

Guías de atención integral en salud

Abordaje del paciente con sospecha o diagnóstico de Sífilis Gestacional (SG)

Fecha de realización: Octubre de 2010.

Realizado por: Dr. Germán Ochoa M. (G-O)

Toda paciente gestante deberá tener un manejo integral a cargo del médico familiar, quien se debe apoyar en el gineco-obstetra de la IPS básica y el equipo de salud requerido de acuerdo con la evaluación individual.

Los conceptos contenidos en esta guía pretenden orientar el abordaje de las gestantes con sospecha de Sífilis Congénita o Gestacional, sin embargo, todo paciente deberá recibir un manejo individualizado según sus condiciones particulares.

Para la elaboración de esta guía se verificaron fuentes de información confiables con el objetivo de proveer información completa y generalmente acorde con los estándares aceptados en el momento de edición. Dada la continua evolución de las ciencias médicas, en cualquier momento pueden surgir cambios sobre opciones de diagnóstico, tratamiento y farmacoterapia. Se sugiere a los lectores de esta guía confirmar la información contenida verificando las fuentes bibliográficas citadas y otras relacionadas con el tema, recomendamos además mantenerse al tanto de la evolución del tema en cuestión.

TAMIZACIÓN

VDRL a toda embarazada

- | | |
|--|------------------------------|
| 1. Al ingreso, independiente de la EG. | 3. Entre las semanas 28 y 32 |
| 2. Primer trimestre | 4. Parto |

(5)

FACTORES DE RIESGO SÍFILIS GESTACIONAL

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Mujeres solteras, adolescentes, migrantes o desplazadas.• Comportamiento sexual de riesgo: múltiples parejas, una nueva pareja en los últimos tres meses, más de una pareja en el último año. | <ul style="list-style-type: none">• ITS antecedente o actual.• Uso de psicoactivos.• Antecedentes de aborto tardío, mortinato, hidrops no inmune, parto pretérmino (PP). |
|--|--|

(1) (2) (3) (6) (7) (8)

DETECCIÓN EN LAS GESTANTES

- Existe riesgo de adquirir la enfermedad o reinfectarse durante el embarazo (5). Para evitar esto último se debe hacer búsqueda de contactos para suministrar asesoría, consejería, tratamiento y prueba de VIH (6) (7) (8).
- Ordenar VDRL cuando la gestación termine en aborto tardío, mortinato o parto pre término (1).
- Búsqueda, reclutamiento y seguimiento de la paciente.

(1) (5) (6) (7) (8)

CLASIFICACIÓN

- **S primaria:** Úlcera o chancro
- **S secundaria:** Rash cutáneos (sífilides), lesiones mucocutáneas, linfadenopatías.
- **S terciaria:** Lesiones cardíacas, oftálmicas, auditivas, gomatosas, neurológicas.
- **S latente:** Serología positiva sin manifestación clínica.
 - **Reciente o temprana:** adquirida en año precedente.
 - **Tardía:** de duración desconocida o mayor de un año.
 - **Indeterminada:** Duración desconocida.
- **Neurosífilis:** Manifestaciones clínicas (oftálmicas). Ésta requiere punción lumbar.

(1) (3) (8)

CASO CONFIRMADO

- Gestante con VDRL reactivo 1:8 diluciones o más o cualquier dilución.
- Gestante con VDRL en 1:4 o menos diluciones pero con prueba treponémica positiva.

(7) (8) (1) (6)

ELEMENTOS CLÍNICOS INDISPENSABLES EN TODA ATENCIÓN

Interrogar:

- Tiempo de posible contacto infectante.
- Presencia de úlceras genitales, lesiones eritemato-escamosas, adenopatías y otros signos o síntomas de sífilis,
- Antecedentes de serologías previas positivas y negativas y tratamientos recibidos.
- Riesgo de infección o reinfección en el transcurso del presente embarazo. Antecedentes de otras ITS en la embarazada y su compañero.

- **Falsos negativos:** fenómeno prozone, o infección reciente, incubación 10 a 90 días (promedio tres semanas) después de infección.
- **Falsos positivos:** enfermedad del colágeno, tuberculosis, malaria, virales, embarazo.
- Títulos del VDRL se correlacionan con la actividad de la enfermedad.
- Alergia a la penicilina.
- Interrogar por sexo protegido.

(2) (3) (5) (7) (8)

SIEMPRE: Ordenar a la gestante, si es caso confirmado de sífilis: D y G de flujo AgSHB y VIH (3)

TRATAMIENTO SÍFILIS GESTACIONAL

- Neurosífilis, tratamiento hospitalario con penicilina cristalina.
- Tratar pacientes y no exámenes de laboratorio: Anamnesis y examen clínico.
- Prueba de sensibilidad a la penicilina si no hay antecedentes de alergia.
- S primaria o secundaria o latente temprana antes de las 34 semanas de la gestación: penicilina benzatínica 2.4 millones de unidades IM una sola dosis. Tratar al compañero.
- Desensibilización si hay antecedentes de alergia a penicilina.

- S latente tardía, S terciaria o indeterminada antes de las 34 semanas de gestación: penicilina benzatínica 2.4 millones de U, cada semana IM por tres dosis.
- Después de la semana 34 de gestación, el tratamiento se hará con penicilina benzatínica, 2'400.000 U IM c/semana por tres (3) dosis y este caso se considera SC.
- Tratamiento supervisado en la IPS. Anotar observaciones en IPS@.

(1) (3)

- Las únicas penicilinas apropiadas para tratar la sífilis son la penicilina G benzatínica y la penicilina G sódica (cristalina). No hay tratamiento distinto a la penicilina durante el embarazo y si la paciente es alérgica se debe desensibilizar y tratarla con ésta.
- Seguimiento serológico no treponémico mensual hasta el parto para detectar posible reinfección o recaída después del tratamiento.
- Si hay evidencia serológica de reinfección o recaída, [aumento de dos diluciones, 4 títulos o no disminuye en 3 a 6 meses] debe volverse a tratar.
- Importante tratar al compañero o contactos para evitar reinfección.
- Luego del parto, el seguimiento serológico se hace a los 3-6-12 meses.

(1) (3) (5) (6)

- Con el fin de evitar una reinfección en las maternas con el diagnóstico de sífilis gestacional, se tomó la decisión de suministrarle el tratamiento farmacológico con Penicilina Benzatínica al compañero sexual de ésta, así esté afiliado a otra EPS o ARS, o es vinculado.
- La fórmula debe hacerse a nombre de la materna pero el total de ampollas de Penicilina Benzatínica de 2'400.000 a prescribir sería de seis (6) así: tres (3) para ella y las otras tres (3) para su compañero.
- El compañero sexual de la materna debe realizarse particularmente el VDRL si lo requiere y el VIH.
- La prueba cutánea y la aplicación del medicamento se hará en la IPS Básica a la que asista la materna, esto con el fin de asegurar que el compañero reciba adecuadamente el tratamiento (ésta será cubierta por la EPS a nombre de la usuaria afiliada).
- Si la prueba cutánea de la administración de Penicilina en el compañero sexual de la materna resulta positiva, el compañero sexual debe asumir el nuevo medicamento. No podrá ser formulada, por ningún motivo, la nueva prescripción a través de EPS SURA.

Nota: Luego de la aplicación de penicilina en las primeras 24 horas, puede presentarse actividad uterina.