



FORMULARIO AUDITORIA DE SIFILIS GESTACIONAL Y CONGENITA			
FECHA: / /			
DATOS UNIDAD NOTIFICADORA			
Centro/Hospital donde se asistió el nacimiento:			
Ciudad/Departamento:			
Responsable de la auditoría:			
Teléfono:		Mail:	
DATOS DE LA USUARIA			
Iniciales:	Edad:	CI:	Nº historia clínica:
Teléfono:			
Dirección al alta de la paciente:			
Antecedentes de sífilis previo al embarazo:			
No () si () Recibió tratamiento: no () si () año:			
Recién Nacidos con sífilis congénita: si () no () s/d ()			

DATOS DEL EMBARAZO ACTUAL	
Código de la/s institución donde efectuó el control:	
Teléfono de contacto:	
Responsable/s del control - Nº CJP:	
Nº de Controles: 0* () 1 a 4 () 5 o + () sin dato ()	
Especifique edad gestacional 1er control:	
Otras ITS: no () si () cual:	
Momento de primera prueba de sífilis: en embarazo, especifique EG: semanas parto () puerperio: ()	
Técnica utilizada en la primera prueba: prueba rápida () RPR () VDRL ()	
Resultado: reactivo () no reactivo ()	



Diagnóstico de sífilis en el embarazo actual
Momento del diagnóstico : si es en el embarazo, especifique EG sem. parto () puerperio: ()
Método diagnóstico utilizado : VDRL () RPR: () Títulos: Prueba Rápida: ()
Se realizó TPHA/FTA abs: si () resultado: positivo () negativo () No se realizó TPHA/FTA abs ()
Se informó a la paciente del diagnóstico de sífilis: si () no () s/dato ()
Se notificó a MSP: si: () fecha: / / no se notificó: () sin dato: ()
Se realizó tratamiento: no () si () Tratamiento Indicado:
Tratamiento realizado en embarazo () en puerperio: ()
Completó tratamiento: si () ¿cuántas dosis recibió?: No completo tratamiento () causa:
Edad gestacional última dosis:
Si no se realizó tratamiento, ¿qué acciones se adoptaron?

¿Se suministraron preservativos? si: () no: () causa:
Controles serológicos realizados:
EG: Técnica: Resultado:
EG: Técnica: Resultado:
Puerperio: Técnica: Resultado:
Médico tratante: Tel:

CONTACTOS
Se estudiaron: si () no () s/dato ()
Diagnóstico de sífilis: positivo () negativo () s/dato ()
Se trataron: si () no () s/dato ()



Recomendaciones planteadas:

Escenario 1: SC confirmada o altamente probable

1. Niño con examen físico compatible con sífilis congénita, o,
2. Títulos de anticuerpos no treponémicos que cuadriplican los títulos maternos, o,
3. Prueba de campo oscura positivo en algún fluido

Escenario 2. SC probable.

1. Niño con examen físico normal y/o
 - Títulos de anticuerpos iguales o superiores a los maternos
 - Madre no tratada
 - Madre no tratada o inadecuadamente tratada (incluye tratamiento antibiótico diferente a la penicilina, tratamiento realizado 4 semanas o menos antes del parto, tratamiento no documentado).

Escenario 3: Bajo riesgo de SC.

1. Niño con examen físico normal y:
 - VDRL con títulos de anticuerpos iguales a los maternos
 - Madre tratada durante el embarazo, apropiado a la etapa de la infección y administrado en un tiempo mayor a 4 semanas del parto (bien tratada)
 - Madre sin evidencia de reinfección o recaída.No se requiere evaluación ni tratamiento del niño.

Escenario 4. Muy bajo riesgo de SC

1. Niño con examen físico normal, y,
 - Títulos de anticuerpos iguales o más bajos que los maternos
 - La madre recibió un tratamiento adecuado antes o durante el embarazo
 - Los títulos serológicos maternos permanecieron bajos y estables antes o durante el embarazo hasta el parto (VDRL $< 1/2$; RPR $< 1/4$).