

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**  
**SEGUNDA ESPECIALIDAD**  
**OBSTETRICIA RIESGO OBSTETRICO**

**INFORME DE CASO CLINICO**

**SÍFILIS DURANTE LA GESTACIÓN QUE PROVOCÓ MUERTE NEONATAL**  
**EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA**

**Para optar el Título de Especialista en Riesgo Obstétrico**

**LIC: NEIRA VARILLAS MILAGROS ROCIO**

**Asesor**

Dr. Carlos Leonidas Rodríguez Chávez

**LIMA – PERÚ**

**2017**

## **JURADOS**

PRESIDENTE:

DRA. SABRINA YNÉS MORALES ALVARADO

SECRETARIO:

M.C WALTER ENRIQUE TAPIA NÚÑEZ

VOCAL:

M.C. ALDO CALERO HIJAR

Dedico a Dios por darme la oportunidad de guiarme, por estar conmigo en cada momento que lo necesito y permitirme cumplir mi meta.

Mi familia por el amor y apoyo incondicional que a diario me brindan, este logro se los debo a ellos por el sacrificio que hicieron.

Agradezco a Dios, por cuidarme siempre,  
permitiéndome culminar una de mis metas.

A las personas que conocí durante este  
tiempo brindándome su apoyo.

A los docentes personas con gran  
sabiduría que compartieron su grandes  
conocimientos y experiencias.

## INDICE

<b>RESUMEN</b>	Pag. 6
<b>ABSTRACT</b>	Pag. 8
<b>INTRODUCCIÓN</b>	Pag. 10
<b><u>CAPÍTULO I</u></b>	
<b>DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO</b>	Pag. 12
<b><u>CAPÍTULO II</u></b>	
<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN</b>	Pag. 21
<b><u>CAPÍTULO III</u></b>	
<b>ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN</b>	Pag. 22
<b>3.1 ANTECEDENTES NACIONALES</b>	Pag. 22
<b>3.2 ANTECEDENTES INTERNACIONALES</b>	Pag. 24
<b>3.3 MARCO TÉORICO</b>	Pag. 28
<b><u>CAPÍTULO IV</u></b>	
<b>DISCUSIÓN DE CASO CLÍNICO</b>	Pag. 32
<b><u>CAPÍTULO V</u></b>	
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	Pag. 37
<b>5.1 CONCLUSIONES</b>	Pag. 37
<b>5.2 RECOMENDACIONES</b>	Pag. 38
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	Pag. 40
<b>ANEXOS</b>	Pag. 43

## RESUMEN DEL CASO CLÍNICO

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual, producida por el *Treponema Pallidum*. Esta enfermedad tiene impacto en la salud de la gestante y recién nacido, por lo cual debe realizarse el tamizaje universal. Se presenta un caso de sífilis materna que provocó muerte neonatal por sífilis congénita, se describen las manifestaciones clínicas reportadas durante la atención prenatal y los errores operativos presentados por parte del sistema de salud en el presente caso.

El presente caso clínico, describe a una paciente de 29 años de edad con sífilis durante la gestación que produce muerte neonatal por sífilis congénita grave. Los antecedentes obstétricos del caso registran: dos hijos previos por parto vaginal; en el embarazo actual tuvo seis controles prenatales en CMI José Carlos Mariátegui con evaluación del equipo multidisciplinario. Durante el primer control no se logró realizar el tamizaje de sífilis por falta de reactivos, por lo que, la paciente es tamizada para sífilis de forma particular. El resultado del RPR cuantitativo resultó reactivo en ocho diluciones (DILS), motivo por el cual se deriva a la paciente al Hospital María Auxiliadora para la evaluación especializada, manejo y confirmación del resultado obtenido de forma particular. En dicho hospital de tercer nivel se realiza una prueba inmunocromatográfica (prueba rápida) para sífilis cuyo resultado fue no reactivo, debido al cual no se le indica tratamiento. En la novena semana de embarazo, la gestante presentó erupción cutánea en el abdomen sin prurito, acompañado de sensación de alza térmica, catalogada con un cuadro de dermatitis. Los controles prenatales subsiguientes estuvieron dentro de lo normal, y en la semana 32 de edad gestacional se realiza el segundo perfil materno, en el que, el RPR cuantitativo resultó reactivo en 16 DILS. Al tercer día de iniciado el tratamiento con penicilina

parenteral, la paciente retorna por emergencia con amenaza de parto prematuro y sufrimiento fetal agudo, siendo transferida de inmediato a un hospital de tercer nivel en donde se culminó el embarazo mediante cesárea de emergencia.

**PALABRA CLAVE:** Sífilis, sífilis congénita, embarazo.

## ABSTRACT

### SUMMARY OF THE CLINICAL CASE

Syphilis is a sexually transmitted disease, caused by *Treponema Pallidum*. This disease has an impact on the health of the pregnant woman and newborn, for which reason universal screening must be carried out. We present a case of maternal syphilis that caused neonatal death due to congenital syphilis, we describe the clinical manifestations reported during prenatal care and the operational errors presented by the health system in the present case.

The present clinical case describes a 29-year-old patient with syphilis during pregnancy that produces neonatal death due to severe congenital syphilis. The obstetric history of the case registers: two previous children by vaginal delivery; in the current pregnancy she had six prenatal check-ups at CMI José Carlos Mariátegui with multidisciplinary evaluation of the different teams. During the first control, syphilis screening was not achieved due to lack of reagents, so the patient is screened for syphilis in a particular way. The result of the quantitative RPR was reactive in eight dilutions (DILS), reason for which the patient is referred to the María Auxiliadora Hospital for specialized evaluation, management and confirmation of the result obtained in a particular way. In this third level hospital, an immunochromatographic test (rapid test) for syphilis is performed, the result of which was non-reactive, due to which treatment is not indicated. In the ninth week of pregnancy, the pregnant woman presented a skin rash without pruritus, accompanied by a sensation of thermal rise, cataloged with a picture of dermatitis. Subsequent prenatal controls were within normal, and at week 32 of gestational age the second maternal profile was performed, in which the quantitative RPR was reactive in 16 DILS. On the third day after the start of



treatment with parenteral penicillin, the patient returns by emergency with the threat of premature birth and acute fetal distress, being immediately transferred to a tertiary hospital where the pregnancy was completed by emergency caesarean section.

KEY WORD: Syphilis, congenital syphilis, pregnancy.

## INTRODUCCIÓN

La sífilis es una infección curable causada por una bacteria llamada *Treponema Pallidum*. Se transmite por vía sexual y también, durante el embarazo, de la madre al feto. Dado que la sífilis primaria causa úlceras genitales, conlleva un mayor riesgo de transmisión y adquisición de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana(1).

La mayoría de las personas con sífilis tienden a no estar informadas sobre su infección y pueden transmitirla a sus contactos sexuales o al feto, en caso de embarazo(1). Se ha descrito que el 60% [IC95%: 9-80%] de los compañeros sexuales desarrollarán la sífilis(2).

Una gestante con sífilis puede transmitir la infección al feto tan tempranamente como en la semana 9 de gestación, pero la transmisión tiene lugar generalmente luego de la semana 16. Esta patología puede diagnosticarse durante la gestación, puerperio inmediato o post aborto, pudiéndose encontrar en cualquiera de sus fases(3).

Se estima que más de 2 millones de mujeres gestantes en América Latina y el Caribe están infectadas con el *Treponema Pallidum*. A menudo, la infección materna ocasiona aborto o muerte del feto y puede causar la muerte del lactante debido al parto pre término de un recién nacido de bajo peso al nacer, o por enfermedad sistémica. La infección congénita puede producir manifestaciones tardías, entre ellas el ataque del sistema nervioso central y otros estigmas, como los dientes de Hutchinson, nariz en silla de montar, tibias en sable, queratitis intersticial y sordera. La sífilis congénita puede ser asintomática, especialmente en las primeras semanas de la vida(4).

Desde el año 2000 al 2014, se notificaron 6900 casos de sífilis congénita, de los cuales 6355 fueron notificados como casos confirmados y 545 como casos probables(5). En este contexto, revisamos la presente historia clínica a fin de identificar los puntos críticos que conllevaron al desenlace fatal del recién nacido cuya madre curso con sífilis durante el embarazo.

En tal sentido, se sustenta presente caso clínico de sífilis durante la gestación que provocó muerte neonatal en el Hospital María Auxiliadora.

## **CAPÍTULO I**

### **I ANAMNESIS**

#### **1.-FILIACIÓN:**

Apellidos y Nombres : P.C.M  
Edad : 29 años  
Estado Civil : Conviviente  
Ocupación : Ama de casa  
Grado de instrucción : Secundaria completa  
Religión : Católica  
Domicilio : AAHH José C. Mariátegui, Villa María Triunfo

#### **2.- ENFERMEDAD ACTUAL**

##### **a.- Motivo de atención:**

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

Fecha: 21/04/2015 Hora de atención: 14:49 horas.

Paciente referida del CMI José Carlos Mariátegui con Dx. Multigesta de 35 semanas x EG / disminución de movimientos fetales/ infección urinaria.

Paciente refiere pérdida de tapón mucoso acompañado de contracciones uterinas esporádicas, niega pérdida de líquido, niega otros síntomas de alarma.

Fecha de última menstruación (FUM): 20/08/2014.

Fecha probable de parto (FPP): 27/05/15.

Edad Gestacional (EG): 35 semanas por ecografía I trimestre.

## **b.- Historia de la enfermedad**

### **Atención CMI José Carlos Mariátegui (control prenatal e interconsultas)**

#### **1° Consulta (23/10/2014): Servicio de Ginecología**

Refiere amenorrea de 2 meses, náuseas y vómitos, no trae ningún examen de confirmación de embarazo. Plan de trabajo: ecografía transvaginal. Diagnóstico: gestación de 8 semanas.

#### **2° Consulta (25/10/2014): Servicio de Ginecología**

Diagnóstico: gestación de 8 semanas por fecha última menstruación y ecografía del primer trimestre. Descarte de infección urinaria.

#### **3° Consulta (27/10/2014): Servicio de Obstetricia**

Inicio del primer control prenatal. Peso: 66Kg; Talla: 1.53m; IMC: 28. Funciones vitales: PA: 90/60mmHg; P: 80x'; T: 36.5 °C.

Paciente refiere náuseas y vómitos. Prueba rápida de VIH no reactivo. Prueba rápida para sífilis no fue realizado por falta de insumo. Diagnóstico: gestante de 9.1 semanas por FUM/ tamizaje de VIH / riesgo de violencia basada en género.

#### **4° Consulta (31/10/2014): Servicio de Medicina General**

Erupciones en el abdomen, no pruriginoso, sensación de alza térmica, cefalea. Diagnóstico: D/C Dermatitis alérgica Vs D/C. Acarosis. Plan de trabajo: Examen de orina/ hemograma. Rp.: Clobetasol.

**5° Consulta (04/10/2014): Servicio de Odontología**

Diagnóstico: Caries dental.

**6° Consulta (04/11/2014): Servicio de Psicología**

Paciente refiere convivir con su segundo compromiso, con la cual tiene una mejor relación (no evidencia agresión física ni psicológica).

**7° Consulta (07/11/2014): Servicio de Obstetricia**

Evaluación de resultados: RPR: Reactivo 8 dils (Laboratorio particular).

Se le orienta paciente de la prueba de sífilis y es referida al Hospital María Auxiliadora. Paciente regresa el mismo día de la referencia con resultados prueba rápida para sífilis y RPR no reactivos, así como prueba rápida para VIH no reactivo.

**8° Consulta (24/11/2014): Servicio de Obstetricia.**

Segundo control prenatal. Funciones vitales: PA: 90/60 mmHg; T: 36.5°C; peso: 68Kg. Paciente trae ecografía de 12 semanas por biometría fetal; ecografía genética indica translucencia nucal dentro de lo normal. Diagnóstico: Supervisión del embarazo de 12 semanas.

**9° y 10° consulta: servicio de obstetricia**

Curso controles prenatales estables.

**11° Consulta (04/03/2015): Servicio de Nutrición**

Paciente consume bajos alimentos fuentes de calorías y proteínas.

**12° Consulta (08/04/2015): Servicio de Obstetricia**

Se solicita segunda batería de análisis de laboratorio.

**13° Consulta (18/04/2015): Servicio de Obstetricia**

Evaluación de resultado: hemoglobina: 11.9 g/L; glucosa: 60mg/dL; sedimento de orina: 3- 5 leucocitos por campo; **RPR (Reagina plasmática rápida) reactivo: 16 DILS (Diluciones)**; Diagnóstico: Gestante de 34.5 x FUM / Sífilis gestacional. Plan: Interconsulta ginecología.

**14° Consulta (18/04/2015): Servicio de Ginecología**

Paciente niega signos y síntomas. AU: 36cm; LCF: 148x'; MF (++); SPP: LPI. Diagnóstico: Gestante de 34.5 x FUR/ Sífilis gestacional. Tratamiento: Se inicia la primera dosis de Penicilina G Benzatínica de 2'400 000 UI/semanal.

**15° Consulta (21/04/2015): Servicio de Emergencia**

Contracciones uterinas esporádicas. Funciones vitales: PA: 90/70mmHg; T: 36.9°C; frecuencia respiratoria: 20x'; frecuencia cardíaca: 84x'. AU: 36cm; MF disminuido; monitoreo fetal: NST no reactivo (variabilidad disminuida) DIP III. Diagnóstico: Multigesta de 35 semanas x ecografía /Movimiento fetal disminuido/ ITU. Tratamiento: Nifedipino 20mg cada 20 minutos por 3 dosis. Referencia al Hospital María Auxiliadora.

C) Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones conservadas y dentro límites normales.

### **3.- ANTECEDENTES**

**Antecedentes Personales:** Niega.

#### **Antecedentes gineco obstétricos**

Formula Obstétrica: G3P2002.

- Gesta 1 en año 2006, culminó con parto vaginal con recién nacido de sexo femenino, peso 2750 gr.
- Gesta 2 en año 2010, culminó con parto vaginal, con recién nacido vivo, sexo femenino, peso 3250 g.
- Gesta 3 actual.

Menarquía: 13; inicio relaciones sexuales: 15años; andria: 3 parejas.

Fecha de última menstruación (FUM): 20/08/2014.

Fecha probable de parto (FPP): 27/05/15.

Edad Gestacional (EG): 35 semanas por ecografía I trimestre.

#### **Antecedentes patológicos:**

No hay antecedentes patológicos.

Cirugía pélvica: Ninguna.

#### **Antecedentes familiares**

Niega antecedentes familiares.



## **II EXAMEN FISICO GENERAL**

Funciones vitales: Temperatura: 36.7°C. Presión arterial: 90/60mmHg.  
Pulso: 78/minuto. Frecuencia respiratoria: 19 por minuto. Peso: 72kg.Talla:  
1.53 cm. Estado general y sensorio conservado. Aparato cardiovascular,  
respiratorio y urinario normales. Extremidades sin edemas.

### **Examen obstétrico**

Altura uterina: 34cm. Latido cardíaco fetal: 125lpm. Dinámica uterina:  
2/10/++/10". Feto único: en presentación pelviana, posición derecha.

Ponderado fetal: 3565 g  $\pm$ 100g.

Genitales externos no se evidencia pérdida de líquido.

Al tacto vaginal: Cérvix incorporación: 70%. Dilatación: 0 cm. Altura de  
presentación: -3. Membranas: integras.

## **III.-IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:**

1. Multigesta de 35 semanas por ecografía del primer trimestre,
2. Amenaza de parto pre termino,
3. Distocia de presentación (pelviana).

## **IV.-PLAN DE TRABAJO:**

- Monitoreo materno fetal,
- Solicita hemograma, examen de orina,
- Preparar para cesárea,
- Sube a centro obstétrico.

## V.-INDICACIONES TERAPÉUTICAS

- Cloruro de sodio al 9 x 1000cc endovenoso a 30 gotas por minuto,
- Queda la gestante en el centro obstétrico hasta que entre a sala de operaciones.

### Atención en centro quirúrgico

**Fecha: 21/04/2015 Hora: 17:35 pm**

#### Diagnóstico Preoperatorio:

1. Paciente con feto a término (35 semanas),
2. Distocia de presentación,
3. Fase activa de labor de parto.

#### Diagnóstico Post operatorio:

Presentación pelviana, variedad nalgas completas. Pre término.  
Sufrimiento fetal agudo.

**Hallazgos:** Recién nacido vivo. Sexo femenino. Apgar 6 al minuto y 7 a los 5 minutos. Peso: 2540 Talla 44 cm; Líquido amniótico disminuido.

### Evolución

#### 22/04/2015 Visita médica

Diagnóstico: Post operada de 1° día de CSTP.

Paciente refiere dolor localizado en herida operatoria. Al Examen:  
Temperatura: 36.4°C. Presión arterial: 100/60 mmHg. Frecuencia respiratoria: 18 por min. Frecuencia cardíaca: 70 por min. Lúcida, orientada en tiempo espacio y persona. Aparente regular estado general.  
Mamas blandas no secretantes. Abdomen: blando, depresible, doloroso a

la palpación, ruidos hidroaéreos (+). Fondo uterino a nivel de cicatriz umbilical Herida operatoria: Limpia. Genitales externos: loquios hemáticos escasa cantidad. Paciente hemodinámicamente estable.

Tratamiento: Dieta líquida + Líquidos a voluntad. Dieta blanda para el almuerzo. Control de funciones vitales + observación de signos de alarma. Cloruro de sodio 0.9 % 1000 cc: XXX gotas por min. Complementación con oxitócicos. Ampicilina 1 gr E/V cada 6 horas. Gentamicina 80gr E/V cada 8 horas. Cloranfenicol 1 gr E/V cada 8 horas. Tramadol 100mg sub cutáneo cada 8 horas. Sulfato ferroso 300 vía oral cada 24 horas.

Plan de Trabajo: Hemograma control. De ambulación.

#### **23/04/2015 y 24/04/2015 Visita médica**

Evolución favorable.

#### **Médico Infectólogo:**

Puérpera inmediata por distocia de presentación.

Sífilis: RPR: 64 Dils (20-4-17) FTA positivo (21-4-16).

Completar Penicilina Benzatínica de 2'400 000 Intramuscular 3 dosis, 1 semanal.

Recién nacido con sífilis neonatal.

Al alta evolución por consultorios externos de infectología.

#### **25/04/2014 Visita médica**

Diagnóstico: Post operada de 84 horas de CSTP por podálico.

Paciente no refiere molestias generales. Al Examen: Temperatura: 36.9°C. Presión arterial: 100/60 mmHg. Frecuencia respiratoria: 17por min. Frecuencia cardiaca: 77 por min. Lúcida, orientada en tiempo espacio y persona. Aparente regular estado nutricional, aparente regular estado

general. Piel tibia, hidratada, elástica. Mamas blandas no secretantés. Abdomen: blando, depresible. Fondo uterino 1 cm debajo de cicatriz umbilical, herida operatoria: Limpia y afrontada. Genitales externos: loquios hemáticos escasa cantidad no mal olor. Paciente evolución favorable.

### **Alta con indicación**

Amoxicilina 1gr vía oral cada 8 horas por 7 días. Clorafenicol 500 mg cada 8 horas vía oral. Gentamicina 160 mg intramuscular por 7 días. Ibuprofeno de 400 mg, desayuno, almuerzo, cena.

Plan de Trabajo: ALTA. Control por consultorio externo de infectología en 1 semana.



**Tabla N° 1. Resultados de los exámenes auxiliares realizados a la gestante durante el CPN**

Exámenes de ayuda diagnóstica realizados	CMI José Carlos Mariátegui		Laboratorio privado	Hospital de Apoyo María Auxiliadora	CMI José Carlos Mariátegui	Hospital de Apoyo María Auxiliadora	Instituto Nacional de Salud
Edad gestacional	27-oct-14	31-oct-14	02-nov-14	07-nov-14	14-abr-14	21-abr-15	21-abr-15
Examen de orina							
Células epiteliales	4-6 x campo	10-12 x campo			Reg. Cantidad	Escasas	
Leucocitos	6-8 x campo	3-6 x campo			3-5 x campo	0-1 x campo	
Hematíes	1-3 x campo	Ausente			0-1 x campo	o x campo	
Bacterias	1 +	Escasas			2 ++	No se observa	
Hemoglobina		11.9 g/dl			11.9g/dl	11.3 g/dl	
Glucosa		61 mg/dl	72 mg/dl		60 mg/dl		
Hematocrito		36%			36%		
Grupo y factor			O Rh (+)			O Rh (+)	
Colesterol			159				
Triglicéridos			116				
RPR			Reactivo 8 dils		Reactivo 16 dils		Reactivo 64 dils
PR para sífilis				No reactivo			
PR para VIH				No reactivo			
Hemograma							
Leucocitos						11.49 x 10/ul	
Hemoglobina						9 g/dl	
Plaquetas						177 x 10/ul	
FTA-Abs							Reactivo

RPR: Reagina plasmática rápida; PR: Prueba rápida (inmunocromatográfica); VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana; FTA-Abs: Prueba de absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes

## **CAPÍTULO II**

### **JUSTIFICACIÓ DE LA INVESTIGACIÓ**

Aunque la prevalencia de sífilis gestacional en el Perú está entre las más bajas de la región, es necesario mantener la vigilancia, ya que la sífilis no tratada en el embarazo conduce a resultados adversos, tales como muerte fetal tardía, prematuridad, y muerte neonatal, en hasta 80% de los embarazos afectados(6). La descripción de un caso de sífilis materna durante la gestación que conllevó a la muerte neonatal, nos permitirá hacer la revisión crítica de la historia clínica y contrastar con la literatura aspectos relacionados a la identificación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las gestantes con esta patología. Así mismo, nos permitirá fortalecer también las capacidades de los profesionales de la salud que tienen a su cargo la atención de las gestantes y ayudará a realizar un mejor diagnóstico por medio de la autocrítica de los profesionales que estuvieron involucrados en la consulta a la gestante de este caso clínico. Se contribuirá a la mejor toma de decisiones por parte del personal de salud en cuanto a la solicitud de pruebas de mayor precisión diagnóstica de la sífilis que permita un diagnóstico y tratamiento oportuno a fin de contribuir con la eliminación de la sífilis congénita en nuestro país, beneficiando a las gestantes y su recién nacidos.

Desde el descubrimiento de la penicilina, la sífilis no sólo puede prevenirse, sino también tratarse(7); por lo que, es factible cortar la transmisión y complicaciones de la enfermedad mediante el tamizaje de grupos de riesgo como lo constituyen las gestantes.

Si bien la Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno-infantil del VIH y de la Sífilis Congénita conducida por la OPS y UNICEF, ha permitido reducir la tasa de incidencia de la sífilis congénita en el país durante los últimos años; es necesario mantener estas tasas a través del tamizaje universal de la sífilis en gestantes que permita identificar los casos durante el primer contacto de la atención prenatal y brindar el tratamiento oportuno.

Por todo lo mencionado se justifica realizar la revisión del caso clínico.

### **CAPÍTULO III**

#### **ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN**

##### **3.1 Antecedentes nacionales**

Aguilar, R (2013). En su investigación: Factores de riesgo de Sífilis en gestantes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2013. Tuvo como objetivo: Determinar los factores de riesgo de las gestantes con sífilis. Material y método: Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y retrospectivo. Su estudio tuvo como muestra a todas las gestantes con diagnóstico confirmado de sífilis. La muestra fue de tipo intencional y se obtuvo como muestra 62 pacientes: 18 con diagnóstico con sífilis, sus datos fueron obtenidos del libro de registro de atención y seguimiento a la Gestante con sífilis. Obtuvo una prevalencia de 0.77 por cada 100 gestantes, el 48.7% del total de gestantes tuvo su primer CPN en el II trimestre (14 a 26 semanas), un 30.8% en el III trimestre (27 a 40 semanas), solo un 20.5% tuvo su primer CPN en el primer trimestre (1 a 13 semanas) de embarazo. En cuanto a la etapa (embarazo, puerperio inmediato o post aborto) donde se diagnosticó sífilis, se obtuvo que un 67.7% del total; es decir, 42 pacientes, fueron diagnosticadas en el puerperio, el 30.6% equivalente a 19



pacientes, durante el embarazo y el 1.6% (una paciente) diagnosticada en el post aborto(8).

García, P. et al (2013). En su investigación, Pruebas rápidas de sífilis como catalizadores para fortalecer los sistemas de salud. Tuvo como objetivos: Describir cómo la nueva tecnología puede catalizar el fortalecimiento del sistema de salud. Material y métodos: El estudio fue aplicado desde septiembre de 2009 a noviembre de 2010 para evaluar la factibilidad de utilizar una prueba rápida para el tamizaje de sífilis en mujeres embarazadas en Lima, Perú. Resultados: Antes de realizar el estudio, la gestante demoraba un promedio de 27 días para recibir su resultado de sífilis. Se capacitó a 604 proveedores de servicios de salud e implementó la prueba rápida para sífilis y pruebas del VIH. El uso de la prueba rápida resultó como tratamiento en la primera visita. Las coberturas del tamizaje y tratamiento de la sífilis mejoro significativamente en comparación con el año anterior. Conclusiones: La instauración de la prueba rápida para sífilis resultó factible y aceptable, y conducido a mejorar en varios aspectos de los servicios de salud.(9).

Gonzales, G. et al (2014). En su investigación sífilis gestacional y factores asociados en hospitales públicos del Perú en el período 2000-2010. Tuvo como objetivo Determinar el perfil epidemiológico de la sífilis gestacional y factores asociados en una población peruana. Material y métodos: El estudio es un análisis secundario de datos obtenidos de hospitales públicos del Perú para el periodo 2000-2010. Estudio los datos de 652,636 gestantes de 37 ciudades y de 45 establecimientos de salud del Perú. Resultado. La prevalencia de sífilis

gestacional fue 0,7% y el tamizaje de sífilis materna en 80,7%. Encontró que la mayor prevalencia de sífilis materna fue en selva baja seguida de la selva alta. Las prevalencias al 2010 fue de 0,2% en la costa, 0,23% en la sierra y 0,47% en la selva. El bajo nivel cultural, falta de controles prenatales adecuados, la mayor paridad, y estado civil, y vivir en región de la selva son los factores asociados a la presencia de la sífilis. Conclusiones. La falta de tamizaje es de 19,3% a nivel nacional siendo más bajo en la selva (12,3%) y más alta en la sierra (27,7%) y la costa (20,2%). La prevalencia de sífilis gestacional ha presentado un descenso durante los años 2000-2010(10).

### **3.2 Antecedentes Internacionales**

Casas, R et al (2009). En su investigación sífilis y embarazo: ¿Cómo diagnosticar y tratar oportunamente? Tuvo como objetivo: Presentar una revisión de la epidemiología, manifestaciones clínicas, diagnóstico, estrategias de tratamiento, seguimiento y prevención de la sífilis gestacional. En Colombia. Material y métodos: Con las palabras claves sífilis, sífilis en el embarazo, sífilis gestacional y embarazo, se llevó a cabo la revisión bibliográfica en las bases de datos de Cochrane, Pubmed/ Medline. Scielo, Ovid, LILACS, así como en revisión médicas, textos y en la secretaría departamental de Salud del Cauca, con énfasis en la información disponible de los últimos cinco años. Principales resultados: En el año 2003 resultaron 110,000 recién nacidos con sífilis congénita en América Latina y el Caribe, hijos de 330,000 mujeres no recibieron tratamiento durante el control prenatal. Conclusiones: Existe dificultad para identificar precozmente a las mujeres infectadas y ofrecerles un tratamiento oportuno, lo cual aumentó la

incidencia de la enfermedad, sin lograr erradicar la sífilis congénita, a pesar de que la penicilina sigue siendo el medicamento de elección(3).

Castañeda, B. (2011). En su investigación costo efectividad del uso de pruebas treponémicas rápidas para la detección y tratamiento temprano de sífilis gestacional en pacientes subsidiadas y no afiliadas al sistema general de seguridad social en salud en Bogotá. Tuvo como objetivo general evaluar el costo-efectividad del uso de pruebas treponémicas rápidas para la detección y el tratamiento temprano de la sífilis gestacional, comparado con el manejo actual desde la perspectiva del tercer pagador. Material y método: Estudio de costo efectividad - estudio secundario de evaluación económica. Concluye que la práctica propuesta para tamizaje de las gestantes en  $\leq 20$  semanas de gestación comenzando con la prueba treponémica rápida ICS y luego con VDRL, presenta mayor efectividad y menor costo que el manejo actual de tamizaje con la prueba no treponémica VDRL y luego con FTA-Abs, independientemente si las gestantes son tratadas antes o en la semana 24 o 34 de gestación con o sin contactos, en las gestantes del régimen subsidiado y no afiliadas en Bogotá(11).

Guerrero, B y C, Quispe (2012). En su investigación factores de riesgo que influyen en la incidencia de sífilis en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el hospital gineco-obstétrico Isidro Ayora en el período de enero a diciembre del 2010 y 2011, Ecuador. Diseño tipo Transversal, retrospectivo, observacional; analizó la historia clínica materna y el resultado de VDRL positivo, y confirmado con las pruebas del FTA-ABS o RPR. De 150 mujeres embarazadas a las que se diagnosticó VDRL reactivo, 39 mujeres se

les confirmó infección por sífilis con la prueba treponémica FTA-ABS y 111 fueron falsos positivos. Podemos observar que el 64% de mujeres contrajeron la infección o fue detectada antes de las 21 semanas de gestación, entre el primer y segundo trimestre de embarazo, periodo en el que se considera un alto riesgo de provocar abortos o daños al feto en formación; un 18% se detectó entre las 22 y 27 semanas y 15% de las gestantes a las 28 a 33 semanas; esto se pudo deber a una primera consulta tardía por parte de la gestante o la transmisión de sífilis posterior al primer examen(12).

De la Calle, M. et al (2012). En su investigación Sífilis y embarazo: estudio de 94 casos. La Paz, Madrid, España. Tuvo como objetivo: Estudiar la epidemiología, manifestaciones clínicas, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y resultados perinatales de la sífilis durante el embarazo. Material y método: Estudio retrospectivo de 94 gestantes con sífilis cuya gestación y parto se controlaron en un Servicio de Obstetricia desde 2002 a 2010 entre un total de 85.806 partos de gestantes sin sífilis en el mismo período. Principales resultados. La prevalencia de sífilis en el embarazo fue de 0,11%. La mayoría de las gestantes eran de procedencia extranjera y el tipo de sífilis más prevalente fue la latente tardía. Realizaron el tratamiento correcto solo 57 pacientes, a pesar de la adecuada prescripción médica. En 31 gestantes se comprobaron complicaciones maternas durante el embarazo y en 16 casos hubo complicaciones fetales. En los neonatos se diagnosticaron 4 casos de sífilis congénita, 3 de ellos con meningitis sífilítica, cuyas madres no habían realizado el tratamiento de forma correcta. Concluye que la realización obligatoria de una serología de sífilis en el primer trimestre de embarazo permite diagnosticar muchos casos de sífilis latente tardía. Tras la

detección precoz de las gestantes infectadas se debe asegurar la correcta realización del tratamiento para prevenir la transmisión vertical(13).

Villagral, V. et al. (2016). En su investigación Desempeño de una prueba rápida para el diagnóstico de sífilis en mujeres puérperas, Paraguay. Tuvo como objetivo evaluar el desempeño de una prueba rápida comercial para el diagnóstico de sífilis en comparación a la Hemaglutinación Indirecta del Treponema (TPHA) en muestras de mujeres puérperas remitidas al Laboratorio Central de Salud Pública por hospitales de parto del Municipio Capital. El estudio fue tipo observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal en el que se incluyeron muestras de suero pertenecientes a mujeres puérperas de 13 a 55 años remitidas al Laboratorio Central durante los años 2011 y 2012 por hospitales. Resultados. La sensibilidad de la prueba rápida comparada con el TPHA fue de 83,72 % y la especificidad fue de 88,78% mientras que los valores predictivos positivos y negativos fueron 82.44% y 89.66%(14).

### 3.3 MARCO TEÓRICO

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual cuyo agente etiológico es el *Treponema Pallidum*. El contagio se produce por contacto directo con una lesión mucocutánea infectada. La infección consta de diferentes etapas: periodo de incubación, sífilis primaria, sífilis secundaria, periodo de latencia (precoz y tardía) y sífilis terciaria(15).

- **Sífilis primaria:** Inicialmente aparece una pápula indurada, la cual se convierte en una úlcera de fondo limpio e indolora “chancro”(16), generalmente única, auto limitada y no dejan lesión residual. Las lesiones están asociadas a adenopatías regionales indoloras no supurativas, uni o bilaterales.
- **Sífilis secundaria:** Corresponde con el periodo de máxima diseminación hematógena del *Treponema Pallidum*, se presenta con erupciones en piel y mucosas, acompañadas de síntomas constitucionales como fiebre, malestar general, cefalea, faringitis, anorexia, astenia, adinamia, artralgias, mialgias y linfadenopatías generalizadas.
- **Sífilis latente temprana:** Estadio en el cual los síntomas de la sífilis secundaria han desaparecido en menos de un año desde la infección. La serología es reactiva a pesar de no existir clínica.
- **Sífilis latente tardía:** Paciente asintomático con más de un año de infección; solo detectable mediante pruebas serológicas positivas para sífilis.
- **Sífilis tardía o terciaria:** Se manifiesta pasados de 3 a 20 años de la infección en pacientes que no han recibido tratamiento previamente. Se presentan lesiones granulomatosas en cara, boca, vía respiratoria superior, tronco y órganos internos como SNC o miocardio “goma sifilítica”.

- **Sífilis congénita:** Debido al paso transplacentario del *Treponema Pallidum*, la infección fetal se caracteriza por compromiso placentario, disfunción hepática, infección del líquido amniótico, anomalías hematológicas, ascitis e hidropesía fetal.

### **Diagnóstico de laboratorio.**

Si bien la sífilis puede pasar desapercibida clínicamente, especialmente en las mujeres, en quienes incluso en la etapa primaria puede no tener síntomas visibles, cobra real importancia el diagnóstico serológico a través de pruebas no treponémicas y treponémicas.

A. Pruebas No Treponémicas: Basadas en antígenos compuestos de soluciones alcohólicas con cantidades predeterminadas de cardiolipinas, colesterol y lecitinas. Miden simultáneamente inmunoglobulinas IgG e IgM frente a estas sustancias que son producidas en los tejidos dañados por el *Treponema Pallidum* o por otras enfermedades. Puesto que no miden anticuerpos específicos su positividad no asegura la enfermedad sífilítica.

- **VDRL** (Venereal Research Disease Laboratory). Es un antígeno no particulado. La reacción que se obtiene con la muestra positiva es de floculación de lectura microscópica.
- **RPR** (Rapid Plasma Reagin). Es un antígeno con partículas de carbón.
- **TRUST**. (Toluidine Red Unheated Serum Test). Es el mismo antígeno del VDRL con partículas coloreadas con rojo de toluidina.
- **USR** (Unheated Serum Reagin). El antígeno no es particulado y la reacción es de floculación. Lectura microscópica.

Las pruebas no treponémicas pueden presentar el **fenómeno de prozona** (falsos negativos), resultante de títulos elevados de anticuerpos contra la cardiolipina cuya incidencia se reporta entre el 0.2 y 2%, por lo que es conveniente realizar siempre la titulación cuantitativa. Este fenómeno está asociado con mayor frecuencia a la sífilis secundaria, infección por el virus de inmunodeficiencia humana y el embarazo(17).

B. Pruebas treponémicas:

- **FTA-ABS** (Inmunofluorescencia indirecta con absorción del suero). Utiliza antígeno de *Treponema* cepa Nichols y absorbente de la cepa Reiter.
- **TPHA** (Microhemaglutinación). Utiliza eritrocitos sensibilizados con antígenos de *Treponema* cepa Nichols y absorbente de cepa Reiter.
- **Captia Syphilis M** (ELISA de captura anti cadena pesada).
- **ELISA IgG**. De alta sensibilidad y especificidad.
- **Western blot**. Debe utilizarse como prueba de confirmación.

Actualmente, en el Perú se realiza el tamizaje universal de las gestantes mediante el uso de pruebas inmunocromatográficas (pruebas rápidas) realizadas al primer contacto con la gestante, sin embargo, es necesario interpretar el resultado dentro de un contexto clínico epidemiológico, ya que en estudios previos demostraron una sensibilidad de 83,72% y especificidad de 88,78%(14); por lo que, las gestantes con manifestaciones clínicas deberían contar también con pruebas treponémicas y no treponémicas cuantitativas.



## Reacción de Jarisch-Herxheimer

Todo paciente que recibe tratamiento para la sífilis debe ser advertido sobre la posibilidad de presentar una reacción Jarish-Herxheimer, la cual puede ocurrir durante las primeras 24 horas de tratamiento. Las manifestaciones clínicas de esta reacción incluyen la exacerbación local y sistémica de la sífilis primaria, secundaria o no reconocidas hasta el inicio del tratamiento tales como debilidad, dolores musculares generalizados, dolor de cabeza, náusea/vómito, adenopatías dolorosas, faringitis ó fiebre; que en el caso de gestantes ha sido asociada con contracciones prematuras, estrés fetal y parto prematuro, cuyo mayor riesgo está presente durante las primeras 48 horas del tratamiento(18). La reacción, es el resultado de la destrucción rápida de espiroquetas a causa del antibiótico administrado. El manejo de esta reacción es sintomático, utilizando analgésicos y antipiréticos, y los síntomas usualmente se alivian en 24 horas(19). Las mujeres tratadas por sífilis durante el embarazo deben ser informadas acerca de la posibilidad de una reacción Jarisch-Herxheimer y deben buscar atención obstétrica inmediata si observan alguna contracción o disminución del movimiento fetal(20).

## CAPÍTULO IV

### **DISCUSIÓN DE CASO CLÍNICO**

Describimos la historia clínica de un caso de sífilis durante la gestación que provocó muerte neonatal en el Hospital María Auxiliadora, la gestante presentó sintomatología compatible de sífilis secundaria durante el primer trimestre de embarazo con pruebas de laboratorio no treponémicas discordantes y la falta de confirmación de laboratorio con pruebas treponémicas que condujo al sub diagnóstico y por consiguiente la falta de tratamiento oportuno durante el estadio de mayor transmisión de la sífilis como lo es la sífilis secundaria materna. Seguimiento laboratorial inadecuado ante la discordancia de las pruebas de tamizaje tanto en el establecimiento de salud del nivel primario, como en el especializado, con consecuencias fatales para el producto.

La sífilis puede pasar desapercibida clínicamente, especialmente en las mujeres, en quienes incluso en la etapa primaria puede no tener síntomas visibles, por lo que es primordial que las mujeres embarazadas sean examinadas varias veces durante el control prenatal para detectar cualquier hallazgo sugestivo en el examen físico; sin embargo, tanto la detección como el diagnóstico de la sífilis se basan principalmente en pruebas serológicas de rutina(21), como las pruebas inmunocromatográficas y el RPR, las mismas que deberán ser confirmadas con pruebas treponémicas, como lo menciona la normativa nacional del Perú(22).

El control prenatal debe iniciarse dentro de las primeras 12 semanas de gestación y la primera prueba de detección debe realizarse tan pronto como sea posible durante el embarazo(23); como ocurrió en el caso que describimos en el presente estudio, en el que la gestante fue captada a las ocho semanas de

gestación y tuvo 6 controles prenatales en un centro materno y atención especializada por médico ginecobstetra ; sin embargo, el desconocimiento de las manifestaciones clínicas de las diferentes formas de sífilis durante la gestación por parte del personal de salud que brindó la atención a la gestante, consideró las manifestaciones clínicas dermatológicas como un cuadro de dermatitis que llevó a tratar a la paciente con corticoides tópicos, retrasando aún el diagnóstico definitivo de la sífilis. Es muy importante señalar que, en toda lesión genital o lesiones dérmicas generalizadas, el diagnóstico clínico obligado a descartar es el de sífilis y de ser posible una evaluación especializada por el médico responsable de infecciones de transmisión sexual.

En las poblaciones con alta prevalencia de sífilis, la prueba de detección debe repetirse al inicio del tercer trimestre (28a semana de gestación) y al parto(24,25). La normativa nacional recomienda una prueba más un mes después del parto para detectar infecciones adquiridas al final del embarazo(22). Sin embargo, en todo caso con clínica compatible cuyos resultados fuesen negativos o discordantes estas pruebas deberán repetirse o de lo contrario deberán ser remitidas a un laboratorio de referencia regional o nacional para la confirmación definitiva del caso; situación que no se realizó en el caso que describimos; situación que pudo haber favorecido la transmisión vertical del *Treponema Pallidum* durante el primer trimestre de embarazo (9<sup>na</sup> semana edad gestacional), en donde se describe un riesgo de infección transplacentaria del feto del 60-80%(26), más aun tratándose de un caso de sífilis materna no tratada en su estadio secundario por las descripciones de las manifestaciones dermatológicas generalizadas reportadas en la historia clínica.

Así mismo, debemos tener en cuenta algunos aspectos de interpretación de las pruebas de laboratorio para el diagnóstico de sífilis como es el **fenómeno de prozona** de las pruebas no treponémicas que conlleva a resultados falsos negativos del RPR; este fenómeno está asociado más a menudo con la sífilis secundaria y el embarazo(17,27). Situación que probablemente se presentó en nuestro caso, en el que la paciente al tener gran cantidad de anticuerpos al encontrarse en el estadio secundario de la sífilis materna, presentó reactividad en la prueba de RPR cuantitativa realizado a nivel primario, por haberse diluido la muestra y reacción en la dilución 8<sup>va</sup>, y no reaccionar en la prueba de RPR cualitativo realizado en el hospital de tercer nivel, al tener esta reacción gran cantidad de anticuerpos que impidieron la reacción correspondiente y por lo tanto, dar un resultado falso negativo.

Los resultados adversos del embarazo de la sífilis incluyen pérdida fetal o muerte fetal y, en neonatos vivos, parto prematuro, bajo peso al nacer, sífilis congénita o muerte neonatal(26). El desenlace final de nuestro caso resulto en parto pre termino y muerte neonatal por sífilis congénita como lo reportado en la literatura, resultado adverso reforzado por la falta de tratamiento oportuno, como se describe en una revisión sistemática que mostró que el 66,5% de las mujeres embarazadas con sífilis no tratada presentaron resultados adversos en el embarazo, en comparación con el 14,3% de las mujeres embarazadas sin sífilis(19). Cabe destacar que un estudio realizado en Tanzania, las mujeres con sífilis no tratadas eran seis veces más propensas al parto prematuro que las mujeres embarazadas no infectadas(28). La alta tasa de resultados adversos del embarazo es probablemente debido al daño directo causado por *Treponema*

*Pallidum* tanto a la placenta (proliferación e inflamación microvasculares) como al cordón umbilical, lo cual compromete el crecimiento fetal y la viabilidad.

En la actualidad, sólo hay un antibiótico indicado para el tratamiento de las mujeres embarazadas con sífilis y lo constituye la penicilina por vía parenteral; el mismo que se inició a la 35<sup>va</sup> semana de edad gestacional según se indica en la historia clínica correspondiente. Sin embargo, al tercer día de post tratamiento con Penicilina Benzatínica 2'400 000 UI IM, la paciente refería que venía presentando contracciones uterinas esporádicas, movimientos fetales disminuidos y cuyo monitoreo fetal evidenció un NST no reactivo DIP III; hecho compatible con una reacción de Jarisch-Herxheimer, el mismo que se describe en el 40% de las mujeres gestantes sífilis tratadas con penicilina y que conlleva a sufrimiento fetal e hidropesía fetal poco después de iniciar tratamiento materno(21). Desde el punto de vista obstétrico, las contracciones prematuras, el parto prematuro y los trazos cardíacos fetales no reactivos son complicaciones conocidas del tratamiento de la sífilis en la segunda mitad del embarazo y pueden requerir monitoreo ambulatorio y tratamiento sintomático(18).

En pleno siglo XXI, con las mejoras de los sistemas de atención de la salud materno-perinatal y la tecnología desarrollada para obtener la confirmación diagnóstica temprana de la sífilis materna en el nivel primario de atención, aún reportamos formas fatales de sífilis congénita, que a pesar de seguir contando con la penicilina como arma aún útil en la erradicación del *Treponema Pallidum* en la gestante con sífilis no logramos eliminar la sífilis congénita; por lo que, con la descripción detallada de este caso clínico pretendemos haber contribuido a sumar en este objetivo.

También es necesario mencionar, que la historia clínica no registra foco probable de co-infección bacteriana que sustente la prescripción de antibióticos como lo utilizado en el presente caso(ampicilina, gentamicina, cloranfenicol); ya que, el uso indiscriminado favorece la emergencia de resistencia antimicrobiana(29).

El cálculo del ponderado fetal basado en la altura uterina(30) del caso (3565 g) no se correlacionó con el peso final del producto (2540 g), diferencia que pudo deberse a las malformaciones fetales producidas por la sífilis congénita que incluyen a la hidropesía fetal no inmunitaria, polihidramnios que incrementan la altura uterina(31); así mismo, el ponderado fetal basado en altura uterina no es coherente con el diagnóstico de amenaza de parto prematuro.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1 CONCLUSIONES

La ausencia de insumos y reactivos para el tamizaje universal de sífilis en gestantes condujo a retraso del diagnóstico y tratamiento de la sífilis gestacional.

El desconocimiento de las manifestaciones clínicas de la sífilis durante el embarazo por parte del personal de salud retrasó el diagnóstico de la enfermedad.

La desconfianza de una prueba de RPR cuantitativa positiva realizada de forma particular, no permitió iniciar el tratamiento de la sífilis gestacional oportunamente.

La ausencia de seguimiento inmediato de reacciones adversas o asociadas al tratamiento con penicilina, no logró identificar la Reacción Jarisch-Herxheimer que presentó la gestante y causó la amenaza de parto pre término con sufrimiento fetal agudo que culminó con muerte neonatal temprana por sífilis congénita grave.

## 5.2 RECOMENDACIONES

- a. Cumplir la normativa nacional del tamizaje universal de las gestantes al primer contacto con el establecimiento de salud, que permita detectar oportunamente los casos de sífilis materna a fin de instaurar el tratamiento antibiótico oportuno y contribuir a la eliminación de la sífilis congénita.
- b. Garantizar el abastecimiento de las pruebas inmunocromatográficas y no treponémicas en todos los establecimientos del primer nivel.
- c. Es necesario implementar laboratorios con capacidad de realizar pruebas treponémicas de confirmación en los centros maternos-infantiles.
- d. Búsqueda de las manifestaciones clínicas de la sífilis en la gestante durante la evaluación de todos los controles prenatales mediante una anamnesis y examen físico que incluya la exploración de lesiones genitales, erupciones dérmicas generalizadas y caída de cabello.
- e. Hacer un seguimiento estrecho de la gestante con sífilis que recibe tratamiento, a fin de detectar oportunamente las complicaciones inmediatas como la Reacción Jarisch-Herxheimer, que puedan conducir a complicaciones fetales graves.
- f. En aquellos casos en el que la altura uterina no se correlacione con la edad gestacional sea ésta por ecografía del I trimestre o fecha última de menstruación, es recomendable realizar una ecografía previa al parto.
- g. Fomentar el interés de las gestantes en la preparación en psicoprofilaxis obstétrica y a la vez la participación activa de la pareja durante las



sesiones para que puedan reconocer e identificar los signos de alarma, y así exista una prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organization WH. El Uso de Las Pruebas Rápidas Para Sífilis. World Health Organization; 2007. 54 p.
2. Singh AE, Romanowski B. Syphilis: Review with Emphasis on Clinical, Epidemiologic, and Some Biologic Features. *Clin Microbiol Rev.* abril de 1999;12(2):187-209.
3. Casas-P RL, Rodríguez M, Rivas J. Sífilis y embarazo: ¿cómo diagnosticar y tratar oportunamente? *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 16 de febrero de 2016;60(1):49-56.
4. Valderrama J, Zacarías F. Eliminación de sífilis congénita en América Latina y el Caribe: marco de referencia para su implementación. Wash DC OPS. 2005;
5. Ana E. Situación Epidemiológica de la Sífilis Congénita en el Perú – 2014. *Boletín Epidemiológico (Lima).* 2014;24(3):68-71.
6. Berman SM. Maternal syphilis: pathophysiology and treatment. *Bull World Health Organ.* junio de 2004;82(6):433-8.
7. Organization WH, others. Eliminación mundial de la sífilis congénita: fundamentos y estrategia para la acción. 2008; Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43856/1/9789243595856\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43856/1/9789243595856_spa.pdf)
8. Aguilar Ticavilca R del P. Factores de riesgo de sífilis en gestantes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2013. 2014; Disponible en: <http://200.62.146.130/handle/cybertesis/3573>
9. García PJ, Cárcamo CP, Chiappe M, Valderrama M, La Rosa S, Holmes KK, et al. Rapid syphilis tests as catalysts for health systems strengthening: a case study from Peru. *PloS One.* 2013;8(6):e66905.
10. Gonzales GF, Tapia V, Serruya SJ. Sífilis gestacional y factores asociados en hospitales públicos del Perú en el periodo 2000-2010. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2014;31(2):211–221.
11. Castañeda Guerrero BC. Costo efectividad del uso de pruebas treponémicas rápidas para la detección y tratamiento temprano de sífilis gestacional en pacientes subsidiadas y no afiliadas al sistema general de seguridad social en salud en Bogotá [Internet]. [Bogotá]: Universidad Nacional de Colombia; 2012 [citado 10 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/6405/>
12. Guerrero Sandoval BE, Quishpe Chávez CR. Factores de riesgo que influyen en la incidencia de sífilis en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora en el período de enero a diciembre del 2010 y 2011. [Internet] [B.S. thesis]. Quito: UCE; 2013. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/4431>

13. De la calle M, Cruceyra M, De Haro M, Magdaleno F, Montero MD, Aracil J, et al. Sífilis y embarazo: estudio de 94 casos. *Medicina Clinica*. 17 de agosto de 2013;141(4):141-4.
14. Villagra V, Goldman M, Bobadilla ML, Olmedo G, Cabra M, Alfonso V. Desempeño de una prueba rápida para el diagnóstico de sífilis en mujeres púerperas. *Mem Inst Investig En Cienc Salud* [Internet]. 2016;14(3). Disponible en:  
<http://revistascientificas.una.py/index.php/RIIC/article/view/1114>
15. Genç M, Ledger WJ. Syphilis in pregnancy. *Sex Transm Infect*. abril de 2000;76(2):73-9.
16. Laguado NF, García MJP. Manifestaciones dermatológicas de la sífilis. *Rev MÉDICAS UIS* [Internet]. 2011 [citado 7 de septiembre de 2017];24(2). Disponible en:  
<http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/2685>
17. Sidana R, Mangala HC, Murugesh SB, Ravindra K. Prozone phenomenon in secondary syphilis. *Indian J Sex Transm Dis*. 2011;32(1):47-9.
18. Myles TD, Elam G, Park-Hwang E, Nguyen T. The Jarisch-Herxheimer reaction and fetal monitoring changes in pregnant women treated for syphilis. *Obstet Gynecol*. noviembre de 1998;92(5):859-64.
19. Gomez GB, Kamb ML, Newman LM, Mark J, Broutet N, Hawkes SJ. Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*. 1 de marzo de 2013;91(3):217-26.
20. Cherneskie T. An Update and Review of the Diagnosis and Management of Syphilis. [Internet]. Region II STD/VIH Prevention Training Center; New York City Department of Health and Mental Hygiene; 2006. Disponible en:  
[https://www.nycptc.org/x/Syphilis\\_Spanish\\_Module\\_Online.pdf](https://www.nycptc.org/x/Syphilis_Spanish_Module_Online.pdf)
21. Lago EG. Current Perspectives on Prevention of Mother-to-Child Transmission of Syphilis. *Cureus* [Internet]. 8(3). Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4829408/>
22. MINSA, DGSP. Resolución Ministerial N° 619-2014-MINSA «Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión Madre-Niño del VIH y la Sífilis» [Internet]. 2014. Disponible en:  
[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2014/RM619\\_2014\\_MINSA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2014/RM619_2014_MINSA.pdf)
23. MINSA, DGSP. Resolución Ministerial N° 827-2013-MINSA «Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna» [Internet]. 2013. Disponible en:  
[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/RM827\\_2013\\_MINSA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/RM827_2013_MINSA.pdf)
24. Workowski KA, Bolan GA, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR*

- Recomm Rep Morb Mortal Wkly Rep Recomm Rep. 5 de junio de 2015;64(RR-03):1-137.
25. Tsimis ME, Sheffield JS. Update on syphilis and pregnancy. *Birth Defects Res.* 15 de marzo de 2017;109(5):347-52.
  26. Braccio S, Sharland M, Ladhani SN. Prevention and treatment of mother-to-child transmission of syphilis. *Curr Opin Infect Dis.* junio de 2016;29(3):268-74.
  27. Fiumara NJ, Appel B, Hill W, Mescon H. Syphilis and its management; a present-day problem. *N Engl J Med.* 14 de junio de 1956;254(24):1127-1130; contd.
  28. Watson-Jones D, Chagalucha J, Gumodoka B, Weiss H, Rusizoka M, Ndeki L, et al. Syphilis in Pregnancy in Tanzania. I. Impact of Maternal Syphilis on Outcome of Pregnancy. *J Infect Dis.* 1 de octubre de 2002;186(7):940-7.
  29. OMS | Resistencia a los antibióticos [Internet]. WHO. [citado 26 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/antibiotic-resistance/es/>
  30. Castañeda R, José C, Cuba Q, Carlos J. Comparación del método de Johnson-Toshach y la ultrasonografía para estimar el ponderado fetal en gestantes a término asistidas en el Hospital Regional de Cajamarca. *Rev Peru Ginecol Obstet.* julio de 2014;60(3):211-20.
  31. Chungara Montaña J, Banda Jara B, Moreno Lagos O. Sífilis congénita: Presentación de un caso clínico radiológico. *Cuad Hosp Clínicas.* /;66.

Anexo 1:

Carnet de control prenatal

ANTECEDENTES									
<b>Personales</b> Diabetes y/o sospech <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI TBC pulmonar <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Hipertensión Crónica <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Cirugía pélvico uterino <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI HIE <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI ITU <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Gemelares <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Infertilidad <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Otros <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI					<b>Obstétricos</b> Gestas <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Abortos <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Vaginales <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Nacidos vivos <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Viven <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Fin anterior embarazo Parto <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Aborto <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Ectópico <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Molar <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI No aplica <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI RN de mayor peso <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI				
<b>Familiares</b> Diabetes <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI TBC pulmonar <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Hipertensión <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Gemelares <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Otros <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI					Gestas <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Abortos <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Vaginales <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Nacidos vivos <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Viven <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Fin anterior embarazo Parto <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Aborto <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Ectópico <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Molar <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI No aplica <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI RN de mayor peso <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI				
<b>EMBARAZO ACTUAL</b> Peso anterior <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI IMC <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI TALLA (cm) <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI DUDAS <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI ANTITETANICA <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI HOSPITALIZACIÓN (ingreso) <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI					Gestas <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Abortos <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Vaginales <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Nacidos vivos <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Viven <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Fin anterior embarazo Parto <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Aborto <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Ectópico <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Molar <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI No aplica <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI RN de mayor peso <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI				
<b>EX CLINICO</b> Normal <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI EX ODONTO <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI EX MAMAS <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI PELVIS <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI PVP <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI CERVIX <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI VDRL <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI					Gestas <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Abortos <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Vaginales <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Nacidos vivos <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Viven <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Fin anterior embarazo Parto <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Aborto <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Ectópico <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Molar <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI No aplica <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI RN de mayor peso <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI				
<b>FECHA DE CONSULTA</b> Sem. amenorrea FUR <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI ECG <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI PESO (KG) <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Tensión arterial máxima (mmHg) <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Alt. Uterina Present <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Cef/Pelvi/Trans <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI FCF Lat/min <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Cit/Establecimiento <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI					Gestas <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Abortos <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Vaginales <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Nacidos vivos <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Viven <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Fin anterior embarazo Parto <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Aborto <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Ectópico <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Molar <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI No aplica <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI RN de mayor peso <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI				
<b>PARTO</b> NÚMERO CONSULTAS <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI En Estab. <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Con carnet <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI EDAD GEST. <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI PRESENT. <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI TAMANÑO FETAL <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI INICIO DE PARTO <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Membranas al Ingreso <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI					Gestas <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Abortos <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Vaginales <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Nacidos vivos <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Viven <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Fin anterior embarazo Parto <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Aborto <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Ectópico <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Molar <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI No aplica <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI RN de mayor peso <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI				
<b>OBSERVACIONES</b> Ninguna <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Emb. Múltiple <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI HTA/Nefto previa <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI HIE <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Edematosas <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Ss. Hello <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Cardopatías <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Diabetes <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI					Gestas <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Abortos <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Vaginales <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Nacidos vivos <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Viven <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Fin anterior embarazo Parto <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Aborto <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Ectópico <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Molar <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI No aplica <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI RN de mayor peso <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI				
<b>TERMINACION</b> Epist. <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Fagocit. <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Vacun. <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Cesarea <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Cesarea+H <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Indicación principal de parto operatorio o inducción <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI					Gestas <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Abortos <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Vaginales <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Nacidos vivos <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Viven <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Fin anterior embarazo Parto <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Aborto <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Ectópico <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Molar <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI No aplica <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI RN de mayor peso <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI				
<b>RECEN NACIDO</b> En Ombú solo sexo, peso, EG <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI SEXO <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI PESO AL NACER <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI TALLA <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI EDAD POR EX. FISICO <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI PESO POR EG <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI APGAR <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI REANIMA RESPIRAT <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI GRUPO <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI VDRL <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI EX. FISICO, Normal <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI					Gestas <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Abortos <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Vaginales <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Nacidos vivos <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Viven <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Fin anterior embarazo Parto <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Aborto <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Ectópico <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Molar <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI No aplica <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI RN de mayor peso <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI				
<b>PATOLOGICAS</b> Ninguna <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Aftasia <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Sínd. Aspirat. <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Mem. Halina <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Otros SDR <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Infecciones <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Malab/Nutric <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Hiperbilirub <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Neurológicas <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Def. Congent. <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Hemorragias <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Otras <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI					Gestas <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Abortos <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Vaginales <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Nacidos vivos <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Viven <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Fin anterior embarazo Parto <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Aborto <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Ectópico <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Molar <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI No aplica <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI RN de mayor peso <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI				
<b>EGRESO R.N.</b> Hora <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Día <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Mes <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Sano <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Traslado fallece <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Con Patología <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI					Gestas <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Abortos <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Vaginales <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Nacidos vivos <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Viven <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Fin anterior embarazo Parto <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Aborto <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Ectópico <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Molar <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI No aplica <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI RN de mayor peso <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI				
<b>EGRESO MATERNO</b> Hora <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Día <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Mes <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Sano <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Traslado Fallece <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Con Patología <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI					Gestas <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Abortos <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Vaginales <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Nacidos vivos <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Viven <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Fin anterior embarazo Parto <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Aborto <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Ectópico <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Molar <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI No aplica <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI RN de mayor peso <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI				

Anexo 2:

Primera ecografía

Ecograf

EDAD: 29 AÑOS  
FECHA: VIERNES 24 DE OCTUBRE DEL 2014 09:01 Hrs

TICKET:  
H. C.: 8770

#### DESCRIPCION DEL EXAMEN ECOGRAFICO

##### UTERO:

AUMENTADO DE TAMAÑO Y DE VOLUMEN FISIOLÓGICAMENTE  
MIOMETRIO HOMOGENEO HIPO ECOGENICO SIN EVIDENCIA DE  
LESIONES FOCALES O NODULARES AL MOMENTO DEL EXAMEN

**CAVIDAD ENDOMETRIAL** OCUPADO, CONTIENE SACO GESTACIONAL CENTRAL  
DE 84 mm. DE EJE LONGITUDINAL. REACCION DECIDUAL ADECUADA CORION  
ANTERIOR DE 4 mm. CONTIENE EMBRION UNICO DE 16.96mm. DE LCN,  
ACTIVIDAD CARDIACA DEFINIDA. LIQUIDO AMNIOTICO DE VOLUMEN  
CONSERVADO. PLACENTA POSTERIOR.

**OVARIO DERECHO:** DE 30 x 18 mm. CARACTERES ECOGRAFICOS NORMALES.  
NO SE OBSERVAN LESIONES EXPANSIVAS SÓLIDAS NI QUISTICAS.

**OVARIO IZQUIERDO:** DE 29 x 19 mm. CARACTERES ECOGRAFICOS NORMALES.  
NO SE OBSERVAN LESIONES EXPANSIVAS SÓLIDAS NI QUISTICAS.

NO SE APRECIAN ALTERACIONES A NIVEL DE LAS TROMPAS UTERINAS  
NO SE EVIDENCIA COLECCION LIQUIDA EN EL FONDO DE SACO DE  
DOUGLAS.

#### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- GESTACION UNICA ACTIVA DE 08 SEMANAS 1 DIA POR L.C.N.

SERVICIO DE ECOGRAFIA

Dr. MOISES CONDE ALEGRIA  
MEDICO CIRUJANO - CMP 47496



Anexo 3:

Resultado de laboratorio particular

Ind. Dr (a)	:	29 años	
Fecha	:	campana	
	:	02 de noviembre del 2014	
BIOQUIMICA		REPORTE DE ANALISIS	
ANALISIS	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA	UNIDADES
COLESTEROL TOTAL	159	< 200	mg/dl
TRIGLICERIDOS	116	< 150	mg/dl
GLUCOSA	72	(60 - 110)	mg/dl
RPR	REACTIVO 8 diles		




Jairo Cruzado Rivera  
Tecnólogo - Médico  
CTMP: 3857

Av. Miguel Grau N° 363 San Gabriel Alto - Villa Maria del Triunfo / Telf.: 283-2637

Anexo 4:

Resultado de prueba rápida de Hospital María Auxiliadora


 ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN  
 CONTROL DEL VIH SIDA  
 TAMIZAJE DE VIH Y SIFILIS CON  
 PPRUEBA RAPIDA

Nº H.C.	S/M.	EDAD	29
---------	------	------	----


NOMBRES Y APELLIDOS:

GESTANTE	SI	NO GESTANTE	
E.G.	1/55	<del>I TRIM</del>	II TRIM III TRIM

RESULTADO

VIH	SIFILIS
NO REACTIVO	NO REACTIVO

FECHA: 07/NOV/14

  
 Obst. Responsable del Resultado  
 Firma y Sello



Anexo 5:

Resultado de laboratorio del Instituto Nacional de Salud

ESTABLECIMIENTO CONSULTORIO PARTICULAR  
MÉDICO  
DOC REFERENCIA BV 0027160  
ENFERMEDAD SIFILIS  
LABORATORIO LAB BTS  
TIPO DE MUESTRA SUERO  
CODIGO DE MUESTRA INS042697215  
FECHA DE OBTENCION DE MUESTRA 20/04/2015  
FECHA DE RECEPCION LAB REG  
FECHA DE RECEPCION EN INS 20/04/2015

PRUEBAS

FTA-ABS SIFILIS Fecha: 21/04/2015

Reactivo

Interpretación:

Observaciones:

RPR SIFILIS Fecha: 21/04/2015

REACTIVO

64 Dils

Interpretación:

Observaciones:

Fecha Primera Visualización: 23/04/2015 03:52:46 p.m.

Capac Yupanqui 1400 Telefono 4719920 Jesus Maria Lima 11



COORD. DE LABORATORIO:  
Bigo. Jose Luis Portilla Carbajal  
CBP 1019

Fecha: 24/04/2015 Hora: 12:42 p.m.