



UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE LABORATORIO CLÍNICO**

TRABAJO DE TITULACIÓN

**INFORME DE ESTUDIO DE CASO PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE LICENCIADO EN LABORATORIO CLÍNICO**

TEMA

“DETECCIÓN DE SIFILIS EN UNA USUARIA GESTANTE”

Estudio de caso aplicado en el Hospital Básico El Carmen del Cantón el
Carmen durante el periodo de junio del 2016

AUTORA

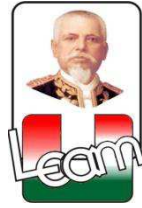
Andrea Geovanna Palacios Arcentales

TUTORA

Dra. Isabel Vaca F. Mgs.

MANTA - ECUADOR

Febrero 2017



CERTIFICACIÓN

Dra. Isabel Cumanda Vaca Flores, Docente de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, certifica que:

El estudio de caso realizado por Lic. Santos Bravo Loor bajo el título “**DETECCIÓN DE SIFILIS EN UNA USUARIA GESTANTE**” reúne los requisitos de calidad, originalidad y presentación exigibles a una investigación científica y que han sido incorporadas al documento final, las sugerencias realizadas, en consecuencia, está en condiciones de ser sometida a la valoración del Tribunal encargada de juzgarla.

Y para que conste a los efectos oportunos, firma la presente
_____, a _____

Estudio de caso aprobado luego de haber dado cumplimiento a los requisitos exigidos, previo a la obtención del título de **LICENCIADA EN LABORATORIO CLÍNICO**.

Dra. Isabel Cumanda Vaca Flores

DOCENTE



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, Andrea Geovanna Palacios Arcentales. Portador de la cédula de identidad No. 1315465250, declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo a la obtención del título de **“Licenciada en Laboratorio Clínico”** son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola, exclusiva responsabilidad legal y académica.

AUTORA

Andrea Geovanna Palacios Arcentales

131546525-0



DEDICATORIA

Con especial cariño y entrega dedico todo este esfuerzo a mis padres PALACIOS LOPEZ BRAULIO GEOVANNY y ARCENTALES SUAREZ YONICA CLAIRE motores que me impulsan a salir adelante a no desmayar y sobre todo valorar el esfuerzo, la perseverancia y el interés en culminar metas propuestas.

AUTORA

Andrea Geovanna Palacios Arcentales

131546525-0



AGRADECIMIENTO

A la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí y a sus autoridades por la apertura y oportunidad de estudiar en esta modalidad y culminar con éxito mi carrera universitaria.

A la directora del proyecto Dra. Isabel Vaca Flores por asesorar y conducir y aportar con ideas al desarrollo y culminación de este importante aporte investigativo.

A los señores tutores/as, de todos los semestres por su orientación y producción de instrumentos valiosos que me han permitido afianzar mis conocimientos.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida, a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida.

AUTORA

Andrea Geovanna Palacios Arcenales

131546525-0



UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Previo el cumplimiento de los requisitos de Ley, el Tribunal otorga la calificación de:

MIEMBRO DEL	_____	_____
JURADO CALIFICADOR	Calificación	Firma

MIEMBRO DEL	_____	_____
JURADO CALIFICADOR	Calificación	Firma

TUTORA DEL	_____	_____
ESTUDIO CASO	Calificación	Firma

CALIFICACIÓN FINAL: _____

SECRETARIA _____

INDICE

RESUMEN	vii
1. JUSTIFICACIÓN:	1
2. INFORME DEL CASO	3
2.1. DEFINICIÓN DE CASO.....	3
2.2. DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS EN LA GESTANTE.....	5
2.3. METODOLOGÍA.....	11
3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	16
3.1. Denominación	16
3.2. Objetivos	16
3.3. Fundamentación de la propuesta.....	16
3.4. Factibilidad de la Aplicación	17
3.5. Actividades y tareas.....	17
4. BIBLIOGRAFÍA.....	19
5. ANEXOS.....	21

RESUMEN

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

En esta investigación se analizó la historia clínica perinatal de una gestante con VDRL reactivo, que acude a la Unidad Anidad al Hospital Básico El Carmen durante el 2016, es un estudio descriptivo, retrospectivo, y estadístico se tomó como universo a una usuaria de 21 años de edad, con embarazo de 20.1 semanas gestacionales, con prueba no Treponémicas positiva.

Este estudio de caso permitió establecer una propuesta para fortalecer los conocimientos de los profesionales de salud que laboran en esta unidad de salud, con la socialización y aplicación de la GUÍA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TRANSMISIÓN DE LA SÍFILIS CONGÉNITA.

PALABRAS CLAVE: SIFILIS, MUJER EMBARAZADA, CONTROL, PREVENCIÓN

ABSTRACT

Despite the existence of prophylactic measures, such as condom use, and effective and relatively inexpensive therapeutic options, syphilis continues to be a global problem, with 12 million people infected every year. Pregnant women infected with syphilis can transmit the infection to Fetus (congenital syphilis), which causes severe adverse pregnancy outcomes in 80% of cases. The estimated number of pregnancies affected is two million each year; Of these, about 25% end in stillbirth or miscarriage and in another 25% the newborn has low birth weight or severe infection.

This study analyzed the perinatal history of a pregnant woman with reactive VDRL, who goes to the Anidad Unit at the El Carmen Basic Hospital during 2016, is a descriptive, retrospective, and statistical study was taken as a universe to a 21 year old user Of age, with pregnancy of 20.1 gestational weeks, with positive non-Treponemal test.

This case study made it possible to establish a proposal to strengthen the knowledge of the health professionals who work in this health unit, with the socialization and application of the PREVENTION AND CONTROL GUIDE FOR THE TRANSMISSION OF THE CONGENITAL SYPHILIS.

KEYWORDS: SIFILIS, PREGNANT WOMAN, CONTROL, PREVENTION

CAPÍTULO I

1. JUSTIFICACIÓN

A pesar de existir medidas profilácticas, como el uso del preservativo, y opciones terapéuticas eficaces y relativamente baratas, la sífilis sigue constituyendo un problema a escala mundial, con 12 millones de personas infectadas cada año. Las mujeres embarazadas infectadas por sífilis pueden transmitir la infección al feto (sífilis congénita), lo cual provoca resultados adversos graves para el embarazo en un 80% de los casos. La cifra estimada de embarazos afectados es de dos millones cada año; de éstos, alrededor de un 25% termina en muerte fetal o aborto espontáneo y en otro 25% el recién nacido presenta bajo peso al nacer o infección grave, dos factores asociados con un mayor riesgo de muerte perinatal. A pesar de todo, por lo general sigue infravalorándose la carga que representa la sífilis congénita. A diferencia de la mayoría de infecciones neonatales, la sífilis congénita es una enfermedad prevenible que podría eliminarse mediante un cribado prenatal eficaz y el tratamiento de las embarazadas infectadas. La eliminación de la sífilis congénita reduciría el número de abortos, muertes fetales, partos prematuros, neonatos de bajo peso al nacer y muertes perinatales, lo que contribuiría a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud materno infantil. (Organización mundial de la Salud 2008)

Ecuador en relación a las infecciones de transmisión sexual, en 2009 se notificó 215 casos de sífilis gestacional y 111 casos de sífilis congénita, en mayor afectación en la provincia de la Costa ecuatoriana. (INEC abril, 2013)

En el Cantón El Carmen no se cuenta con datos estadísticos específicos ya que a pesar de múltiples estrategias realizadas para que la usuaria gestante asista a las instituciones públicas a controles médicos periódicos, hay una incidencia de lamentablemente 2.3 % de revisiones durante los meses de gestación, dificultando con estas conductas la detección de Infecciones de Transmisión sexual en el embarazo. (Departamento de estadística de la Dirección Distrital 13D05 El Carmen 2016).

A pesar que la Sífilis ha disminuido al paso de los años, esta continúa siendo un problema de salud pública, considerándose incluso como unas de las primeras causas de mortalidad uterina en casi en la mitad de los casos (Espinoza de los reyes 2004), siendo importante entonces detectar tempranamente esta infección en las mujeres gestantes, para prevenir complicaciones obstétricas como el aborto espontáneo, la sífilis congénita y muerte fetal.

En el Cantón El Carmen no existen datos específicos de la prevalencia de la Sífilis en mujeres embarazadas, así como un conocimiento de los factores de riesgo que favorecen una mayor probabilidad de infección de esta patología.

El Ministerio de Salud Pública cuenta con guías de Prácticas Clínicas para la prevención y manejo clínico de esta infección pero poco a nada se puede realizar si entre la población no existe cambios conductuales de protección donde se fomente que si se va a iniciar o mantener relaciones sexuales- coitales sea esta de manera responsable.

En este estudio de caso se detallara, datos relevantes de la detección de la Sífilis en una gestante que acude al área de consulta externa de la Unidad Anidada al Hospital Básico El Carmen, análisis que fortalecerá los conocimientos teóricos prácticos de los profesionales que laboran en esta casa de salud.

CAPÍTULO II

2. INFORME DEL CASO

2.1. DEFINICIÓN DE CASO

Detección de Sífilis en una Usuaría Gestante que acude a la Consulta externa de la Unidad Anidada al Hospital Básico El Carmen.

Los actores Implicados en este estudio son:

- Usuaría Gestante
- Profesionales médicos, Enfermeras y Laboratorista
- Médicos especialistas en Ginecología
- Estadísticos

SÍFILIS

Las ITS tienen efectos profundos en la salud sexual y reproductiva en todo el mundo y figuran entre las cinco categorías principales por las que los adultos buscan atención médica. Cada día más de 1 millón de personas contraen una infección de transmisión sexual. Se estima que, anualmente, unos 357 millones de personas contraen alguna de las cuatro ITS siguientes: clamidiasis (131 millones), gonorrea (78 millones), sífilis (5,6 millones) o tricomoniasis (143 millones). (OMS, agosto 2016).

La sífilis es una enfermedad infecciosa de transmisión sexual causada por la bacteria **espiroqueta Treponema pallidum.** Un bacilo gran negativo móvil de forma helicoidal, espiral o sacacorchos, ahusadas en sus extremos que mide 0,1 a 3 Mm de diámetro por 5 a 120 Mm de longitud sus hospederos naturales son los humanos, los grandes monos y los conejos, es un organismo que resiste muy poco a la desecación y la temperatura ya que muere a 42° C después de una hora, es afectado por antisépticos como el jabón sin embargo hasta un año temperaturas de 70°C bajo cero (Gonzales – Saldaña, 2004).

Esta bacteria causa la infección al penetrar en la piel o en las membranas mucosas rotas, por lo general de los genitales. Esta enfermedad casi siempre se transmite por contacto sexual, aunque también se puede transmitir de otras formas

La sífilis ocurre en todo el mundo, principalmente en áreas urbanas. La cantidad de casos está aumentando más rápidamente en los hombres homosexuales. La población de

más alto riesgo son los adultos jóvenes con edades que van desde los 15 hasta los 25 años. Las personas no tienen ninguna resistencia natural a esta enfermedad.

Para realizar un adecuado diagnóstico de la sífilis, es necesario conocer las siguientes definiciones: Caso de sífilis gestacional: Toda mujer embarazada, púrpura o con aborto reciente, con evidencia clínica de úlcera genital o lesiones compatibles con sífilis secundaria y/o pruebas serológicas reactivas, que no ha recibido tratamiento o el tratamiento no ha sido adecuado para sífilis durante la presente gestación.

En la embarazada, se considera el primer resultado serológico reactivo, independientemente de la titulación o del tipo de prueba utilizada (prueba treponémica, prueba rápida o FTA-Abs) o una prueba no treponémica VDRL O RPR (Venereal Disease Research Laboratory) y (Reaginina Plasmática Rápida). Desde el punto de vista programático y epidemiológico, se consideran todas las serologías positivas como diagnósticos de presunción (o posibles diagnósticos), a fin de asegurar el tratamiento precoz.

Caso de sífilis congénita:

- Todo niño, aborto o mortinato, cuya madre tiene evidencia clínica de úlcera genital o lesiones compatibles con sífilis secundaria y/o prueba treponémica (incluidas prueba treponémica rápida), o no treponémica reactiva durante la gestación, parto o puerperio, que no haya sido tratada o haya sido tratada inadecuadamente (tratamiento incompleto o con medicamento diferente a la penicilina benzatínica de 2'400.000 UI).
- Todo niño con una o varias manifestaciones clínicas sugestivas de SC al examen físico y/o evidencia radiográfica de SC y/o resultado positivo de una prueba treponémica o no treponémica.
- Todo neonato con títulos de RPR/VDRL cuatro veces mayor que los títulos de la madre o lo que equivale a un cambio en dos diluciones o más de los títulos maternos. Por ejemplo, de 1:4 en la madre a 1:16 en el neonato.
- Producto de la gestación o placenta con evidencia de infección por *Treponema pallidum* en el estudio Anátomo-patológico.

2.2 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 aplicarán 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 son de 2 tipos:

- Treponémicas (T), incluyendo pruebas rápidas
- No Treponémicas (NT)

Las pruebas no treponémicas incluyen el VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) y el RPR (Reaginina 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 colagenopatías 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 (microhaemagglutination 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;

**RESULTADO E INTERPRETACIÓN DE LAS PRUEBAS
SEROLÓGICAS NT: NO TREPONÉMICAS T:
TREPONÉMICAS**

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

Fuente: OPS-CLAP, Unicef, AECID. Guía clínica para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe.

Dado que las personas pueden ignorar que están infectadas con sífilis, muchos estados exigen exámenes para detectar esta enfermedad antes del matrimonio. A todas las mujeres embarazadas que reciben atención prenatal se les debe hacer un examen de detección de sífilis con el fin de evitar que la infección se transmita al bebé recién nacido (sífilis congénita).

- La sífilis tiene tres etapas:
- Sífilis primaria
- Sífilis secundaria
- Sífilis terciaria (la fase tardía de la enfermedad)

Los síntomas de sífilis primaria son:

- Una pequeña llaga o úlcera abierta e indolora (llamada chancro) en los genitales, la boca, la piel o el recto que sana por sí sola en 3 a 6 semanas.
- Inflamación de los ganglios linfáticos en la zona de la úlcera.

- La bacteria continúa multiplicándose en el cuerpo, pero hay pocos síntomas hasta la segunda etapa.

Los síntomas de la sífilis secundaria pueden incluir:

- Una erupción cutánea, generalmente en las palmas de las manos y plantas de los pies.
- Úlceras llamadas parches mucosos en o alrededor de la boca, la vagina o el pene.
- Parches húmedos y verrugosos (denominados condilomas sifilíticos) en los órganos genitales o los pliegues de la piel.
- Fiebre
- Indisposición general
- Inapetencia
- Dolores musculares
- Dolor articular
- Inflamación de los ganglios linfáticos
- Cambios en la visión
- Pérdida del cabello

Los síntomas de la sífilis terciaria dependen de cuáles órganos hayan sido afectados. Varían ampliamente y pueden ser difíciles de diagnosticar. Los síntomas de esta sífilis incluyen:

- Daño al corazón que causa aneurismas o valvulopatía
- Trastornos del sistema nervioso central (neurosífilis)
- Tumores de la piel, los huesos o el hígado
- Pruebas y exámenes

El médico o el personal de enfermería lo examinarán. Los exámenes que se pueden hacer incluyen:

Examen del líquido de la úlcera

Ecocardiografía, angiografía aórtica y cateterismo cardíaco para examinar los vasos sanguíneos mayores y el corazón

Punción raquídea y un análisis del líquido cefalorraquídeo

Exámenes de sangre para buscar la bacteria de la sífilis (RPR, VDRL, prueba sérica con azul de toluidina sin calentar o TRUST, por sus siglas en inglés)

En caso de que las pruebas RPR, VDRL o TRUST tengan resultados positivos, será necesario uno de los siguientes exámenes para confirmar el diagnóstico:

Para tratar la sífilis durante el embarazo, la penicilina es la opción farmacológica. No se puede utilizar tetraciclina en el tratamiento debido a que es peligrosa para el feto. La eritromicina puede no prevenir la sífilis congénita en el feto. Lo ideal es desensibilizar a las personas alérgicas a la penicilina y luego tratarlas con este fármaco.

Varias horas después de recibir el tratamiento para las etapas iniciales de la sífilis, las personas pueden experimentar la reacción de Jarisch Herxheimer. Este proceso es causado por una reacción inmunitaria a los productos de degradación de la infección.

Los síntomas de esta reacción abarcan:

- Escalofríos
- Fiebre
- Sensación de indisposición general (malestar)
Dolor de cabeza
- Dolores articulares
- Dolores musculares
- Náuseas
- Salpullido
- Estos síntomas generalmente desaparecen al cabo de 24 horas.

Se debe hacer exámenes sanguíneos de control a los 3, 6, 12 y 24 meses para asegurarse de que la infección desaparezca. Evite el contacto sexual cuando el chancro está presente. Use condones hasta que dos exámenes de control hayan indicado que la infección se ha curado, con el fin de reducir la probabilidad de transmitir la infección.

Todos los compañeros sexuales de la persona con sífilis también se deben tratar. La sífilis es extremadamente contagiosa en las fases primaria y secundaria. (ADAN, diciembre 2016)

Embarazo

El embarazo o gravidez (de grávido, y este del latín gravidus) es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto, en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. En teoría, la gestación es del feto y el embarazo es de la mujer, aunque en la práctica muchas personas utilizan ambos términos como sinónimos.

En la especie humana las gestaciones suelen ser únicas, aunque pueden producirse embarazos múltiples. La aplicación de técnicas de reproducción asistida está haciendo aumentar la incidencia de embarazos múltiples en los países desarrollados.

El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto (aquel a partir del cual puede sobrevivir extraútero sin soporte médico). (Diccionario de la lengua española (vigésima segunda edición), Real Academia Española, 2001.)

Las Infecciones de transmisión sexual (ITS) son un grupo de padecimientos infectocontagiosos que se adquieren y difunden principalmente por vía sexual, aunque también pueden ser transmitidas de la madre hacia el hijo durante el embarazo.

Pueden ser de origen bacteriano, viral, micótico o parasitario, todas ellas de gran importancia epidemiológica; dentro de los más de 20 agentes patógenos que se transmiten en el humano a través del contacto sexual, se encuentra el *Treponema pallidum*, que es el agente causal de la sífilis adquirida y de la sífilis congénita.

La sífilis congénita es la enfermedad de transmisión sexual adquirida in útero, como producto de la transmisión de la madre al feto vía trasplacentaria, o ya bien al momento del parto, por contacto con lesiones genitales de la madre.

El *Treponema pallidum* es el agente etiológico de la sífilis y es una bacteria del tipo espiroqueta (en forma de espiral), que mide de 6 a 15 μ de largo por 0.2 μ de ancho⁵. Su único huésped natural es el humano, en quien produce lesiones sifilíticas, aunque puede

infectar a muchos mamíferos, pero sin manifestarse clínicamente; esta bacteria es la causante de la sífilis adquirida y la sífilis congénita.). (Napoleón Gonzales Saldaña-2004)

Aunque la transmisión del *T. Pallidum* de la madre al producto puede producirse en cualquier momento del embarazo, el riesgo de transmisión materno-fetal puede variar de acuerdo al estado infeccioso de la madre.

Puede ser del 10% en casos en que ésta curse con infección tardía latente, o del 40% cuando se curse con infección temprana latente y hasta del 95% cuando la madre curse con sífilis primaria no tratada; es decir que el riesgo de transmisión del agente de la madre hacia el producto, es inversamente proporcional al tiempo de evolución del padecimiento en la madre, así como al tratamiento recibido por ésta.

Dependiendo del período de aparición de la sintomatología, la sífilis congénita se clasifica en temprana (antes de los dos años) y tardía (después de los dos años de vida). (Napoleón Gonzales Saldaña-2004)

2.3. METODOLOGÍA

Tipo de estudio:

- Descriptivo
- Retrospectivo
- Estadístico

Universo:

Gestante que acuden a la Unidad Anidada al Hospital Básico El Carmen.

Criterio de inclusión.

Historia clínica de la usuaria que asiste a la unidad Anidada y Hospital Básico El Carmen

Listas de preguntas

¿Cuál es la prevalencia de Sífilis en el gestantes que acuden a la unidad Anidada al Hospital Básico El Carmen?

¿En que rango de edades es más frecuente esta infección?

¿Cuál es el medio de diagnóstico más utilizado para detectar esta infección de transmisión sexual?

Fuente de información.

- Datos estadísticos
- Historia clínica perinatal
- Fuentes bibliográficas

Historia Clínica de la Usuaria Gestante:

Datos generales:

Historia Clínica: 96938

Nombres y Apellidos: Kiara Elaine Rodríguez Loor

Fecha de Nacimiento: 17 de julio del 1995

Ocupación actual: Ama de casa

Domicilio: El Carmen- Barrio Plan de Vivienda

Edad: 21 años

Grupo Sanguíneo A Rh positivo

FUM: 11 /08/ 2015

Sin antecedentes familiares y personales de: Tuberculosis; Diabetes, Hipertensión; Preeclampsia; Eclampsia y otra condición médica grave.

Sin antecedentes Obstétricos, Usuaría refiere que no planifico el embarazo actual y que fue producto del fracaso del método anticonceptivo hormonal que tomaba.

Primera consulta prenatal

29/12/ 2015:

Llega a la consulta donde la obstetra que la atiende, por última fecha de Menstruación le determina embarazo de 20.1 semanas gestacionales, por cumplimiento de normativa y lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud Pública le envía la orden para realizase los exámenes solicitados en los controles prenatales, los cuales son:

- Biometría Hemática completa
- EMO Y GRAM
- Tipificación Sanguínea
- Química Sanguínea
- VDRL Y VIH

Citándola el 29/01/2016, para revisar los resultados de laboratorio.

El 22/01/2016 se realiza los exámenes de laboratorio dando los siguientes valores:

PARÀMETRO	RESULTADOS	Rango – Ref
WBC	7.3 x 10 ⁹ /L	4.0 - 10.0
Lymph	2.3 x 10 ⁹ /L	0.8 - 4.0
Mid	0.6 x 10 ⁹ /L	0.1 - 1.5
Gran	4.4 x 10 ⁹ /L	2.0 - 7.0
Lymph %	31.5 %	20.0 - 40.0
Mid %	8.0 %	3.0 - 15.0
Gran %	60.5 %	50.0 - 70.0
HGB	9.4 g/dl	11.0 - 16.0
RBC	3.61 x 10 ⁹ /L	3.5 - 5.5
HCT	30.1 %	37.0 - 54.0
MCV	83.6 fL	80.0 -100.0
MCH	26.0 pg	27.0 - 34.0
MCHC	31.2 g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV	H 21.5 %	11.0 - 16.0
RDW-SD	H 58.4 fL	35.0 - 56.0

SEROLOGÌA.

VDRL: Reactivo 1/8

H.I.V: No reactivo

El 25/02/ 2016, la Obstetriz al revisar los resultados envía una referencia para la Especialidad de Ginecología, solicitando que se repita la prueba de VDRL, para datos de confirmación.

La referencia es recibida por la Doctora Ginecóloga del Hospital Básico El Carmen. El 26/02/2016.

FECHA	NOTAS DE EVOLUCIÓN	PRESCRIPCIÓN MÈDICA
25/01/2016	<p>Edad :20 años FUM: 11-08-2015 EG : 23,5 semanas MC :Control prenatal EA : Asintomática Ex Físico. Abdomen: Gestante, Feto único vivo, 7 CF AU (-) MF (+); AFU 22cm RIG: Secreción vaginal escasa, blanquecina, no mal olor. MI : Sin patología IDg : Embarazo de 23,5 semanas + vaginosis + VDRL Reactivo+ Anemia moderada. Examen 22-01-2016.</p>	<p>1.- control en 1 mes 2.- Signos de alarma 3.- SCORE MAMÀ 4.- Referencia a Ginecología 5.- Hierro+ Ácido Fólico 1 tableta cada 12 horas x 30 días. 6.- Calcio 500 mg, 1 tableta por noche 7.-Consejeria en alimentación 8.- Consejería V.I.H Y VDRL 9.- Novedades 10.- Metronidazol 500 mg 1 tableta 12 horas por 7 días.</p> <p>Obst. Ana Agurto.</p>
26/01/2016	<p>Usuaría primigesta que presenta embarazo de 22 semanas con VDRL reactivo 1/8 Paciente se repite examen en laboratorio particular y queda en traer resultados</p>	<p>1.- VDRL 2.- Odontología 3.- Penicilina Benzatinica ampolla 2.400.000 U.I.</p> <p>Dra. Bárbara Arellano. GINECO-OBSTETRA</p>
26/02/2016	<p>Acude para presentar resultados de laboratorio. VDRL reactivo 1/ 4 Embarazo de +- 26,3 semanas Hb. 9,4 g/ dl</p>	<p>1.- Encifer ampolla N° 2 2.- Liminifer tabletas N° 30 3.- Calcio Tableta N° 30</p> <p>Dra. Bárbara Arellano. GINECO-OBSTETRA</p>
01/04/2016	<p>Acude al control con diagnóstico de embarazo de 31.3 semanas, más VDRL positivo 1/8, por indicaciones médicas la pareja se realiza examen, con resultados negativos, usuaria con tratamiento de Penicilina</p>	<p>Encifer ampolla N° 1</p> <p>Dr. Martín Rodríguez Almeida ESP. GINECOBSTETRICIA</p>

27/04/2016	<p>Benzatinica prescrita por la Doctora Gineco-Obstetra.</p> <p>Paciente que se ha administrado 3 dosis de Encifer, refiere que en ocasiones moja la ropa interior, se le observa mucosa húmeda y normo coloradas, se observa con espéculo; cuello de 2cc de longitud, no leucorrea, no salida de líquido amniótico, se indica ECO para valorar volumen de líquido. Dg de 31.3 semanas por FUM</p>	<p>1.- Nifedipino 1 tableta cada 8 horas x2 semanas 2.- Eco 3.- Biometría y VDRL de control</p> <p>Dr. Martin Rodríguez Almeida ESP. GINECOBSTETRICIA</p>
11/05/2016	<p>Embarazo de 37,1 refiere dolor en el bajo vientre, se le realiza tacto vaginal, cuello a 3, cm de dilatación, permeable a 2 dedos apretados membranas sanas cefálica primer plano, frecuencia cardiaca fetal normal. ID. 37.1 semanas de gestación, hipódromo de parto.</p>	<p>Liminfer VO, una tableta diaria</p> <p>Dr. Martin Rodríguez Almeida ESP. GINECOBSTETRICIA</p>
24/06/2016	<p>Pacte. de 20 años de edad, con antecedentes de salud, gesta 1 , para 1, aborto cero Diagnóstico Dermatitis en el embarazo</p>	<p>Dr. Martin Rodríguez Almeida ESP. GINECOBSTETRICIA</p>

Exámenes de control

24-03-2016

PARÀMETRO	RESULTADOS	Rango – Ref
WBC	7.9 x 10 ⁹ /L	4.0 - 10.0
Lymph	2.4 x 10 ⁹ /L	0.8 - 4.0
Mid	0.4 x 10 ⁹ /L	0.1 - 1.5
Gran	5.1 x 10 ⁹ /L	2.0 - 7.0
Lymph %	30.6 %	20.0 - 40.0
Mid %	5.2 %	3.0 - 15.0
Gran %	64.2 %	50.0 - 70.0
HGB	9.4 g/dl	11.0 - 16.0
RBC	3.64 x 10 ⁹ /L	3.5 - 5.5

HCT		31.0	%	37.0 - 54.0
MCV		85.3	fL	80.0 -100.0
MCH		25.8	pg	27.0 - 34.0
MCHC		30.3	g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV	H	21.0	%	11.0 - 16.0
RDW-SD	H	61.9	fL	35.0 - 56.0

10-05-2016

PARÀMETRO		RESULTADOS		Rango – Ref
WBC		8.3	x 10 ⁹ /L	4.0 - 10.0
Lymph		2.5	x 10 ⁹ /L	0.8 - 4.0
Mid		0.5	x 10 ⁹ /L	0.1 - 1.5
Gran		5.3	x 10 ⁹ /L	2.0 - 7.0
Lymph %		29.7	%	20.0 - 40.0
Mid %		6.4	%	3.0 - 15.0
Gran %		63.9	%	50.0 - 70.0
HGB		11.8	g/dl	11.0 - 16.0
RBC		4.1	x 10 ⁹ /L	3.5 - 5.5
HCT		36.9	%	37.0 - 54.0
MCV		92.1	fL	80.0 -100.0
MCH		29.0	pg	27.0 - 34.0
MCHC		31.9	g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV	H	24.5	%	11.0 - 16.0
RDW-SD	H	77.9	fL	35.0 - 56.0

CAPÍTULO III

3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

3.1. Denominación

Debido a la investigación realizada, se ha observado que la mayor infección por Sífilis se presenta en las mujeres en edades fértiles y embarazadas que desconocen medidas de prevención y tratamiento de esta contagio por lo que se presenta la GUÍA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DE LA SÍFILIS CONGÉNITA.

3.2 Objetivos

- Socializar la guía a todo el personal de salud que labora en la Unidad Anidada al Hospital Básico El Carmen.
- Capacitar al personal que labora en la Unidad Anidada sobre prevención, manejo y tratamiento de la Sífilis congénita.
- Instruir los principales agentes patógenos causantes de la infección y sus diferentes formas de contagio.

3.3 Fundamentación de la propuesta

La sífilis es una enfermedad infecciosa exclusiva del ser humano de transmisión sexual, sanguínea, y perinatal causada por la espiroqueta *Treponema pallidum* y que se desarrolla en etapas agudas asintomáticas o sintomáticas hasta infecciones crónicas causantes de graves secuelas y discapacidades, si no es detectada y tratada adecuadamente. La Sífilis congénita es el resultado de la transmisión de la infección por vía perinatal al recién nacido, que puede ocurrir in útero por paso transplacentario o durante el paso a través del canal del parto. La probabilidad de que la enfermedad se transmita de una madre infectada que no ha recibido tratamiento a su hijo es de aproximadamente 70%, pero tiene rangos amplios (30-100%), dependiendo del tiempo

de la primo infección de la madre. La transmisión de la sífilis ocurre in útero pero las manifestaciones clínicas aparentes en el recién nacido son muy variables, por tal antecedente la detección de esta infección durante las primeras semanas de gestación son de vital importancia para prevenir patologías y mejorar la salud del binomio madre hijo.

3.4 Factibilidad de la Aplicación

La aplicación de esta propuesta será factible porque existen los recursos físicos, materiales, intelectuales y humanos suficientes en la Unidad Anidad para llevar a cabo estas acciones y detectar a tiempo una infección de transmisión sexual por medio de una educación preventiva.

3.5 Actividades y tareas

Actividades:

- Presentar la propuesta a los directivos de la unidad Distrital para su aprobación
- Realizar un taller a todo el personal que labora en la unidad anidada sobre la guía de prevención y control de la transmisión materno infantil de la sífilis congénita.

Tareas:

- Preparar material físico y audiovisual de apoyo
- Seleccionar los expositores calificados
- Seleccionar lugar, fecha y hora ara realización del taller

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y TAREAS

ACTIVIDAD	enero	feb	marz	abril
Presentar la propuesta a los directivos de la unidad Distrital para su aprobación	X			
Preparar material físico y audiovisual de apoyo.		X		
Seleccionar los expositores calificados		X	X	
Seleccionar lugar, fecha y hora ara realización del taller.		X	X	
Realizar un taller a todo el personal que labora en la unidad anidada sobre la guía de prevención y control de la transmisión materno infantil de la sífilis congénita.			X	X

CONCLUSIONES.

- La sífilis es de fácil prevención, sin embargo esta infección continua presentándose en las consultas prenatales.
- Los patrones culturales y conductuales inadecuados que existen dentro la población masculina inciden en factores de riesgo y transmisibilidad de esta infección ya que aún se considera el uso del preservativo un tabú entre esta población.
- Que las usuarias que presentan VRDL reactivo, no acuden a la consultas prenatales de forma periódica, dificultando con esto el tratamiento y seguimiento del embarazo y parto
- Que por falta de insumos e equipos no se realizan las pruebas treponémica, para confirmación a toda gestante que presente prueba no treponémica positiva.
- Que existe desconocimiento del protocolo de prevención y tratamiento de la sífilis por parte del personal médico y de enfermería.

4.-BIBLIOGRAFÍA

1. Guía práctica, Precauciones Universales con sangre y fluidos corporales en la atención de Ginecología y Neonatología. Ministerio de Salud Pública de Chile, Junio 2006.
2. Recomendaciones CEVIHP/SEIP/ AEP/SPNS respecto al tratamiento antirretroviral en niños y adolescentes infectados por el VIH. Ministerial de Sanidad y Consumo. Madrid. 2005.
3. Working Group on Antiretroviral Therapy and Medical Management of HIV-Infected Children. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection. October 26, 2006.
<http://aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/PediatricGuidelines.pdf>
4. World Health Organization-UNICEF. Integrated Management of Childhood Illness for high-HIV settings. 2005
- 5.--Caro B, Prevención de transmisión vertical de VIH madre a hijo y evolución del recién nacido y lactante expuesto, Chile, Junio 2006.
6. PNS 2007 Historia clínica de Mujeres embarazadas, expuestos perinatales y VIH niños
7. Fortuny C. Manual Práctico de la Infección por VIH en el Niño. Segunda Edición. 2000.
8. Castrejón/Castaño/Nieto/Suman/Morós/Sáez-Llorens SIDA en niños.2003
9. American Academy of Pediatrics. Human Immunodeficiency Virus Infection. En Peter G (ed), 2006 Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases, 27th ed. Elk Grove Village (IL): 378-401
10. Guía para el tratamiento de las enfermedades infecciosas. OPS Tercera Edición 2007
11. Connor EM et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type1 with zidovudine treatment. N Engl J Med 1994, 331(18):1173-1180.
12. Thea DM et al and the New York City Perinatal HIV Transmission Collaborative Group. The effect of maternal viral load on the risk of perinatal transmission of HIV-1. AIDS, 1997, 11: 437- 444.

13. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestantes Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde Brazil,2003 15. NT N°024 -2005-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica Para La Prevención De La Transmisión Vertical (Madre-Niño) Del VIH. Lima, Perú, 2005

5.-ANEXOS.



Conversatorio con el Doctor Gineco-obstetra Martin Rodríguez Almeida. Médico Tratante del Hospital Básico El Carmen.