

SÍFILIS GESTACIONAL

Ley 15465/60. Ficha Versión 2024

Definición de caso (Tildar según corresponda)

Caso probable de sífilis temprana en gestante:

Toda persona gestante que presente serología reactiva para sífilis (prueba treponémica o no treponémica), que tenga una de las siguientes condiciones:

- uno o más signos o síntomas de sífilis primaria o secundaria*
- asintomática con antecedentes recientes de signos o síntomas de sífilis primaria o secundaria
- asintomática con antecedentes conocidos de contacto sexual con persona con sífilis en los últimos 12 meses
- asintomática con antecedentes de serología negativa para sífilis en los últimos 12 meses

**signos y síntomas: úlcera indurada no dolorosa en zona genital, mucosa perianal o en cavidad oral con adenopatías satélites (sífilis primaria); lesiones cutáneas compatibles en tronco, miembros superiores e inferiores (especialmente en palmas y plantas) y/o mucosas y/o en faneras (sífilis secundaria)*

Caso confirmado de sífilis temprana en gestante:

1. Todo caso sintomático, más una prueba treponémica positiva, o con diagnóstico microbiológico confirmatorio (PCR o fondo oscuro), sin historia de tratamiento reciente para sífilis, o con serologías negativas para sífilis en los 12 meses previos (se descarta posible cicatriz serológica).

2. Todo caso asintomático, con diagnóstico confirmado por laboratorio (prueba treponémica y no treponémica positivas cualquiera sea el algoritmo que se utilice), sin historia de tratamiento reciente para sífilis, o con serologías negativas para sífilis en los 12 meses previos (se descarta posible cicatriz serológica).

Caso probable de sífilis en gestante sin especificar estadio:

Persona gestante con un resultado serológico positivo por cualquier método (VDRL, TPHA, TPPA, Prueba rápida de sífilis, etc.) que no permitan confirmar la infección actual

Caso confirmado de sífilis en gestante sin especificar estadio:

Todo caso probable con diagnóstico positivo por pruebas no treponémicas y treponémicas (según algoritmo vigente).

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellido y Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Sexo legal: Masculino Femenino No binario DNI: _____

Género: Mujer CIS Varón CIS Mujer Trans Varón Trans Desconocido

Estado civil: Desconocido/a Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Separado/a Unión convivencial

País: _____ Provincia: _____ Departamento: _____

Localidad: _____ Barrio: _____ Domicilio: _____

Teléfono Propio o vecino: _____

DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de síntoma: ____/____/____

Fecha de primera consulta: ____/____/____

Signos y Síntomas:

Hallazgo ecográfico de malformación intrauterina

Compatible con sífilis secundaria

Compatible con sífilis primaria

Diagnóstico referido/ constatado:

Fecha de diagnóstico: ____/____/____

Sífilis primaria

Sífilis secundaria

Sífilis tardía

Primer infección Reinfeción Otros diagnósticos: _____

DATOS DE LA GESTACION

Fecha de última menstruación (FUM): ____/____/____ Fecha probable de parto: ____/____/____

Captación temprana Si No Control de embarazo adecuado (5 o más controles) Si No

Antecedentes

Aborto Mortinato RN de término RN pre término ITS

DATOS DE LABORATORIO

Técnica solicitada	Fecha	Resultado			
		Reactivo	No Reactivo	Detectable	No detectable
VDRL control prenatal	____/____/____				
TP - PA control prenatal	____/____/____				
VDRL en el parto	____/____/____				
VDRL en el hijo	____/____/____				
FTA-ABS en la madre	____/____/____				

TRATAMIENTO

Esquema de tratamiento

1 dosis de penicilina benzatinica 3 dosis de penicilina benzatinica Penicilina cristalina

Fecha de inicio de tratamiento: ____/____/____ Fecha de fin de tratamiento: ____/____/____

Resultado de tratamiento

SI Tratamiento adecuado (al menos 1 dosis al menos 30 días antes de la FPP) si No

Tratamiento inadecuado (menos dosis que las indicadas) si No

Datos epidemiológicos

Sífilis previa Si No

Sin tratamiento Si No

Tratamiento de la pareja si No

DATOS DEL NOTIFICADOR

Apellido y Nombre de Profesional: _____

Establecimiento Notificación: _____

Tel: _____ e- mail: _____

Localidad: _____

Fecha: ____/____/ 20____

firma y sello del notificador