



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE OBSTETRICIA



**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCION DEL GRADO ACADÉMICO DE OBSTETRA.**

TEMA:

**SIFILIS EN PRIMIGESTA ADOLESCENTE DE 17 AÑOS CON 28 SEMANAS DE
GESTACIÓN**

AUTOR:

NAOMY SOLANGE TORO ZAMBRANO

TUTOR:

DR. GEORGETOWN TAPIA MESTANZA

BABAHOYO - LOS RÍOS

2019

Índice

DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
TEMA	V
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN	VIII
I. MARCO TEÓRICO	1
1.1. JUSTIFICACIÓN	14
1.2. OBJETIVOS	15
1.2.1. OBJETIVO GENERAL.....	15
1.2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO.....	15
1.3. DATOS GENERALES	16
II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	17
2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.	17
2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE LA PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).	18
2.3. EXAMEN FÍSICO.	19
2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.	21
2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.	22
2.6. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.	23
2.7. INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.	23
2.8. SEGUIMIENTO	24
2.9. OBSERVACIONES	27
CONCLUSIONES	29
RECOMENDACIONES	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
ANEXOS	34

DEDICATORIA

A Dios, por guiarme y bendecirme en cada paso de mi formación profesional. A mis padres, por ser pilar fundamental y demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias. A mi hermana, por transmitirme siempre su alegría. A mi novio, por su paciencia y ayuda en este arduo proceso. A mi abuelito Augusto, por amarme y enseñarme tanto de la vida.

A mi abuelita Nelly, a pesar de nuestra distancia física, siento que está a mi lado y aunque nos faltaron muchas cosas por vivir, sé que este momento hubiera sido muy especial como lo es para mí.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por haberme permitido vivir esta maravillosa experiencia, al ser inspirador y fuerza cada mañana para continuar con mi formación profesional y personal.

A mis padres, Raúl y Yoshua, por todo su esfuerzo y amor durante todos los años de estudio, por los consejos, motivaciones y oraciones.

A mi hermana, Nicole, fuente de alegría en mi vida y motivo para continuar.

A mi novio, Ricardo, con su amor y ayuda hizo posible orientarme en este caso clínico.

A cada una de las personas que hicieron posible la realización de este trabajo, en especial a mi tutor, el Dr. Georgetown Tapia Mestanza, agradezco su tiempo y respeto para coordinar este proceso.

TEMA

SIFILIS EN PRIMIGESTA ADOLESCENTE DE 17 AÑOS CON EMBARAZO DE 28 SEMANAS

RESUMEN

Actualmente manejar temas relacionados con embarazos en adolescentes suele ser motivo de complejidad por el alto riesgo que implica la gestante, pues su cuerpo no está física ni psicológicamente desarrollado para ser portadora de una nueva vida. Los adolescentes a pesar de tener la oportunidad de informarse acerca de educación sexual a través de distintos medios informativos, además del acceso a métodos anticonceptivos gratuitos en los diferentes centros de salud del país, de cualquier manera mantienen en aumento el número de embarazos en adolescentes entre 12 y 18 años.

Las condiciones en las que la adolescente se embaraza representan también un alto índice de morbilidad, pues en ocasiones ocurren por abuso sexual, falta de información y de acceso a métodos anticonceptivos.

Ecuador tiene la tasa más alta de embarazo adolescente de América Latina y el Caribe, según el último informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), denominado “El poder de decidir. Los derechos reproductivos y la transición demográfica”. (Médica, 2018)

Esta realidad se acompaña del hecho de que actualmente a esta condición se le suman infecciones de transmisión sexual, entre ellas, sífilis, una enfermedad infecto-contagiosa causada por el *Treponema Pallidum*, que si no es diagnosticada oportunamente puede traer consigo consecuencias graves, estas constituyen un problema de salud a nivel mundial y en nuestra región, conservando un alto índice de probabilidad para transmisión vertical.

La sífilis congénita se debe al paso transplacentario del *Treponema Pallidum*, aunque también puede producirse por contacto directo con una lesión en el momento del parto. Generalmente no se da la transmisión por lactancia materna.

Palabras claves: Adolescente, sífilis, *Treponema Pallidum*, Transmisión vertical, Diagnostico.

ABSTRACT

Currently, managing issues related to teenage pregnancies is usually a matter of complexity due to the high risk that the pregnant woman implies, since her body is not physically or psychologically developed to be a carrier of a new life. Adolescents, despite having the opportunity to inform themselves about sexual education through different information media, in addition to access to free contraceptive methods in the different health centers of the country, in any case they keep increasing the number of teenage pregnancies between 12 and 18 years old.

The conditions in which the adolescent gets pregnant also represent a high morbidity index, because sometimes they occur due to sexual abuse, lack of information and access to contraceptive methods.

Ecuador has the highest teenage pregnancy rate in Latin America and the Caribbean, according to the latest report of the United Nations Population Fund (UNFPA), called “The power to decide. Reproductive rights and the demographic transition”. (Médica, 2018)

This reality is accompanied by the fact that sexually transmitted infections are currently added to this condition, including syphilis, an infectious-contagious disease caused by *Treponema Pallidum*, which if not diagnosed in a timely manner can lead to serious consequences, these constitute a health problem worldwide and in our region, keeping a high probability index for vertical transmission.

Congenital syphilis is due to the transplacental passage of *Treponema Pallidum*, although it can also be caused by direct contact with an injury at the time of delivery. Transmission by breastfeeding generally does not occur.

Keywords: Adolescent, syphilis, *Treponema Pallidum*, Vertical transmission, Diagnostic.

INTRODUCCIÓN

El nombre «sífilis» fue creado por el poeta y cirujano veronés Girolamo Fracastoro en su poema en latín Syphilis sive morbus gallicus ('Sífilis o la enfermedad francesa') en 1530. La Sífilis está producida por el Treponema Pallidum, una bacteria espiral o espiroqueta que mide de 6 a 15 micras de longitud por 0,25 micras de grosor. Es una enfermedad sistémica cuyo mecanismo de transmisión es el contacto directo e íntimo con lesiones que liberan treponemas. También se produce la transmisión materno-fetal y muy ocasionalmente se produce el contagio mediado por transfusión sanguínea o a través de pequeñas abrasiones de la epidermis que se ponen en contacto con lesiones sifilíticas.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, cada día se registra cerca de un millón de nuevos casos de enfermedades de transmisión sexual consideradas "curables". Se estima que, en 2016, hubo unos 376 millones de nuevas infecciones de alguna de estas cuatro ITS: clamidiasis (127 millones), gonorrea (87 millones), sífilis (6,3 millones) y tricomoniasis (156 millones). (OMS, 2019)

Cabe recalcar que el tema de caso clínico se dio en base a adolescente de 17 años con 28 semanas de gestación por fecha de última menstruación, acude al hospital auto referida por presentar dolor en hipogastrio y prurito en vulva acompañado de salida de leucorrea, agrega que hace aproximadamente una semana presenta un tipo de salpullido en plantas de las manos y pies que pasaron desapercibidas, confirma que no tiene controles prenatales.

1. MARCO TEÓRICO

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia. (OMS, 2019)

Manejar temas de sexualidad con los jóvenes es complejo, más aún cuando el inicio de las relaciones sexuales se da en temprana edad y no han tenido una educación sexual comprometida a evitar embarazos no planificados, uso de métodos anticonceptivos o prevención de enfermedades de transmisión sexual, es por eso la importancia de coordinar junto con los adolescentes acciones que puedan reducir riesgos en sus vidas.

Los adolescentes son el grupo más vulnerable a padecer infecciones de transmisión sexual porque sus conductas sexuales no llevan consigo las responsabilidades que amerita, educar a los jóvenes es una estrategia fundamental para prevenir su transmisión y crear hábitos saludables, consiguiendo así un estilo de vida provechoso.

Las enfermedades de transmisión sexual se encuentran en aumento, posiblemente debido a que las personas son sexualmente más activas y tienen varias parejas sexuales durante sus vidas, afectan a hombres y mujeres de cualquier origen o condición social.

Muchas enfermedades de transmisión sexual no producen síntomas al inicio. Además, muchos síntomas pueden confundirse con los de otras enfermedades que no se transmiten por

contacto sexual, especialmente en las mujeres. Incluso las enfermedades que no presentan síntomas pueden ser contagiosas y posteriormente provocar problemas serios de salud.

A pesar de que el diagnóstico es sencillo y el tratamiento accesible, en la actualidad es un problema de salud pública, poniendo en evidencia diferentes barreras institucionales y estructurales como también subjetivas (vergüenza, miedos, estigmatización, condiciones sociales de vida) que dificultan la consulta y el acceso a los servicios de salud. (ministerio de salud publica y desarrollo social, 2019)

Cada año, una de cada 20 adolescentes contrae una infección bacteriana por contacto sexual, y se observan infecciones a edades cada vez más tempranas. La concientización y la información sobre las infecciones de transmisión sexual y la manera de prevenirlas en la adolescencia deben formar parte de todos los servicios de salud sexual y de la educación sobre la salud sexual. (OMS, 2016)

Promover el uso de preservativos o incluso la abstinencia sexual es uno de los principales objetivos, respetar los derechos y decisiones de los adolescentes nos permitirán gozar de su confianza y poder junto a ellos establecer un modelo de responsabilidad compartida con su pareja.

En el 2014, 49,3 de cada 100 hijos nacidos vivos fueron de madres adolescentes, de hasta 19 años. Si se toma en cuenta los rangos de edad, las progenitoras menores de 15 años, representan el 3%. Las madres entre 15 y 17 años conforman el 23%. Mientras que las mamás de entre 18 y 19 años ocuparon el 23.3%. Según el informe, en total, 12 de cada 100 adolescentes de 12 a 19 años son madres. (Comercio, 2018)

La investigación también trae un dato que preocupa a las autoridades de Salud. En los últimos 10 años, el incremento de partos de adolescentes de entre 10 y 14 años fue del 78%. Ese mismo indicador, en adolescentes de entre 15 y 19 años se ubicó en el 11%.

Las cifras también revelan que 49 de cada 100 mujeres que son madres en el país tuvieron su primer hijo entre los 15 y 19 años. (Comercio, 2018)

El embarazo en la adolescencia es de por sí un problema grave de salud pública y más aún si este va acompañado de enfermedades de transmisión sexual, implican un alto riesgo para la salud materna y fetal, es por tal razón que constantemente se realizan campañas o charlas en diversos centros educativos despejando dudas de los jóvenes y además entregando información importante acerca de acceso gratuito a métodos de planificación familiar en los diferentes centros de salud del País.

Los números nos alertan, sin embargo, manejar a una adolescente embarazada, involucra a un equipo de salud (Médico, Obstetra, Enfermera, Psicólogo y Odontólogo) que ofrezca una atención integral eficiente y eficaz para así controlar y dirigir a la paciente según su condición y necesidades. Hay que recordar la importancia que tiene realizarse pruebas de tamizaje para diagnosticar enfermedades de transmisión sexual oportunamente, deben estar regidas a efectuarse en la primera consulta prenatal, siempre entregando información veraz y con pleno consentimiento de la paciente.

Cuando realizamos las pruebas de tamizaje VDRL para sífilis a las embarazadas y esta prueba resulta ser positiva, debemos enfocarnos en analizar las medidas oportunas y conocer todos los datos personales de la paciente, además poder informar a la adolescente con términos que pueda entender. La Sífilis es una infección de transmisión sexual que continua vigente en nuestro medio en gran mayoría en adolescentes entre 15 y 19 años.

La sífilis es un problema de salud pública, es una infección que se produce por contacto sexual, por medio de transmisión vertical o durante el periodo expulsivo del trabajo de parto. Las mujeres embarazadas con sífilis pueden transferirla a sus hijos causando sífilis congénita con serios resultados adversos para el embarazo en más del 80% de los casos.

La sífilis gestacional sin tratamiento puede producir aborto, muerte fetal, muerte neonatal, parto prematuro, bajo peso al nacer e infección congénita con diversos grados de afectación. A pesar de la existencia de medidas efectivas de prevención y opciones de tratamiento relativamente baratas, la sífilis sigue siendo un problema global con alrededor de 12 millones de infectados por año.

ETIOLOGÍA

Cabe recalcar nuevamente que la enfermedad es producida por la espiroqueta *Treponema Pallidum*, la sífilis puede ser adquirida por contacto sexual, vía intrauterina a través de la placenta o cuando el recién nacido atraviesa el canal del parto, por contacto íntimo con una lesión activa, por transfusión de sangre humana contaminada con el microorganismo o por inoculación directa accidental por un pinchazo con una aguja o durante la manipulación de material clínico infectado. (Odero, 2017)

EPIDEMIOLOGÍA

Sífilis, es una infección bacteriana producida por la espiroqueta *Treponema Pallidum*, la importancia de su diagnóstico oportuno radica en el hecho de poder prevenir problemas de salud mucho más graves y transmisión vertical en el caso de las mujeres embarazadas portadoras de esta bacteria.

En 2014, según los cálculos, en América Latina y el Caribe había todavía 2,7 millones de embarazadas que no habían recibido ninguna prueba de sífilis durante la gestación (Lazarte, 2018) (Albornoz)

Se advierte que los nuevos casos de sífilis congénita en América Latina y el Caribe se duplicaron desde 2010, cuando se reportaron 10.850 casos, y muestran un aumento sostenido desde entonces. En 2015, se estima que nacieron 22.400 niños con sífilis. Ese año, el 83% de las embarazos en los servicios de atención prenatal se hicieron la prueba para detectar la

sífilis y el 84% de las positivas recibieron tratamiento, porcentajes que se han mantenido estables en cinco años. Actualmente, la cantidad de niños nacidos con sífilis congénita en la región (170 por cada 100.000 nacidos vivos) triplica la meta de eliminación (50 por cada 100.000). (OPS, 2015)

La transmisión al feto ocurre en el 50-80% de los casos en que la madre se encuentra en las fases primaria, secundaria o latente, y tiene lugar en cualquier momento de la gestación, sobre todo después de las 16 semanas. (Uzandizaga & y de la Fuente)

SÍFILIS MATERNA

Toda mujer embarazada, puérpera o con aborto reciente con evidencia clínica (úlceras genitales o lesiones compatibles con sífilis secundaria) y/o prueba treponémica (incluidas pruebas treponémicas rápidas) o no treponémica positiva o reactiva, que no ha recibido tratamiento adecuado para sífilis durante la presente gestación. (OPS, 2016)

FISIOPATOLOGÍA

El *Treponema pallidum* atraviesa rápidamente las mucosas íntegras o soluciones de continuidad de la piel e invade el tejido linfático. El tiempo de incubación es inversamente proporcional al tamaño del inóculo, y en el hombre es de 21 días para una inoculación promedio de 500 a 1000 microorganismos. Para que aparezca lesión clínica se requiere una concentración tisular de 10⁷ microorganismos por gramo de tejido. El estado primario se refiere a la lesión primaria: chancro, que aparece en el sitio de inoculación y que luego de 2 a 6 semanas desaparece espontáneamente, compromiso regional ganglionar linfático.

La sífilis secundaria o diseminada aparece 3 a 6 meses después de desaparecido el chancro, y se caracteriza por manifestaciones generales, mucocutáneas y parenquimatosas que se relacionan con la mayor tasa de *Treponema Pallidum* en el cuerpo y paradójicamente con la

máxima respuesta inmune contra el *Treponema Pallidum*. Estas lesiones remiten en 2 a 6 semanas para entrar en la fase latente que sólo se diagnostica por serología.

El 25% de los enfermos presenta posteriormente una recaída dentro de los 2 a 4 años siguientes a la infección, y de éstas, el 75 a 90% ocurre durante el primer año. Esto origina los criterios de división para la fase latente. La división se considera en los primeros dos años, porque en este lapso la recaída es posible y posteriormente es muy poco probable una manifestación secundaria. Sífilis tardía (latente después de 2 años) se refiere a la condición clínica o subclínica que se presenta en un tercio de los pacientes no tratados. Estas lesiones comprometen la vasa vasorum de la aorta y SNC; el resto consiste en las gomas que pueden comprometer cualquier parte del cuerpo pero principalmente la piel, hígado, huesos y bazo.

ETAPAS Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS

SÍFILIS PRIMARIA

Tras el periodo de incubación promedio de 3 semanas aparece la lesión primaria o chancro inicial que se desarrolla en el lugar de inoculación de las espiroquetas. Estas lesiones aparecen inicialmente en forma de pápula única, después se erosionan para convertirse en una úlcera de base lisa, indurada, no exudativa y poco o nada dolorosa con bordes sobre elevados.

Un aspecto característico de la lesión clínica es que apenas presenta sangrado cuando se raspa la úlcera. Los genitales externos son los lugares más frecuentes donde aparece la lesión indurada, seguidos del cuello uterino, boca, área perianal, conducto anal etc. En los pacientes inmunodeprimidos pueden aparecer lesiones múltiples, especialmente en pacientes infectados por el VIH. Las variaciones en la presentación clínica dependen del número de treponemas inoculadas, del estado inmune del paciente, del tratamiento antibiótico intercurrente y de si la lesión sufre una infección secundaria.

En estas lesiones están presentes numerosas espiroquetas que pueden diseminarse por el organismo a través del sistema linfático y de la sangre. En la mayoría de los pacientes se desarrollan linfadenopatías regionales indoloras entre 1 y 2 semanas después de la aparición del chancro, consistente en un aumento moderado de un ganglio linfático, que no es supurativo, y que representa un foco local para la proliferación de las espiroquetas. El hecho de que la úlcera se cure de manera espontánea, sin lesión residual, a lo largo de los dos meses siguientes proporciona al paciente una sensación de falso alivio. (Odero, 2017)

SÍFILIS SECUNDARIA

Esta ocupa un lugar en la historia de la medicina como "la gran simuladora". Las lesiones clásicas ocurren en la piel y no son pruriginosas: máculas, pápulas, maculo pápulas, y pústulas (no hay vesículas). Cualquier región del cuerpo puede comprometerse, siendo la afección de palmas y plantas lo que sugiere el diagnóstico. En zonas húmedas y calientes como la vulva, ano, cara interna de muslos y pliegues intermamarios, estas lesiones confluyen y se erosionan transformándose en condilomas planos con gran poder. En las mucosas (vagina, boca) se producen erosiones superficiales llamadas placas mucosas (10 a 15%). Ambas lesiones son indoloras a menos que se sobre infecten. En el compromiso sistémico, destaca el SNC (30 a 40% por LCR después del año de contagio), lo que determina la división del régimen terapéutico a este nivel de evolución de la enfermedad. Pueden comprometerse también el sistema linfático, pelo, hígado, ojos, huesos y articulaciones. Durante las recaídas, los condilomas planos y las lesiones cutáneas infiltradas son especialmente frecuentes.

SÍFILIS LATENTE

Es el período caracterizado por la ausencia de manifestaciones clínicas, que no implica una falta de progresión de la enfermedad, con pruebas serológicas positivas. Durante la sífilis

latente puede producirse una recaída, más frecuente en el primer año, y cada recurrencia será menos florida. Este periodo de recidivas se divide en estadio latente temprano en el primer año (recaídas posibles) y latente tardío (recaída menos probables) tras el segundo año.

El 75% de las recaídas ocurren durante el primer año y son probablemente consecuencia de una disfunción de la inmunidad celular. La sífilis latente tardía se refiere a la enfermedad terciaria que es una enfermedad inflamatoria lentamente progresiva que puede afectar a cualquier órgano. Esta fase suele ser referida como neurosífilis, sífilis cardiovascular o goma. La sífilis latente inicial se presenta en el primer año tras la infección, mientras que la sífilis latente tardía se inicia años después de la infección en el paciente no tratado y se acompaña de inmunidad relativa frente a la recidiva infecciosa y a un incremento en la resistencia frente a la reinfección. Durante esta fase, *Treponema pallidum* aún puede diseminarse de manera intermitente a través del torrente sanguíneo y las mujeres embarazadas con sífilis latente pueden infectar al feto intraútero. Además, se han observado casos de transmisión de la sífilis por transfusión de sangre de pacientes con sífilis latente de muchos años de duración. La sífilis latente tardía no tratada presenta tres formas posibles de evolución:

- 1) Persistir durante toda la vida del paciente infectado,
- 2) evolucionar hacia sífilis tardía
- 3) resolverse espontáneamente.

Cerca del 70% de los pacientes con sífilis latente no tratada, nunca presenta signos clínicos de sífilis tardía, aunque la curación espontánea es dudosa. (Del Valle Odero Bernal, 2017)

SÍFILIS TERCIARIA

Se presenta hasta en el 40% de las personas infectadas que no recibieron el tratamiento específico. Las manifestaciones clínicas más frecuentes de este estadio son las complicaciones cardiovasculares, las lesiones neurológicas y los gomas sífilíticos.

SÍFILIS DURANTE EL EMBARAZO

El curso de la sífilis no se altera por el embarazo, pero los errores diagnósticos son comunes. El chancro frecuentemente pasa inadvertido o es interno. Con frecuencia se piensa que los chancros, placas en las mucosas y condiloma plano son herpes genital. El efecto de la sífilis sobre el resultado del embarazo puede ser profundo. El riesgo de infección fetal depende del grado de espiroquetemia materna y de edad gestacional del feto. Las treponemas pueden cruzar la placenta en todas las etapas del embarazo; pero la afección fetal es poco común antes de las 18 semanas debido a la inmadurez de la competencia inmunitaria fetal. Después de las 18 semanas, el feto es capaz de producir una respuesta inmunitaria y puede producirse daño tisular. Mientras más temprana sea la edad fetal, más grave es la infección fetal y mayor el riesgo de parto prematuro u óbito. Se puede producir infección placentaria, con endarteritis, hiperplasia del estroma y vellosidades inmaduras. El aborto espontáneo, la muerte fetal y la muerte neonatal son más frecuentes en cualquier paciente no tratada, mientras que la infección neonatal es más probable en la sífilis primaria o secundaria que en la sífilis latente. Los recién nacidos con sífilis congénita pueden estar asintomáticos o tener los signos clásicos del síndrome, aunque la mayoría de los recién nacidos no desarrolla indicios de la enfermedad durante los 10 a 14 días posteriores al parto. Los indicios tempranos de la enfermedad comprenden exantema maculopapular, moqueo, zonas irregulares de la mucosa en la bucofaringe, hepatoesplenomegalia, ictericia, linfadenopatía y coriorretinitis. Los signos que aparecen

posteriormente comprenden dientes de Hutchinson, molares de forma de mora, nariz en silla de montar y espinillas en forma de sable. (Guerrero & Quishpe, 2013)

DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS EN LA GESTANTE

El diagnóstico de la infección en la gestante es el primero y uno de los más importantes pasos en la prevención de la transmisión materno infantil de la sífilis congénita; se realiza mediante pruebas serológicas, que deben hacerse en la primera visita de control prenatal (antes de la 20 semana de gestación). Si es negativa, se debe repetir durante el tercer trimestre y al momento del parto o puerperio previo al alta. Si es positiva, se aplicaran las medidas de tratamiento y prevención. Si la mujer presenta riesgo de exposición, deben solicitarse más controles.

También se recomienda la realización de la serología a la pareja y a todos los contactos sexuales, si los hubiera, y administrar el correspondiente tratamiento en caso necesario. La falta de tratamiento de la pareja es la principal fuente de reinfección durante el embarazo.

Las pruebas de diagnóstico de sífilis son de dos tipos:

- Treponémica (T), incluyendo pruebas rápidas
- No treponémica (NT)

Las pruebas no treponémicas incluyen el VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) y el RPR (Reagina Plasmática Rápida). Una prueba no treponémica reactiva puede indicar infección actual, infección reciente tratada o no tratada, o un resultado falso positivo. Los resultados falsos positivos ocurren en 1 al 3% de la población, como en el caso de pacientes con colagenopatias, y, en general, tienen un título bajo.

Las pruebas treponémicas son pruebas específicas, e incluyen el FTA Abs (fluorescent treponemal antibody absorption) y el MHA-TP (Micro Hemagglutination Assay for Antibodies to Treponema Pallidum). Se utilizan para confirmar un resultado de una prueba no treponémica. Estas pruebas persisten positivas independientemente del tratamiento y pueden

observarse falsos positivos (menos del 1%) en otras enfermedades por espiroquetas (leptospirosis, enfermedad de Lyme, fiebre por mordedura de ratas); en estos casos, suelen estar presentes otros antecedentes.

Así, si una prueba treponémica es positiva, y no se refiere tratamiento previo y/o no se dan las condiciones citadas se debe tratar. (MSP)

La detección selectiva materna se recomienda a todas las embarazadas en la primera visita prenatal, normalmente debe realizarse una prueba serológica denominada VDRL, que ponen de manifiesto la existencia de anticuerpos, en los casos positivos para descartar falsos diagnósticos se debe hacer una prueba de confirmación para el treponema, como FTA-ABS. (Uzandizaga & y de la Fuente)

Si la prueba no treponémica resulta reactiva en una embarazada, es recomendable la prueba confirmatoria, tamizar para otras enfermedades de transmisión sexual y dar oportuno tratamiento integral a la paciente, además realizar tamizaje de VDRL también a su pareja con el fin de evitar su reinfección. Lo recomendable es poder prevenir de esta manera la transmisión vertical. En caso de resultado no reactivo, es importante dar seguimiento realizando las pruebas de tamizaje en cada trimestre del embarazo inclusive antes y luego del parto.

TRATAMIENTO DE SÍFILIS EN LA GESTANTE

El manejo de la sífilis gestacional debe incluir el tratamiento farmacológico, la búsqueda de otras ITS, y la educación sexual y reproductiva. El tratamiento farmacológico debe hacerse siempre con penicilina, desensibilizando por vía oral en caso de alergias. El tratamiento se prescribe en función de la edad gestacional. Si existe amenaza de parto pre término, se

considerará como embarazo de alto riesgo. Debe intentarse el diagnóstico del compromiso fetal.

El tratamiento debe iniciarse de inmediato, después de obtener el resultado de la prueba presuntiva, prioritariamente en el primer nivel de atención a menos que las condiciones de la mujer exijan una atención de mayor complejidad.

Gestante con menos de 34 semanas de gestación, diagnosticada como sífilis latente tardía, latente indeterminada o terciaria debemos administrar Penicilina Benzatínica, 2 400 000 UI cada semana durante tres semanas. Vía Intramuscular.

Gestante con menos de 34 semanas de gestación, diagnosticada como sífilis primaria o secundaria, o latente temprana se administra una dosis de Penicilina Benzatínica, 2 400 00 UI, dosis única vía Intramuscular.

Gestante con 34 o más semanas de gestación administración de Penicilina Cristalina 4 000 000 cada cuatro horas. Vía intravenosa, por 10 a 14 días.

En caso de Neurosífilis se administrará penicilina cristalina 4 000 000 cada cuatro horas. Vía Intravenosa, por 10 a 14 días. (OMS, 2016)

En caso de alergia a la penicilina, como alternativa podría utilizarse ceftriaxona 2g/día por vía intravenosa durante 14 días o emplear doxiciclina durante dos semanas en sífilis temprana y durante cuatro semanas en sífilis latente tardía. (OPS, 2016)

REACCIÓN DE JARISCH HERXHEIMER

Es una reacción que se caracteriza por fiebre mialgia, cefalea, malestar general en las primeras 24 horas (2 a 24 horas después) luego de la aplicación de la primera dosis penicilina debido a la destrucción de las espiroquetas. Puede durar hasta 24 a 48 horas, es auto limitada. Es más frecuente cuando el tratamiento se inicia en las etapas tempranas de la sífilis: primaria y secundaria. El tratamiento recomendado es reposo y tratamiento sintomático para la fiebre y el dolor. En el caso de las pacientes embarazadas con sífilis primaria o secundaria, deben ser advertidas de que la reacción podría producir parto prematuro, sufrimiento fetal o aborto.

(OPS)

PREVENCIÓN

Los resultados para disminuir el número de enfermedades sobretodo en adolescentes, consiste en tomar varias medidas de precaución que puedan reducir el riesgo de embarazo adolescentes o infecciones de trasmisión sexual en los jóvenes que tienen vida sexual activa.

- Monogamia, es decir, enseñar a nuestros adolescentes la responsabilidad de tener una pareja estable.
- Uso de preservativo femenino o masculino, además de evitar embarazos no planificados, nos brinda protección de las Infecciones de trasmisión sexual.
- Evitar tener relaciones sexuales a temprana edad, entre más temprano, mayor probabilidades de contraer una ITS.
- Importante reconocer signos y síntomas de las infecciones de trasmisión sexual.
- Realizar periódicamente pruebas de tamizaje de ITS.

1.1. JUSTIFICACIÓN

Las recientes publicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que el 40% de los y las adolescentes sexualmente activos han contraído alguna Infección de transmisión sexual, lo cual representa un problema de la salud pública de gran magnitud en todo el mundo. La incidencia anual de los casos registrados fluctúa alrededor de 38 millones de ITS en la región de América Latina las cuales son tratables. Se estima que la mitad de los nuevos casos ocurren en jóvenes adolescentes de 15 a 24 años de edad. (Domingo, 2017)

En la adolescencia el número de infecciones de transmisión sexual aumenta, sumándole a estos casos, un embarazo precoz, generalmente ambas condiciones se convierten en complicaciones graves para la salud, de este punto parte la importancia de prevenir conductas o hábitos que orillen a los adolescentes a asumir una vida sexualmente activa sin conocer sus respectivas responsabilidades.

La sífilis ha sido determinada como una infección sistémica de evolución crónica que pasa por varios estadios y presentaciones clínicas, puede ser desde asintomática, hasta deterioro completo de las capacidades cognitivas y muerte. Conocida desde hace siglos por ser una enfermedad con manifestaciones.

1.2.OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

- Evidenciar el diagnóstico oportuno de sífilis mediante pruebas de laboratorio.

1.2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

- Determinar pruebas serológicas obligatorias a embarazadas en la primera consulta prenatal.

1.3. DATOS GENERALES

 **Nombres de la paciente:**

N.N

 **Edad**

17años

 **Sexo**

Femenino

 **Fecha de nacimiento**

24/03/2001

 **Lugar de nacimiento**

Santa Elena

 **Estado civil**

Unión Libre

 **Nivel de estudio**

Primaria

 **Nivel sociocultural/económico**

Recursos económicos bajos

 **Raza**

Mestiza

 **Religión**

Ninguna

 **Procedencia geográfica**

Comuna Chanduy, Provincia Santa Elena.

Características del hogar

Casa de caña, un solo ambiente cuarto pequeño con baño fuera de domicilio conectado a pozo séptico, electricidad, agua proveniente de pozo, no cuenta con servicio de internet ni teléfono convencional.

Cónyuge

N.N

Ocupación

Albañil/ trabajos eventuales.

Presupuesto mensual

Aproximado 250 dólares.

II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES.

HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.

Primigesta de 17 años con 28 semanas de gestación por fecha de última menstruación, acude auto referida desde la comuna Chanduy acompañada de familiar, por presentar cuadro clínico caracterizado por dolor tipo contráctil en hipogastrio con evolución de 12 horas aproximadamente, además acompañado de prurito vulvar y leucorrea amarillenta, agrega que hace aproximadamente una semana presenta un tipo de salpullido en plantas de las manos y pies, confirma que no tiene controles prenatales.

ANTECEDENTES FAMILIARES

- Madre Diabética e hipertensa

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

- Niega patologías

- Niega alergias
- Niega cirugías
- Niega hábitos tóxicos (drogas/alcohol)

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

- Fecha de última menstruación: 27 enero 2018
- Menarquia: 13 años
- Primera relación sexual: 15 años
- parejas sexuales: 2
- Frecuencia coital: 2 o 3 veces por semanas
- Gestas 0
- Papanicolaou: No
- Tipo de experiencia sexual: vaginal

2.2.PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE LA PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).

Primigesta con 28 semanas de gestación manifiesta dolor en hipogastrio tipo contráctil de 12 horas de evolución aproximadamente, además disminución de movimientos fetales, por tal razón acude acompañada por familiar a Emergencia Obstétrica.

Agrega a su cuadro clínico, salpullido en la planta de manos y pies, últimamente se ha sentido fatigada y según refiere ha tenido alza térmica no cuantificada ocasionalmente.

Paciente es ingresada a sala de Hospitalización Ginecológica por amenaza de parto pre término.

SCORE MAMÁ CERO

Presión arterial: 110/70

Frecuencia cardiaca: 88 latidos por minuto

Frecuencia respiratoria: 18 por minuto

Saturación: 98%

Temperatura: 36.5° centígrados

Estado de conciencia: alerta

Proteinuria: Negativa

Peso: 52 kilogramos - Talla: 1.55 centímetros

IMC: 22.5

Glasgow: 15; ocular 4, motora 6, verbal 5

2.3. EXAMEN FÍSICO.

General: paciente alerta, orientada en tiempo y espacio.

Cabeza: Normo cefálico, fascias pálidas, mucosas secas.

Cuello: normal, sin tumoraciones.

Tórax: campos pulmonares ventilados, buena expansibilidad, mamas turgentes normales.

Extremidades superiores: Presencia de salpullido en zona palmar de las manos.

Abdomen: altura uterina de 26 centímetros, producto único, vivo, longitudinal, cefálico, dorso derecho, frecuencia cardiaca fetal 140 latidos por minuto, se palpa dinámica uterina 1 contracción en 10 minutos de 30 segundos.

Pelvis:

-Vulva: se observa leucorrea y vulva enrojecida.

-especuloscopia: se evidencia cuello de nulípara, salida de secreción amarillenta en moderada cantidad, no fétida. No salida de líquido amniótico.

Tacto vaginal: cérvix central, dilatación 1 centímetro, 20% de borramiento, membranas íntegras.

Extremidades inferiores: simétricas, presencia de salpullido en zona plantar de los pies, sin presencia de edema.

2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

EXAMENES DE LABORATORIO

Leucocitos	7.000 ul
Glóbulos rojos	3.20
Hematocrito	34%
Hemoglobina	9.4 gr/dl
Plaquetas	277
Neutrófilos	52.3
Linfocitos	34.9%
Eosinofilos	0.25
Basófilos	0.02
Grupo Sanguíneo	O Positivo
VIH	No Reactivo
VDRL	Reactivo
Glucosa	75
Urea	28.52
Creatinina	0.89
TGO	30
TGP	34

INFORME ECOGRÁFICO

Producto único, vivo, cefálico, longitudinal, dorso derecho, presente actividad cardiaca 145 latidos por minuto.

Líquido amniótico normal 12 cc, no se observan malformaciones.

2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

- Embarazo de 28 semanas más insuficientes controles prenatales (Z35) más candidiasis (B37) más amenaza de parto pre término (O47)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Embarazo de 28 semanas más insuficientes controles prenatales (Z35) más herpes. (O26.4)

- Embarazo de 28 semanas más insuficientes controles prenatales (Z35) más dermatitis. (L23.9)

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

- Embarazo de 28 semanas más insuficientes controles prenatales más sífilis secundaria (O981) más amenaza de parto pre termino (O47) más anemia moderada. (O990).

(Riesgo Obstétrico #2)

2.6. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

Se dispone a valorar a la paciente general y ginecológicamente, encontrando una amenaza de parto pré termino, por lo que se da lugar al respectivo ingreso, exámenes de laboratorio y ecografía fetal.

Los factores de riesgo sumados a la ausencia o falta de controles prenatales son generalmente el origen de las patologías durante el embarazo, es recomendable que a las pacientes se les realice mínimo 5 controles durante el embarazo donde se evaluará integralmente a la gestante en aspecto obstétrico, general, psicológico y odontológico, a fin de evitar diferentes complicaciones incluidas las infecciones de transmisión sexual además diagnosticar y tratar oportunamente.

2.7. INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

Las altas probabilidades del feto/neonato de contraer Sífilis Congénita por medio de transmisión vertical o durante el periodo expulsivo del parto nos obligan como personal de salud a coordinar una atención integral especializada para la gestante, adecuándonos a sus condiciones y percibiendo cada uno de sus inconvenientes, más aún cuando se nos presenta un caso en adolescentes.

Es sumamente necesario aplicar pruebas de tamizaje para infecciones de transmisión sexual como sífilis durante el primer control prenatal, esta nos ayudará a determinar la importancia del diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado para la gestante. Prevenir es la meta, conseguir diagnosticar precozmente y reducir los factores de riesgo.

En este caso, la paciente fue detectada con Sífilis al realizarse por primera vez tamizaje para VDRL a las 28 semanas, no tuvo sintomatología alguna, a más de una secreción amarillenta que ella consideró dentro de lo normal, presentaba también dolor tipo contráctil que fue la razón por la que decidió acudir al hospital, se verifico por medio de exámenes de laboratorio que la paciente presentaba anemia moderada. Luego del completo diagnostico por cuadro clínico y laboratorio se da lugar a manejar oportunamente a la paciente dando seguimiento a las causas y posible morbilidad materno-fetal.

2.8. SEGUIMIENTO

DIA 1: INGRESO HOSPITALARIO

En primera instancia se ingresa a la paciente por amenaza de parto pre término, mientras se toman muestras sanguíneas y se esperan los resultados de laboratorio, se ofrece tratamiento tocolítico, Nifedipina 10 mg cada 20 minutos en 3 dosis y se realiza monitoreo fetal: reactivo, determinante de ingreso por presentar 1 contracción en 10 minutos de 30 segundos.

Se procede a Hidratación con cloruro de sodio 0.9% 1000ml a 40 gotas por minuto, se recomienda reposo absoluto y rastreo ecográfico.

Es importante manejar el esquema de maduración pulmonar, en este caso al tener una amenaza de parto pre término se administra: Betametasona 12 mg cada 24 horas en dos dosis, se aplica primera dosis, vía intramuscular.

Y pase a sala de Hospitalización, una vez que están listos los exámenes de laboratorio podemos determinar que la paciente presenta prueba serológica reactiva para Sífilis, además de anemia moderada.

Estos resultados dan alternativa para poder iniciar con tratamiento adecuado para sífilis, se administra Penicilina Benzatinica 2'400.000, STAT, vía intramuscular, tratada como sífilis secundaria por lesiones no pruriginosas en manos y pies.

Ingresamos todos los datos en la historia clínica en formulario 051 y evolución de enfermedad actual de la paciente.

DIA 2

Paciente se mantiene en reposo absoluto con dieta general, administrando:

- Tratamiento tocolítico Nifedipina 10 mg cada 8 horas.
- Hidratación: Solución Salina 0.9% 1000 ml a 30 gotas por minuto
- Monitoreo fetal: frecuencia cardiaca fetal 148 latidos por minuto, contracciones uterinas 1 en 10 minutos de 25 segundos.
- Paracetamol 1gramo por razones necesarias.
- Segunda dosis de Betametasona 12 mg para maduración pulmonar.
- Se instaura tratamiento con hierro 300mg en 300 cc de Solución Salina 0.9% pasar en 2 horas.

DIA 3

- Paciente continúa con tratamiento tocolítico, Nifedipina 10mg cada 8 horas.
- Se realiza monitoreo fetal, que registra frecuencia cardiaca fetal 150 latidos por minuto, no hay registro de contracciones uterinas.
- Se procede a realizar tacto vaginal, dilatación 1 centímetro 20% borramiento.
- Valoración de Score mamá diariamente.

DIA 4

- Paciente asintomática, estable, orientada en tiempo y espacio, en reposo absoluto y con dieta general.
- Mantiene hidratación con solución Salina 0.9% 1000 ml a 30 gotas por minuto.
- No se palpa dinámica uterina.
- Frecuencia cardiaca fetal 150 latidos por minuto.
- Se valora Score mamá.

DIA 5

- Previo a alta hospitalaria:
- paciente se mantiene estable, orientada en tiempo y espacio, asintomática.
- Se realiza toma de muestras sanguíneas.
- Se realiza referencia a consulta externa ginecológica.

DIA 6

- Alta hospitalaria:
- Paciente orientada en tiempo y espacio, estable, asintomática.
- Se realiza previo monitoreo: frecuencia cardiaca fetal 145 latidos por minuto, no registra contracciones uterinas.
- Biometría Hemática registra hemoglobina 10 gr/dl.
- Consejería nutricional.
- Signos de Alarma maternos.
- Prescripción de Tratamiento ambulatorio:

Paracetamol, 500 mg, 1 cada 8 horas por 3 días.

Hierro 60 mg más ácido fólico 0.04 mg por 30 días.

Hierro parenteral 300 mg en 300 cc de Solución Salina 0.9% dentro de una semana.

Seguimiento posterior e inicio de controles prenatales en consulta externa ginecológica.

2.9. OBSERVACIONES

Analizando el caso, el cuadro clínico de la paciente no manifestaba con gran certeza el diagnóstico de sífilis, afortunadamente pudo ser ingresada y valorada bajo consentimiento informado acerca de su estado de salud, posibles consecuencias y tratamiento instaurado, se mantuvo todos los protocolos del ministerio de salud pública para de esta manera concebir mejoras en la calidad de atención a las gestantes.

Cabe recalcar que la paciente continuó con seguimiento en consulta externa ginecológica de tercer nivel y administración de Penicilina Benzatinica 2'400.000 en 2 dosis, una cada semana según prescripción de especialista, se explicó también signos de alarma maternos, continuó tomando correctamente hierro más ácido fólico.

Generalmente al ser una adolescente con una infección de transmisión sexual, se procura a informar claramente su estado de salud y además iniciar tratamiento para su pareja, con el fin de evitar la reinfección.

Es importante que la paciente no se sienta discriminada o juzgada, como personal de salud nuestra misión es corroborar la evolución y término satisfactorio del embarazo, dejando claro las probabilidades de un parto normal, sin necesidad de cesáreas innecesarias.

La paciente, llego nuevamente a emergencia ginecológica, con embarazo a término de 39.2 semanas, con cérvix central, 6 centímetros de dilatación, borramiento del 70%, membranas integras. Se toman resultados de exámenes de laboratorio realizados hace 5 días, donde se aprecia:

- Leucocitos : 7.000
- Glóbulos rojos : 4.2
- Hematocrito: 35%
- Hemoglobina 11.6 gr/dl
- VIH: No Reactivo
- VDRL: Reactivo

Felizmente la paciente tuvo tratamiento y al final, parto vaginal, se obtuvo producto femenino con apgar 8/9, frecuencia cardiaca 155 latidos por minuto, 60 respiraciones por minuto, saturación 92%, reflejos presentes, peso 2.700 gramos, talla 50 centímetros, valorado por Ballard en 38 semanas.

La paciente quedó ingresada por 24 horas como es protocolo luego del parto, se realizó ecografía post parto, se valoró score mamá y se envió ácido fólico mientras continua con seguimiento por sífilis en lapsos de 3, 6, 9 y 12 meses.

En el momento del nacimiento se verificó que neonato presentaba labio leporino y paladar hendido, posibles consecuencias a causa de sífilis materna.

CONCLUSIONES

En muchos casos, la sífilis suele ser asintomática o dependiendo su estadio presentar una pequeña lesión con bordes que generalmente no causa dolor o prurito, Es importante que el personal de salud, reconozca clínicamente las manifestaciones que la paciente pueda referir para de esta manera poder llevar a cabo un diagnóstico precoz sobretodo en la adolescente embarazada, pues el alto riesgo de transmisión vertical puede resultar en complicaciones graves para el feto y neonato.

La transmisión de una infección sexual de la madre al niño puede causar defunción fetal o neonatal, prematuridad e insuficiencia ponderal al nacer, septicemia, neumonía, conjuntivitis neonatal y anomalías congénitas. En 2016, más de un millón de embarazadas tenían sífilis activa, que causó complicaciones en alrededor de 350 000 partos, entre ellas 200 000 muertes del feto o el recién nacido. (OMS, 2016)

Se insiste en la importancia del tamizaje a todas las mujeres embarazadas en el primer control prenatal, luego en los trimestres posteriores, antes del parto y luego de este.

RECOMENDACIONES

Se sugiere al personal de salud realizar prueba de tamizaje en gestantes en la primera consulta prenatal, fomentar conductas sexuales ordenadas con el fin de evitar la transmisión vertical o de otras infecciones de transmisión sexual, a las gestantes acudir de manera prioritaria a realizarse controles prenatales para prevención y control de diferentes patologías.

Es recomendable manejar los esquemas de diagnóstico y tratamiento oportuno para de esta manera priorizar la atención a gestantes con embarazos de alto riesgo.

Debemos dar seguimiento a las pacientes con Sífilis por un tiempo de aproximadamente 12 meses, realizando trimestralmente pruebas de VDRL.

Cabe recomendar pruebas serológicas para la pareja, y dependiendo el resultado, controlar y tratar par así, evitar reinfección en la paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Actualizaciones microbiológicas. (2019). <http://azkurs.org/actualizaciones-microbiologicas-pruebas-serologicas-para-la-si.html>
2. Albornoz, Lazarte. (2018) prevalencia de sífilis en puérperas sin control serológico en el último mes de gestación y estudio de su relación con factores de riesgo.
<http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen35/25-32.pdf>
3. Corporación Artieda. (2018). Infecciones de Transmisión Sexual lo que el pediatra de primaria debe saber. En AEPap curso de actualización pediátrica en 2018.
https://www.aepap.org/sites/default/files/201-207_infecciones_transmision_sexual.pdf
4. Editorial Océano. (2019). OPS advierte: casos de sífilis congénita en América Latina se duplicaron. <https://magazine.oceanomedicina.com.ar/actualidad/ops-advierte-casos-de-sifilis-congenita-en-america-latina-se-duplicaron>
5. El Comercio. (2018) Ecuador, tercer país en la región con la tasa más alta de embarazos entre 10 y 19 años obtenido de: <https://www.elcomercio.com/actualidad/ecuador-estadisticas-embarazo-adolescente-mama.html>.
6. Fundación Femeba. (2018). Ministerio de salud y desarrollo social.
<https://www.fundacionfemeba.org.ar/blog/farmacologia-7/post/nueva-guia-sobre-diagnostico-y-tratamiento-de-la-sifilis-46524>
7. Labaq. (2019). <https://labaq.com.ec/enfermedades-de-transmision-sexual/>
8. María Del Valle Odero Bernal. (2017). Estudio de las características clínico-microbiológicas de los pacientes con sífilis en el HUVV.
[https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/15058/TD_ODERO_BERNAL_Maria_d el_Valle.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/15058/TD_ODERO_BERNAL_Maria_del_Valle.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

9. Ministerio de Salud Pública. (2013). Guía de prevención y control de transmisión materno infantil de VIH y sífilis congénita, y de atención integral de niños/as con VIH/SIDA

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

10. Muñoz Victoria. (2017). Sífilis.

<https://mileon2.files.wordpress.com/2019/06/sc3adfilis1.pdf>

11. Organización Mundial de la Salud. (2019). Desarrollo en la adolescencia.

https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

12. Organización Mundial de la Salud. (2019). Infecciones de Transmisión Sexual. Datos y cifras. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)#](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)#)

13. Organización Panamericana de la Salud. (2016) La reducción de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis se desacelera en América Latina y el Caribe, advierte la OPS

[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13359:reduction-mother-to-child-transmission-of-hiv-and-syphilis-slows-down-in-latin-america-and-the-caribbean-warns-paho&Itemid=135&lang=es.](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13359:reduction-mother-to-child-transmission-of-hiv-and-syphilis-slows-down-in-latin-america-and-the-caribbean-warns-paho&Itemid=135&lang=es)

14. Stanford children´s Health. (2019). Enfermedades de transmisión sexual en adolescentes.

<https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=enfermedadesdetransmisionsexual-90-P04757>

15. Universidad de Chile. Manual de riesgo obstétrico.

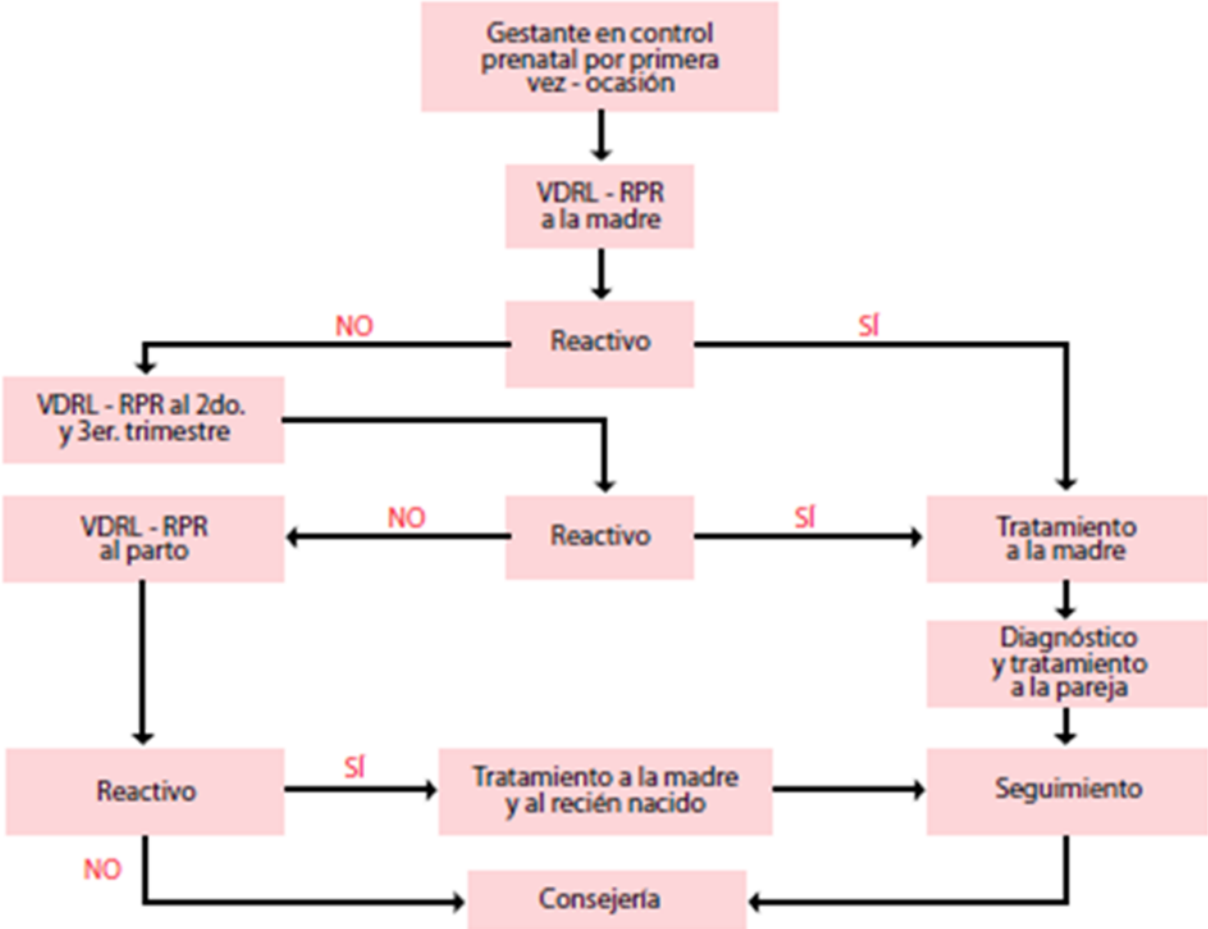
<http://publicacionesmedicina.uc.cl/AltoRiesgo/sifilis.html>

16. Usandizaga & de la Fuente (2016) Tratado de Obstetricia y Ginecología.

17. Redacción médica. (2018). <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-con-la-tasa-mas-alta-de-embarazo-adolescente-de-america-latina-93023>

ANEXOS

Figura 4. Algoritmo de diagnóstico de la sífilis en la gestante.



Fuente: Guía de prevención y control de transmisión materno infantil de VIH y sífilis congénita, y de atención integral de niños/as con VIH/SIDA

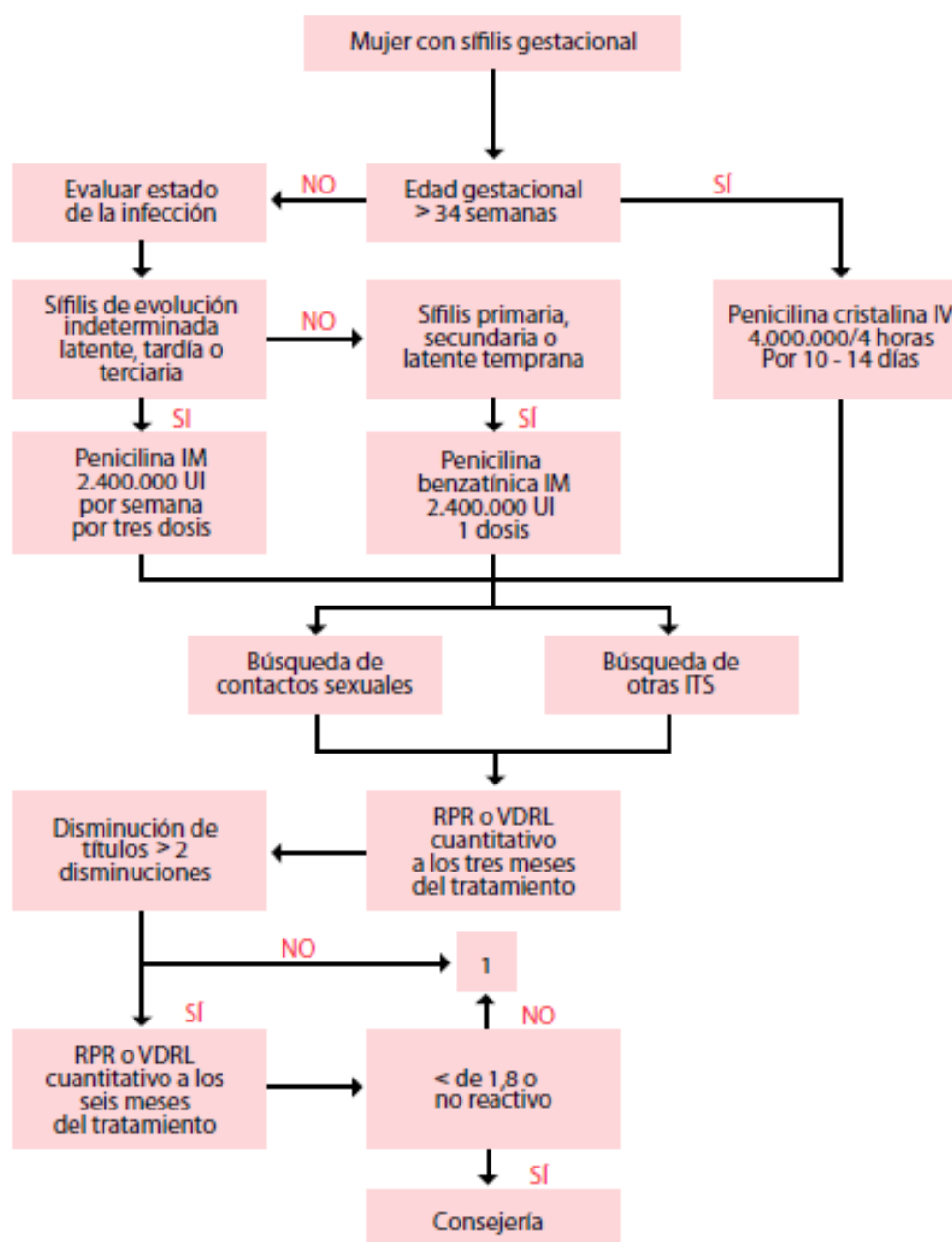
CRITERIOS	TRATAMIENTO
Gestante con menos de 34 semanas de gestación, diagnosticada como sífilis latente tardía, latente indeterminada o terciaria	Penicilina Benzatinica, 2 400 000 UI cada semana durante tres semanas. Vía IM.
Gestante con menos de 34 semanas de gestación, diagnosticada como sífilis primaria o secundaria, o latente temprana	Una dosis de Penicilina Benzatinica, 2 400 00 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

Figura 3. Ficha de diagnóstico y tratamiento de la sífilis en historia clínica perinatal

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

Fuente: Guía de prevención y control de transmisión materno infantil de VIH y sífilis congénita, y de atención integral de niños/as con VIH/SIDA

Figura 3. Flujograma de tratamiento de la sífilis gestacional



Fuente: Guía de prevención y control de transmisión materno infantil de VIH y sífilis congénita, y de atención integral de niños/as con VIH/SIDA