mayor incidencia es por vía sexual. Un paciente es más infeccioso al inicio de la enfermedad y progresivamente disminuye la infección a medida que transcurre el tiempo. La sífilis congénita se da con mayor frecuencia cuando el feto se infecta in útero, aunque es probable la infección del neonato al pasar por el canal del parto.

La valoración de la gestante de manera interrelacionada, se basa en las pruebas, con un enfoque dirigido a la mujer y a la familia, asegurando su derecho de universalidad a la atención oportuna (su primer control se realiza a la 11 semanas de gestación) con un número no menor de 5 controles prenatales durante su gestación, y que incentive la participación del compañero sexual de forma constante en las consultas. El control prenatal básico, integral y de calidad es un programa que coadyuva en la reducción de la morbilidad y la mortalidad materno-infantil.

Varios análisis han reflejado que cinco controles prenatales, con el primer control antes de las 12 semanas. Aseguran una atención de calidad. (Organización panamericana de la Salud, 2009, pág. 16).

1. Marco teórico

1.1. Sífilis

Sífilis es un padecimiento infeccioso que solo se presenta en el ser humano, cuyo mecanismo de transmisión se da por vía sexual, vía sanguínea, perinatal transfusión de sangre y trasplante de órganos. Provocada por la espiroqueta *Treponema pallidum*. Presentándose en fases agudas asintomáticas o sintomáticas hasta cuadros de la enfermedad crónicos ocasionando complicaciones permanentes e incapacidades a largo plazo, si no es identificada y se trata de manera oportuna. (MSP, 2017, pág. 18).

La sífilis congénita es consecuencia del contagio por vía perinatal en el recién nacido, que puede suceder por medio transplacentario o en el momento en el que atraviesa el canal del parto.

La posibilidad de que este padecimiento se transmita al hijo de una madre infectada que no ha recibido un oportuno tratamiento es de más o menos 70% pero puede presentarse rangos entre (30-100%). En dependencia del tiempo de la primoinfección de la madre. (MSP, 2017, pág. 18)

1.1.1. Patogenia

T. pallidum penetra las membranas mucosas intactas o con excoriaciones microscópicas, y en horas llega a los vasos linfáticos y la sangre hasta provocar una infección de orden general y focos metastásicos. La lesión primaria (chancro) surge en el sitio de la inoculación en término de

cuatro a seis semanas y cura en forma espontánea. Las manifestaciones generalizadas de parénquimas, de orden general y mucocutáneas de la sífilis secundaria surgen seis a ocho semanas después, pese a los altos títulos de anticuerpos, para ceder en cuestión de dos a seis semanas. Luego de un periodo de latencia, 33% de personas sin tratamiento terminan por mostrar la enfermedad terciaria (gomas sifilíticas, enfermedad cardiovascular o neurológica). (Harrison Manual De Medicina 18° Edicion , 2013, pág. 563).

1.1.1. Manifestaciones clínicas

1.1.2. Evolucion en tres fases

Sífilis primaria: “periodo de incubación 3 semanas, signo característico es el chancro en el sitio de inoculación” (Harrison Manual De Medicina 18° Edicion , 2013, pág. 563)

Sífilis secundaria: “lesión mucocutánea y linfadenopatía generalizada indolora”. (Harrison Manual De Medicina 18° Edicion , 2013, pág. 563)

Sífilis latente: “Se presenta a las 3 a 12 semanas de la aparición del chancro. Estudios serológicos positivos”. (Harrison Manual De Medicina 18° Edicion , 2013, pág. 563)

Sífilis latente temprana primer año después de la infección.

Sífilis tardía la que dura ≥ 1 año o se desconoce duración.

Sífilis terciaria o tardía: “se presenta años después de la infección, presentando alteraciones neurosífilis, sífilis cardiovascular y gomas”. (Harrison Manual De Medicina 18° Edicion , 2013, pág. 563)

Neurosífilis: “va desde la fase temprana pero poco a poco evoluciona hasta llegar a la paresia general y la tabes dorsal” (Harrison Manual De Medicina 18° Edicion , 2013, pág. 563).

Sífilis cardiovascular: “se presenta en el 10% de las personas no tratadas 10 a 40 años después de la infección” (Harrison Manual De Medicina 18° Edición , 2013, pág. 564).

Gomas: “suelen ser lesiones solitarias que presentan inflamación granulomatosa con necrosis central pueden presentarse por lo general a los 3 -15 años de la infección” (Harrison Manual De Medicina 18° Edición , 2013, pág. 564).

Sífilis congénita: “se transmite durante todo el embarazo, pero la enfermedad del feto se manifiesta sólo después del cuarto mes de gestación. En toda embarazada se practican pruebas en busca de sífilis desde el inicio de la gestación” (Harrison Manual De Medicina 18° Edición , 2013, pág. 564).

1.1.3. Sífilis Gestacional

“Toda gestante, puérpera o con aborto reciente, con evidencia clínica de úlcera genital o lesiones compatibles con sífilis secundaria y/o pruebas serológicas reactivas, que no ha recibido tratamiento para sífilis” (MSP, 2017, pág. 18).

La sífilis no tratada en el embarazo puede provocar abortos espontáneos, óbito, hidrops fetal no inmune, retardo del crecimiento intrauterino, parto prematuro y muerte perinatal, es importante que en todo aborto espontáneo (EG < 20 semanas) se investigue y descarte sífilis materna. (Guía de Atención Prenatal Integral & <https://www.sinergiasong.org/cajasdeherramientas/p>, 2013, pág. 1)

1.1.4. Factores de riesgo de la madre

- “Relaciones sexuales sin protección” (MSP, 2017, pág. 19).

- “Múltiples parejas” (MSP, 2017, pág. 19).
- “Otras infecciones de transmisión sexual (ITS) presentes o previas” (MSP, 2017, pág. 19).
- “Consumo de drogas psicoactivas que disminuyen el control y la capacidad de juicio para protegerse de la transmisión de las ITS” (MSP, 2017, pág. 19).
- “Nivel educativo bajo, asociado a escasa educación sexual”. (MSP, 2017, pág. 19)

1.1.5. Factores de riesgo en la transmisión materna infantil

- “La ausencia de atención prenatal oportuna y adecuada” (MSP, 2017, pág. 19).

1.1.6. Diagnóstico de sífilis en la gestante

- “Se lleva a cabo a través de pruebas serológicas, que deben realizarse en la primera consulta de control prenatal (antes de la 20 semana de gestación)” (MSP, 2017, pág. 24).
- “Si es negativa, se debe llevar un control durante el tercer trimestre, parto o puerperio antes del alta hospitalaria” (MSP, 2017, pág. 24).
- Si es positiva, se deberá administrar el tratamiento y medidas de prevención si la mujer presenta riesgo de exposición. Se aconseja la realización de la serología a la pareja y a los contactos sexuales, si los hubiera. La falta de tratamiento de la pareja representa el mayor origen de reinfección durante el embarazo (MSP, 2017, pág. 24).

1.1.7. Pruebas de diagnóstico de sífilis:

- “Treponémicas (T), incluyendo pruebas rápidas” (MSP, 2017, pág. 24).

- “No treponémicas (NT)” (MSP, 2017, pág. 24).

Las pruebas no treponémicas; miden anticuerpos IgG e IgM contra el antigénico de cardioplipina-lectina-colesterol comprende VDRL (Prueba de laboratorio para la investigación de enfermedades venéreas) y el RPR (Prueba de la reagina plasmática rápida). “Indicador de infección actual, infección reciente tratada o no tratada, o un resultado falso positivo (tabla 1). Los resultados falsos positivos ocurren en 1 al 3% de la población”. (MSP, 2017, pág. 24).

Tabla 1. Resultado e interpretación de las pruebas serológicas

Resultado	Interpretación
NT* (-) T**(-)	Ausencia de infección. Si la exposición es muy reciente se recomienda repetir las pruebas.
NT (+) T(+)	Infección activa, en especial con títulos altos (>1/8) de la prueba no treponémica. Con títulos bajos puede deberse a una sífilis antigua tratada.
NT(-) T(+)	En general se debe a una sífilis antigua tratada no activa. Excepcionalmente puede ser un falso positivo de la prueba treponémica.
NT(+) T(-)	Se recomienda repetir utilizando otro método de prueba treponémica. Si continúa siendo negativa se trata de un resultado falsamente positivo de la prueba no treponémica y ausencia de infección

Datos obtenidos (fuente: (MSP, 2017, pág. 25)

“Las pruebas treponémicas; son pruebas específicas, e incluyen el FTA Abs (prueba de absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes) y el MHA-TP (Prueba de microhemaglutinación de anticuerpos contra *Treponema Pallidum*). Utilizadas para constatar un resultado de una prueba no treponémica” (MSP, 2017, pág. 24)

“Estas pruebas se mantiene positivas independientemente del tratamiento y puede presentarse falso positivos (menos del 1%) en otras enfermedades por espiroquetas” (MSP, 2017, pág. 24).

Para el diagnóstico de la neurosífilis; Se recomienda análisis de LCR. Indicado en personas sintomáticas o que presenten una mala respuesta a los antibióticos o el antibiótico.

Debe buscarse enfermedad por VIH en individuos diagnosticados con sífilis.

Tabla 2 Ficha de diagnóstico y tratamiento de la sífilis en historia clínica perinatal 051

SÍFILIS - Diagnóstico y tratamiento												
Prueba No treponémica			Prueba Treponémica				Tratamiento				Tto. de la pareja	
-	+	s/d	-	+	s/d	n/c	-	+	s/d	n/c	no	si
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
<20 sem			semanas				semanas				s/d	n/c
>20 sem			semanas				semanas				no	si
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
											s/d	n/c

Dato obtenido (fuente

http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/ESAMyN/Otros/formulario_051.pdf)

1.1.8. Manejo clínico de la sífilis materna

“Tratamiento farmacológico, el tamizaje de otras ITS, y la asesoría y consejería sobre salud sexual y reproductiva. El tratamiento se realiza con penicilina teniendo en cuenta la edad gestacional” (tabla 3). (MSP, 2017, pág. 45).

Tabla 3 Tratamiento de la sífilis gestacional

Criterios	Tratamiento
Gestante con menos de 34 semanas de gestación, diagnosticada como sífilis latente tardía, latente indeterminada o terciaria	Penicilina Benzatínica, 2 400 000 UI cada semana durante tres semanas. Vía IM.
Gestante con menos de 34 semanas de gestación, diagnosticada como sífilis primaria o secundaria, o latente temprana	Una dosis de Penicilina Benzatínica, 2 400 000 UI, dosis única. Vía IM.
Gestante con 34 o más semanas de gestación	Penicilina Cristalina 4 000 000 cada cuatro horas. Vía IV, por 10 a 14 días.
Neurosífilis	Penicilina Cristalina 4 000 000 cada cuatro horas. Vía IV, por 10 a 14 días

Datos obtenidos (fuente (MSP, 2017, pág. 46)

Si la alergia se confirmada mediante prueba cutánea, desensibilización por vía oral con penicilina V potásica suspensión oral de 250 mg por 5 cc (tabla 4), equivalente a 400.000 Unidades; es decir, 80.000 Unidades por centímetro cúbico. Se deben aplicar 14 dosis, una dosis cada 15 minutos, en un tiempo total de 3 horas y 45 minutos, para una dosis acumulada de un millón doscientas noventa y seis mil setecientas unidades (1 296.700 unidades). (Protocolo de Vigilancia en Salud Publica , 2015, pág. 47.)

Tabla 4 Desensibilización oral para pacientes con alergia a la penicilina.

<i>Dosis de penicilina V suspensión (1)</i>	<i>Concentración (unidades/ml) (2)</i>	<i>MI administrados</i>	<i>Unidades</i>	<i>Dosis acumulada (unidades)</i>
1	1.000	0.1	100	100
2	1.000	0.2	200	300
3	1.000	0.4	400	700
4	1.000	0.8	800	1.500
5	1.000	1.6	1.600	3.100
6	1.000	3.2	3.200	6.300
7	1.000	6.4	6.400	12.700
8	10.000	1.2	12.000	24.700
9	10.000	2.4	24.000	48.700
10	10.000	4.8	48.000	96.700
11	80.000	1.0	80.000	176.700
12	80.000	2.0	160.000	336.700
13	80.000	1.0	320.000	656.700
14	80.000	8.0	640.000	1.296.700

Datos obtenidos (Fuente PROTOCOLO PARA MANEJO DE SÍFILIS GESTACIONAL (NO INCLUYE

PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH SIDA

<https://www.sos.com.co/ArchivosSubidos/Internet/Protocolos/Archivospdf/sifilisgestacional.pdf>).

NOTA: Periodo de observación: 30 minutos antes de la administración parenteral de penicilina.

(1) “Intervalo entre dosis: 15 minutos. Tiempo transcurrido, 3 horas y 45 minutos. Dosis acumulada 1,3 millones de unidades” (Organización panamericana de la Salud , 2009, pág. 6).

(2) “La cantidad específica de droga fue diluida en aproximadamente 30 mL de agua y luego administrada oralmente” (Organización panamericana de la Salud , 2009, pág. 6).

“La administración del tratamiento se añade en la historia clínica 051 (tabla 2), de lo contrario, sin evidencia de su administración se contempla al recién nacido como CASO CONFIRMADO DE SÍFILIS CONGÉNITA” (MSP, 2017, pág. 46)

1.1.9. Seguimiento de la gestante con sífilis gestacional

“Toda gestante que recibió tratamiento para sífilis se les realiza un seguimiento con pruebas serológicas no treponémicas cuantitativas (RPR o VDRL) a los tres y seis meses” (MSP, 2017, pág. 48).

1.1.10. Los criterios de curación son:

- “Que los resultados de la prueba se presenten no reactivo, o que disminuya por lo menos en dos diluciones (cuatro veces) a los tres meses, sea menor de 1:8 a los seis meses” (MSP, 2017, pág. 48).

1.2. Justificación

La Sífilis en embarazada de 36 semanas de gestación representa una gran problemática en la salud pública debido a sus complicaciones y secuelas materno-infantiles a nivel mundial si no se identifica oportunamente.

Debemos alcanzar una unión entre los profesionales que brindamos atención en el servicio de la salud para garantizar a las gestantes los cuidados para su desarrollo normal del embarazo, implementando el apropiado uso de la tecnología y reconociendo el importante rol que desempeña la mujer.

Según la OMS el cuidado del embarazo de manera temprana, periódica e integral, disminuye sustancialmente el riesgo de complicaciones y muerte tanto materna como perinatal. (Control Prenatal Guía de Práctica Clínica MSP, pág. 7)

La sífilis se transmite por contacto con una lesión en los genitales, el ano, el recto, los labios o la boca, o de madre a hijo durante el embarazo. La transmisión de la sífilis no tratada de una embarazada al feto suele provocar la muerte de este último. En 2012, la transmisión materno-infantil de la sífilis provocó aproximadamente 143.000 muertes fetales precoces o nacimientos de niños muertos, 62.000 muertes neonatales y 44.000 nacimientos prematuros o nacimientos de niños con insuficiencia ponderal. Para curar la sífilis, las nuevas directrices de la OMS recomiendan vivamente una única dosis de penicilina Benzatínica (salud & <https://www.who.int/es/news-room/detail/30-08-2016-growing-antibiotic-resistance-forces-updates-to-recommended-treatment-for-sexually-transmitted-infections>, 2016).

1.3.Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Brindar una atención prenatal de manera integral a las embarazadas diagnosticadas con sífilis para obtener un resultado positivo materno perinatal.

1.3.2. Objetivo específico

- Prevenir, diagnosticar e identificar oportunamente a la infección por sífilis durante el embarazo para evitar las complicaciones maternas perinatales.

2. Presentación del caso

2.1.Métodos de valoración, información de la paciente, organización de la historia clínica

Tabla 5 Datos generales de la paciente

Nombres completos:	NN
Edad:	21 años
Sexo:	Femenino
Fecha y lugar de nacimiento:	1996-12-20 Santo Domingo-Ecuador
Área de procedencia:	Urbano
Estado civil:	Soltera
Hijos:	0
Nivel de estudio:	Básica
Nivel sociocultural/económico:	Muy bajo
Raza:	Mestizo

Religión:	Católica
Ocupación:	Ama de Casa
Cónyuge:	NN
Ocupación de cónyuge:	Pescador
Edad de cónyuge:	25 años
Ingreso total mensual:	240 dólares
Dirección de residencia:	Santa Elena Barrio los Pinos atrás de hielera los andes casa de bloque sin pintar
Teléfono:	NN
En caso de emergencia llamar a:	NN
Tipo de seguro:	No aporta

Datos obtenidos (fuente elaboración propia)

2.2.Motivo de consulta

Tabla 6 Motivo de consulta

Fecha de admisión	Motivo de consulta:
2018-08-08	Referida del Centro de Salud Santa Elena con diagnóstico de sífilis en el embarazo

Datos obtenidos (fuente historia clínica de la paciente)

2.2.1. Antecedentes

Tabla 7 Antecedentes de la paciente

Antecedentes personales:	Obesidad mórbida IMC 44.8.
---------------------------------	-----------------------------------

Antecedentes Gineco-Obstetricos:	Menarquia:	13 años de edad
	Menacnia:	28/04
	Inicio vida sexual.	16 años de edad
	Gestas:	0
	Abortos:	0
	Partos:	0
	Fecha de Última Menstruación (FUM):	2017/11/28
	Fecha Probable de Parto (FPP):	2018/09/04
	Edad Gestacional:	Fecha de admisión (2018-08-08) 36 semanas.
	Periodo Intergenésico:	NN
	Método anticonceptivo previo:	Gestágenos orales combinados, (olvido).
	Nº de Controles prenatales:	3 controles.

Antecedentes familiares:	Madre: Hipertensa
Antecedentes quirúrgicos:	No refiere.
Alergias:	No refiere.

Datos obtenidos (fuente historia clínica de la paciente)

2.2.2. Búsqueda de la patología (anamnesis)

Paciente de 21 años de edad que al momento cursa con embarazo de 36 semanas de gestación por fecha de última menstruación 28/11/2017. Y 35.5 por ecografía extrapolada de 21 semanas de gestación de gestación del 03/05/2018.

Antecedentes obstétricos gestas 0

Referida del centro de salud santa Elena con diagnóstico de sífilis en el embarazo

Se diagnosticó mediante prueba rápida VDRL positivo y se confirmó mediante estudio inmunológico de sífilis.

2.2.3. Examen físico

Cabeza: normocefálico, mucosas normocoloreadas

Cuello; cilíndrico, móvil, sin adenopatías

Tórax; simétrico, con buena expansibilidad.

Aparato respiratorio; murmullo vesicular audible, no estertores

Aparato cardiovascular; ruidos cardiacos rítmicos, buen tono no soplo.

Abdomen; distendido por embarazo, altura uterina de 36 cm, presentación longitudinal, cefálica, dorso izquierdo, NO se palpa dinámica uterina

Pelvis; especulocopia, no se observan lesiones compatibles con sífilis, no pérdida de líquido.

Tacto vaginal; cuello posterior de consistencia dura, orificio cervical externo entreabierto, orificio cervical interno cerrado.

Extremidades: simétricas sin adenopatías

IMC: >30.

Score Mama

Frecuencia cardiaca	96	0
Presión sistólica	110	0
Presión diastólica	70	0
Frecuencia respiratoria	20	0
Temperatura	36.5	0
Saturación de oxígeno	96	0
Estado de la conciencia	Alerta	0
Proteinuria	-	0
Puntaje		0

2.3.Pruebas complementarias

2.3.1. **Reporte de Monitoreo Fetal:** parámetros obtenidos de 30 minutos de valoración monitoreo fetal categoría I.

2.3.2. **Rastreo ecográfico:** Producto único vivo, cefálico dorso a la izquierda. Biometría fetal para un embarazo de 36 semanas, índice de líquido amniótico 13 centímetros, placenta fúndica posterior grado II.

ID: embarazo de más o menos 36 semanas de gestación.

2.3.3. Reporte de exámenes de laboratorio:

Biometría

<i>Nombre</i>	Valor
<i>Glóbulos Blancos</i>	9.95 UL
<i>Glóbulos Rojos</i>	4.51 UL
<i>Hemoglobina</i>	11.7 gr/dl
<i>Hematocrito</i>	37.1 %
<i>Hemo. Corp. Medio (MCH)</i>	25.90 pg
<i>Vol. Corp. Medio (MCV)</i>	82.30 fl
<i>Plaquetas</i>	240 UL
<i>Reticulositos</i>	2.21 %

Formula leucocitaria

<i>Neutrófilo</i>	62.4 %
<i>Linfocito</i>	21.8%
<i>Monocito</i>	6.2%
<i>Eosinofilo</i>	0.8%
<i>Basifilo</i>	01.%

Grupo sanguíneo

Grupo sanguíneo	A
Factor RH	Positivo
Hemostasia	
Tiempo de protrombina (TP)	14.8 seg
Tiempo de tromboplastina parcial (TTP)	33.0 seg
Bioquímica sanguínea	
Glucosa en ayunas	62 mg/dl
Urea	10.0 mg/dl
Creatinina	0.46 mg/dl
Transaminasa pirúvica (ALT)	11 U/L
Transaminasa oxalacética (AST)	21 U/L
Láctico deshidrogenasa	380.0 U/L
Cultivo	
Cultivo de secreción vaginal: flora habitual bacteriana	
Inmunoserología	
Prueba cualitativa para sífilis (por aglutinación)	Reactivo
Prueba cuantitativa para sífilis (técnica microelisa)	2.94 UA
Proteína C reactiva cuantitativo	34.92 mg/dl
VIH	No reactivo

Datos obtenidos (fuente historia clínica de la paciente)

2.4.Planteamiento del diagnóstico.

Tabla 8 diagnóstico diferencial, diferencial, definitivo.

Diagnostico Presuntivo: Embarazo de 36 semanas más Sífilis gestacional

Diagnóstico Diferencial:	Embarazo de 36 semanas más Herpes simple
Diagnóstico Definitivo:	Embarazo de 36 semanas más Sífilis en la gestante más obesidad mórbida.

Datos obtenidos (fuente elaboración propia)

2.5.Análisis del problema y la conducta a seguir.

Al interrogatorio se identifican factores de riesgo no modificables tales como, baja escolaridad, múltiples compañeros sexuales, Malnutrición Preconcepcional IMC >30, enfermedad infecciosa, y factores de riesgo modificables controles insuficientes

2.5.1. Conducta a seguir:

De acuerdo a las recomendaciones la paciente será ingresada al área de hospitalización de ginecología

El manejo será:

- Control se signos vitales

- Valoración gineco-obstetrica
- Monitoreo fetal
- Doppler fetal
- Cuidados de enfermería
- Exámenes de laboratorio
- Cultivo y antibiograma
- Dieta
- Comunicar novedades

2.5.2. Indicaciones

- Control y valoración de score mama para evaluar y analizar factores de riesgo bienestar materno fetal. Valorar desde el ingreso hospitalario hasta su alta hospitalaria.
- Valoración de bienestar fetal: monitoreo fetal
- Se solicita a laboratorio pruebas serológicas
- Se solicitó cultivo ver taba 11.

2.5.3. Tratamiento farmacológico

- Cloruro de sodio al 0.9% 1000 ml intravenoso pasar 30 gotas por minuto
- Ceftriazona 2 gramos intravenoso cada 12 horas

Se administra este tratamiento dado que al momento del ingreso de la paciente no se contaba con penicilina en el hospital.

La base de todas las penicilinas es un anillo de tiazolidina al que se adhiere un anillo lactámico B y una cadena lateral, el núcleo lactámico B confiere actividad antimicrobiana. En vista de las sustituciones numerosas en R1, se ha sintetizado una gran variedad de antibióticos con modificación del espectro antibacteriano y diferentes propiedades farmacológicas. Las cefalosporinas también son antibióticos lactámicos B. Las sustituciones en los sitios R1 o R2 del núcleo de las cefalosporinas modifican de manera considerable el espectro de actividad, potencia, efectos adversos y vida media de estos antibióticos (Harrison Manual De Medicina 18ª Edición, 2013, págs. 51-52).

2.6. Monitoreo de la paciente.

Paciente femenina de 21 años de edad primigesta de 36 semanas de gestación por fecha de última menstruación ingresada en el área de hospitalización ginecológica diagnosticada mediante prueba rápida VDRL reactivo y se confirmó mediante estudio inmunológico de sífilis. Se realiza tratamiento farmacológico por siete días con Cloruro de sodio al 0.9% 1000 ml intravenoso pasar 30 gotas por minuto, Ceftriaxona 2 gramos intravenoso cada 12 horas.

La paciente se mantuvo durante su ingreso hospitalario hemodinámicamente estable, orientada en tiempo y espacio, colaboraba con el interrogatorio, no refería sintomatología alguna, no refería pérdidas vaginales, refería movimientos fetales durante su estancia ha manejado signos vitales dentro parámetros normales score mama 0, doppler fetal entre 145-151 latidos por minutos.

2.7.Desenlace:

Se indicó alta hospitalaria con score mama cero refiere sentirse bien movimientos fetales presentes no perdidas transvaginales, monitoreo fetal categoría 1 se indica controles subsecuentes en consulta externa.

Se conoce que el día 05-08-2018 fue sometida a una cesárea segmentaria por embarazo de 39 semanas más ruptura prematura de membranas más distocia de descenso, con 8 cm de dilatación.

Se obtuvo recién nacido de sexo femenino

Apreciaciones

- La paciente presento factores de riesgo que la predispusieron a esta condición.
- No se presentó sífilis congénita

Recomendaciones

- Control serológico adecuado durante el embarazo postparto, puerperio y contactos sexuales.
- Realizar pruebas serológicas cuando una embarazada acuda al servicio de emergencia, aunque el motivo de consulta sea otra.
- El tratamiento de elección es la penicilina benzatinica G de 2.4 millones de unidades por vía intramuscular demostrando ser efectiva durante el embarazo y también se utiliza para la prevención de sífilis congénita. Siendo segura y efectiva en casos sin complicaciones. En caso de presentar alergia a la penicilina realizar desensibilización.
- Está contraindicado el uso de eritromicina y tetraciclinas durante el embarazo.

- Mejorar la participación de las y los obstetras y profesionales de la salud ante las enfermedades de transmisión sexual, con el objetivo de realizar un diagnóstico oportuno.
- Trabajar en la promoción y prevención en temas de educación sexual, planificación familiar.

Conclusiones

Al diagnosticar a una gestante con sífilis iniciar inmediatamente el tratamiento con antibiótico así mismo a la o las parejas sexuales de la misma. Queda demostrada la importancia del control prenatal para la prevención mediante las pruebas serológicas realizada oportunamente durante el embarazo, al igual que realizar pruebas serológicas a la o las parejas sexuales, así mismo debemos realizar exámenes para conocer si hay afectación fetal. Identificar los factores de riesgos, ofertando educación continua a través de visitas domiciliarias y más en aquellas gestantes que desisten de los controles prenatales.

Bibliografía

Control Prenatal Guía de Práctica Clínica MSP. (s.f.).

GINEBRA — La Organización Mundial de la Salud (OMS. (s.f.).

https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1807:nuevas-directrices-terapeuticas-para-la-clamidiiasis-la-gonorrea-y-la-sifilis&Itemid=360.

Guia de Atencion Prenatal Integral , & <https://www.sinergiasong.org/cajasdeherramientas/p>.

(2013). *Unicef- SINERGIAS ONG*. Colombia : APO.

Harrison Manual De Medicina 18° Edicion . (2013). *Harrison. Manual de medicina*. McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.

MSP, m. d. (2 de Noviembre de 2017). *Guía de prevención y control de la transmisión*

MATERNO INFANTIL DEL VIH Y SÍFILIS CONGÉNITA, Y DE ATENCIÓN INTEGRAL DE NIÑOS/AS CON VIH/SIDA. Obtenido de World Wide Web (WWW):

http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_VIH_PTMI_ninos.pdf

Organizacion panamericana de la Salud . (mayo de 2009). *guia clinca para la eliminacion de la transmision maternoinfantil del VIH y de sifilis vongenit en america latina y el caribe .*

Obtenido de World Wide Web (WWW):

https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-sifilis&alias=78-guia-clinica-para-la-eliminacion-de-la-transmision-maternoinfantil-del-vih-y-de-la-sifilis-congenita&Itemid=219&lang=es

Protocolo de Vigilancia en Salud Publica , s. (2015).

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/protocolo-vigilancia-sifilis-gestacional.pdf>. colombia : direccion de redes de salud.

salud, o. m., & [https://www.who.int/es/news-room/detail/30-08-2016-growing-antibiotic-](https://www.who.int/es/news-room/detail/30-08-2016-growing-antibiotic-resistance-forces-updates-to-recommended-treatment-for-sexually-transmitted-infections)

[resistance-forces-updates-to-recommended-treatment-for-sexually-transmitted-infections.](https://www.who.int/es/news-room/detail/30-08-2016-growing-antibiotic-resistance-forces-updates-to-recommended-treatment-for-sexually-transmitted-infections)

(2016). *La creciente resistencia a los antibióticos obliga a actualizar las*

recomendaciones sobre el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. ginebra :
comunicado de prensa .

<http://hglpsalud.gob.ec>

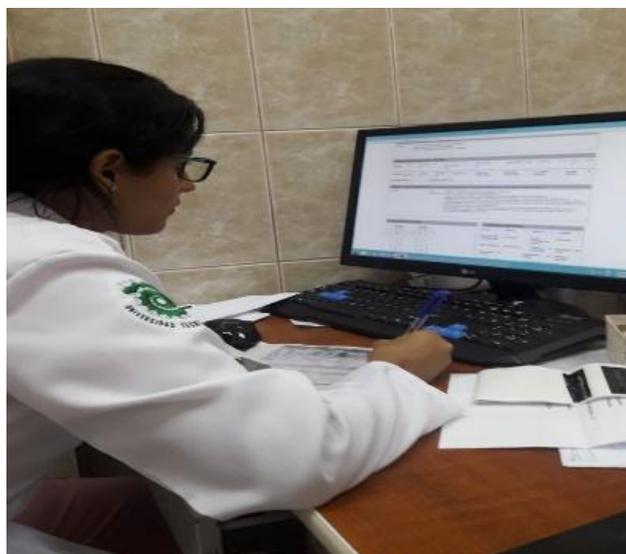
Anexo

Ilustración 1 toma de signos vitales (score mama) a primigesta de 21 años de edad que al momento cursa con embarazo de 36 semanas de gestación por fecha de última menstruación.



Datos obtenidos (Fuente autoría propia)

Ilustración 2 elaboración del ingreso de la paciente



Datos obtenidos (Fuente autoría propia)