

**HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL  
DEPARTAMENTO DE NEONATOLOGÍA  
PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE SÍFILIS CONGÉNITA**

1. AUTORES
2. REVISORES
3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES DE LOS AUTORES
4. JUSTIFICACIÓN
5. ALCANCE Y PROPÓSITO
6. OBJETIVOS
7. DEFINICIÓN Y GENERALIDADES
8. PRUEBAS DE LABORATORIO
9. EPIDEMIOLOGÍA
10. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CODIFICACIÓN CIE 10
11. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
12. TRATAMIENTO
13. SEGUIMIENTO
14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
15. ANEXOS

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Departamento de Neonatología	<b>CÓDIGO: PR-20-01</b>	Página 2 de 21
	<b>Título:</b> Protocolo de Sífilis Congénita	<b>Edición:</b> Septiembre 2017	
	<b>Elaborado:</b> Dr. Raúl Esquivel Suman – Pediatra Infectólogo	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Alberto Bissot Jefe de Departamento de Neonatología	

## 1. AUTOR

Dr. Raúl Esquivel Suman – Pediatra Infectólogo

## 2. REVISORES

Dr. Alberto Bissot, Dr. David Ellis, Dra. Hortensia Solano, Departamento de Neonatología. Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente.

## 3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES DE LOS AUTORES / REVISORES

Todos los autores y revisores implicados en la elaboración de este documento declaran que no existen conflictos de intereses que puedan influir en el contenido.

## 4. JUSTIFICACIÓN

La sífilis se ha convertido en un problema de salud pública reemergente, con el aumento en el número de casos en muchos lugares del mundo. Actualmente existe una meta que tiene como objetivo la reducción de los casos de sífilis congénita a 0.5 casos por 1,000 nacidos vivos.

Por esta razón, los organismos internacionales están trabajando con los entes de salud de los distintos países en la optimización de las estrategias diagnósticas, tratamiento y seguimiento de las madres y los niños (as) afectados. Este documento pretende crear guías de abordaje y manejo de los casos basado en lineamientos y recomendaciones internacionales.

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Departamento de Neonatología	<b>CÓDIGO: PR-20-01</b>	Página <b>3</b> de <b>21</b>
	<b>Título:</b> Protocolo de Sífilis Congénita	<b>Edición:</b> Septiembre 2017	
	<b>Elaborado:</b> Dr. Raúl Esquivel Suman – Pediatra Infectólogo	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Alberto Bissot Jefe de Departamento de Neonatología	

## 5. ALCANCE Y PROPÓSITO

### Alcance

La población diana de este protocolo de atención son los recién nacidos hijos de madres con sífilis materna con sospecha de sífilis congénita o sífilis congénita confirmada.

### Propósito

El propósito es proporcionar guías de abordaje diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

## 6. OBJETIVOS

### Objetivo General

- a. Desarrollar un protocolo de atención para el abordaje diagnóstico y terapéutico de la sífilis congénita.

### Objetivos Específicos

- a. Proveer una definición de sospecha de sífilis congénita, sífilis congénita confirmada y sífilis congénita descartada.
- b. Establecer estrategias diagnósticas para la identificación de los casos.
- c. Proveer parámetros de tratamiento y seguimiento de los casos con sospecha de sífilis congénita y sífilis congénita confirmada.

## 7. DEFINICIÓN Y GENERALIDADES

- La sífilis congénita es la infección causada por la espiroqueta *Treponema pallidum* subespecie *pallidum* en el recién nacido, producto de la transmisión transplacentaria, por diseminación hematológica de la bacteria, en la madre con sífilis materna activa durante algún momento del embarazo.
- La diseminación hematológica ocurre usualmente durante la sífilis primaria o secundaria, por ello los casos de sífilis congénita ocurren más frecuentemente en estas etapas. Es asintomática al momento del nacimiento en aproximadamente 60% de los casos. Se clasifica en sífilis congénita temprana y sífilis congénita tardía.
- La forma temprana se presenta durante los primeros 2 años de vida y suele ser al inicio asintomática en la mayoría de los pacientes. La forma tardía se

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Departamento de Neonatología	<b>CÓDIGO: PR-20-01</b>	Página 4 de 21
	<b>Título:</b> Protocolo de Sífilis Congénita	<b>Edición:</b> Septiembre 2017	
	<b>Elaborado:</b> Dr. Raúl Esquivel Suman – Pediatra Infectólogo	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Alberto Bissot Jefe de Departamento de Neonatología	

manifiesta después de los 2 años y se caracteriza por estigmas clásicos que son en su mayoría secuelas de una sífilis no tratada.

- El diagnóstico de la infección por *Treponema pallidum* en el bebé es complicado pues, la visualización directa del microorganismo requiere técnicas de microscopía especiales (por ejemplo, campo oscuro) aplicadas a muestras tisulares de lesiones activas. Estas últimas pueden no estar presentes en el paciente con sífilis congénita, por lo que no suelen ser de gran ayuda.
- Además, no es un microorganismo cultivable por lo cual el diagnóstico de laboratorio se apoya de pruebas de detección de anticuerpos no treponémicos (VDRL y RPR) y anticuerpos treponémicos, los cuales suelen atravesar la membrana placentaria, su interpretación requiere la correlación de los resultados, la historia materna y las manifestaciones clínicas de bebé.

## 8. PRUEBAS DE LABORATORIO

- La identificación del *Treponema pallidum* puede hacerse por visualización por microscopía de campo oscuro o diagnóstico molecular de muestras de las lesiones activas. Estos métodos, sin embargo, no están disponibles en muchos centros y como ya se mencionó, el neonato suele ser asintomático.
- El diagnóstico de laboratorio de la sífilis congénita se basa en la detección de anticuerpos no treponémicos denominados “reaginas” o anticuerpos sifilíticos.
- Estos anticuerpos reaccionan con antígenos de cardiolipina, lecitina y colesterol. Estos últimos se expresan en presencia de *Treponema pallidum*, pero también lo hacen en otras situaciones clínicas (por ejemplo, embarazo, malaria, lupus eritematoso sistémico, Síndrome antifosfolípidos), por lo que no son específicos para la sífilis.
- Son útiles para el diagnóstico de sífilis y para el seguimiento luego de un tratamiento exitoso, pues las reaginas pueden hacerse negativas varios meses después del tratamiento, aunque algunos individuos pueden mantener títulos bajos durante años sin evidencia de enfermedad.

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Departamento de Neonatología	<b>CÓDIGO:</b> PR-20-01	Página 5 de 21
	<b>Título:</b> Protocolo de Sífilis Congénita	<b>Edición:</b> Septiembre 2017	
	<b>Elaborado:</b> Dr. Raúl Esquivel Suman – Pediatra Infectólogo	<b>Revisión N°:</b> 0	
	<b>Aprobado:</b> : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Alberto Bissot Jefe de Departamento de Neonatología	

El Hospital del Niño cuenta con pruebas serológicas de RPR/VDRL cuantitativas, las cuales miden los niveles de reaginas en títulos de dilución (Ejemplo, 1:16, 1:32, 1:128). A mayor dilución, mayor cantidad de anticuerpos.

Para el diagnóstico de sífilis congénita, se realiza inicialmente una prueba cuantitativa VDRL/RPR en paralelo (madre/hijo) y en los pacientes de moderada y alta probabilidad de infección, VDRL en LCR.

Esta prueba se utiliza también para el seguimiento ambulatorio de los niños. La confirmación de la prueba no treponémica en la madre requiere de una prueba treponémica.

Esta suele ser realizada en la Maternidad del Hospital Santo Tomás. Sin embargo, si no se dispone del resultado o no se ha realizado, se puede efectuar la prueba treponémica junto con la prueba RPR/VDRL paralela realizada a la madre, en el Laboratorio Clínico del Hospital del Niño.

La prueba realizada en la institución es una prueba de inmunoanálisis quimioluminiscencia que detecta IgM e IgG contra *T. pallidum*, con una sensibilidad y especificidad superior a 99%. Es una prueba cualitativa, es decir se reporta como positiva la detección de los anticuerpos y negativa la no detección de los mismos. Es importante recordar que en relación con las pruebas treponémicas, estos anticuerpos pueden mantenerse positivos de por vida, por lo que es importante el antecedente de sífilis para la interpretación.

## 9. EPIDEMIOLOGÍA

La sífilis es un problema de salud pública, en todo el mundo.

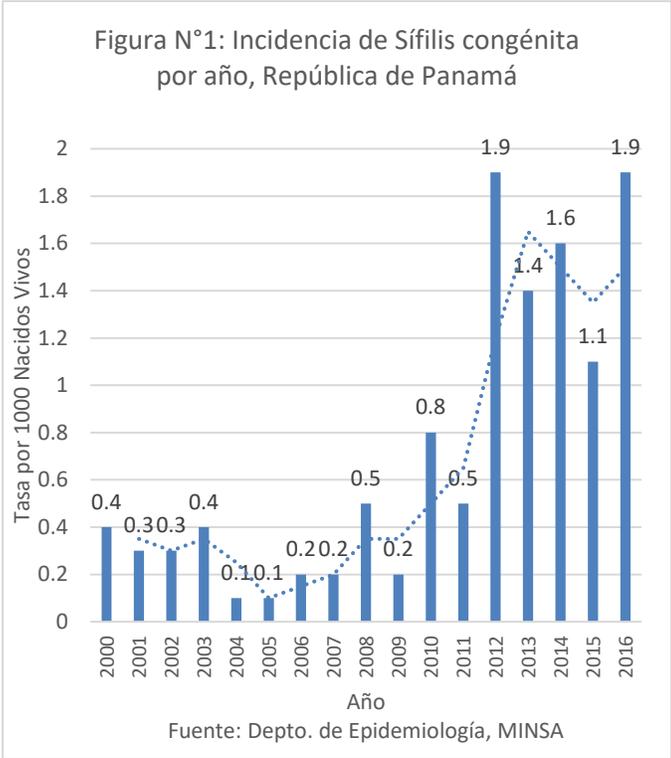
Se reporta un aumento de casos de esta enfermedad, con un incremento en la probabilidad de infección durante el embarazo y por consiguiente la transmisión al feto.

En 2004, un reporte de OMS estimó en América Latina y el Caribe, que 2-7% de las embarazadas tenían infección por sífilis.

En 2016, el Ministerio de Salud de Panamá, reportó 779 casos de sífilis materna con una tasa 9.1 casos por 1000 embarazadas, lo cual representa aproximadamente 1% de embarazos complicados con sífilis.



<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Departamento de Neonatología	<b>CÓDIGO: PR-20-01</b>	Página 6 de 21
<b>Título:</b> Protocolo de Sífilis Congénita	<b>Edición:</b> Septiembre 2017	
<b>Elaborado:</b> Dr. Raúl Esquivel Suman – Pediatra Infectólogo	<b>Revisión N°: 0</b>	
<b>Aprobado:</b> : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Alberto Bissot Jefe de Departamento de Neonatología	



Desde el 2010, los Estados de miembros de la Organización Panamericana de la Salud se plantearon el compromiso de eliminar la transmisión materno infantil de la sífilis en la región de las Américas.

Para ello, se intensificaron las estrategias de vigilancia y detección de casos de sífilis materna y sífilis congénita y se dieron recomendaciones en el abordaje diagnóstico y tratamiento a todos los países firmantes.

En el 2012, se realizó cambios en las definiciones de caso para la vigilancia epidemiológica. En los últimos años, se ha detectado un incremento en la tasa de incidencia de sífilis congénita, según el último informe del Ministerio de Salud, se reportó una tasa de 1.9 por 1000 nacidos vivos en el año 2016, la cual es una de las tasas más elevadas de los últimos años.

Esto muestra una tendencia al aumento de casos como se observa en figura n°1. Al analizar la incidencia por regiones, observamos que hay lugares cuya tasa está por encima de 2 por 1000 nacidos vivos, entre estas están: Bocas del Toro, Comarca Ngöbe-Buglé, Darién, Panamá Este, Herrera y Chiriquí. Esto es un problema, pues la meta programática para la eliminación de la sífilis congénita

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Departamento de Neonatología	<b>CÓDIGO: PR-20-01</b>	Página 7 de 21
	<b>Título:</b> Protocolo de Sífilis Congénita	<b>Edición:</b> Septiembre 2017	
	<b>Elaborado:</b> Dr. Raúl Esquivel Suman – Pediatra Infectólogo	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Alberto Bissot Jefe de Departamento de Neonatología	

plantea reducir la incidencia de la sífilis congénita a 0.5 casos (incluidos los mortinatos) o menos por 1 000 nacidos vivos.

Existen factores que pueden incidir en este aumento de casos, por ejemplo, deficientes controles de salud prenatal, falta de acceso a pruebas de laboratorios, ausencia de tratamiento materno oportuno, pobre educación en salud sexual y reproductiva. Por ello, dentro de las metas establecidas por OMS/OPS, se incluyen, algunas estrategias adicionales:

1. La cobertura de atención prenatal es  $\geq 95\%$ .
2. Las pruebas para detectar la sífilis durante el embarazo son de  $\geq 95\%$ .
3. El porcentaje de embarazadas con infección por sífilis que reciben tratamiento apropiado es igual o superior a 95%.

Por esta razón, la vigilancia epidemiológica pesquisar aspectos relacionados con el recién nacido y además información relacionada con sífilis en la embarazada.

Para el año 2016, el Ministerio de Salud de Panamá reportó una letalidad asociada a sífilis congénita de 9.6%. La reducción de casos lleva implícita una reducción de las muertes y secuelas relacionadas con la sífilis congénita tardía, lo cual suma importancia a la estrategia de eliminación.

## 10. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CODIFICACIÓN CIE 10

La sífilis, en todas sus formas (adquirida y congénita), es una enfermedad de notificación obligatoria en nuestro país, según el Decreto Ejecutivo 1617 del 21 octubre de 2014. Los casos sospechosos y confirmados deben ser reportados a epidemiología local de la institución, por el personal de salud a cargo de los casos. Idealmente, debe realizarse una notificación por escrito (ver documento de notificación de caso en anexos).

Los casos deben ser investigados por el equipo de epidemiología local y serán reportados a epidemiología del nivel central utilizando la plataforma electrónica, SISVIG.

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Departamento de Neonatología	<b>CÓDIGO: PR-20-01</b>	Página <b>8</b> de <b>21</b>
	<b>Título:</b> Protocolo de Sífilis Congénita	<b>Edición:</b> Septiembre 2017	
	<b>Elaborado:</b> Dr. Raúl Esquivel Suman – Pediatra Infectólogo	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Alberto Bissot Jefe de Departamento de Neonatología	

La codificación de los diagnósticos debe realizarse con el Sistema de Codificación Internacional de Enfermedades CIE-10, el que se describe a continuación:

<b>A50: Sífilis congénita</b>	
<b>A50.0</b>	<b>Sífilis congénita temprana, sintomática</b>
Cualquier condición clínica relacionada con la sífilis congénita manifestada entre 0 y menos de 2 años de vida, incluye: Manifestaciones clínicas cutáneas, mucocutáneas o viscerales, laringitis, oculopatía, osteocondropatía, faringitis, rinitis, neumonía.	
<b>A50.1</b>	<b>Sífilis congénita temprana, latente</b>
Sífilis congénita sin manifestaciones clínicas, con serología positiva y líquido cefalorraquídeo negativo, identificada entre 0 y menos de 2 años de vida.	
<b>A50.2</b>	<b>Sífilis congénita temprana, no especificada</b>
Sífilis congénita entre 0 y menos de 2 años de vida, no especificada en otro punto.	
<b>A50.4</b>	<b>Neurosífilis juvenil</b>
Si se confirma: Encefalitis debe asociarse con el código G05.0 así A50.4+G05.0 Meningitis debe asociarse con el código G01 así A50.4+G01	
<b>A50.5</b>	<b>Otras sífilis congénitas tardías sintomáticas</b>
Cualquier condición relacionada con la sífilis congénita manifestada después de los 2 años de vida.	
<b>A50.6</b>	<b>Sífilis congénita tardía latente</b>
Incluye individuo asintomático con serología positiva, y pero prueba negativa en líquido cefalorraquídeo después de los 2 años.	
<b>A50.7</b>	<b>Sífilis congénita tardía, no especificada</b>
Incluye casos de sífilis congénita después de 2 años de vida no incluidos arriba.	
<b>A50.9</b>	<b>Sífilis congénita, no especificada</b>
Se usa si el caso no cumple con ninguno de los criterios incluidos arriba.	

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Departamento de Neonatología	<b>CÓDIGO: PR-20-01</b>	Página 9 de 21
	<b>Título:</b> Protocolo de Sífilis Congénita	<b>Edición:</b> Septiembre 2017	
	<b>Elaborado:</b> Dr. Raúl Esquivel Suman – Pediatra Infectólogo	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Alberto Bissot Jefe de Departamento de Neonatología	

## 11. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El diagnóstico de la sífilis congénita requiere una integración de parámetros clínicos y de laboratorio. No hay una prueba diagnóstica que por sí sola establezca un diagnóstico de confirmación de sífilis congénita. El diagnóstico debe partir del status de la madre al momento del nacimiento del bebé.

### Sífilis Materna

- Por definición, la sífilis materna ocurre en una embarazada, puérpera o con aborto espontáneo reciente que presenta evidencia clínica (presencia de chancro sífilítico o lesiones de sífilis secundaria o terciaria) o evidencia serológica de sífilis.
- La transmisión al feto ocurre por vía hematógena o por contacto directo con las lesiones activas en el canal de parto.
- El riesgo de transmisión al feto es mayor en casos de sífilis primaria y secundaria, pero es posible también en caso de sífilis latente y terciaria.
- La Sífilis durante el embarazo puede dar lugar a aborto espontáneo, óbito fetal, retraso en el crecimiento intrauterino, o parto prematuro en un 50% de los casos.
- La sífilis materna no tratada da lugar a muerte perinatal hasta en un 40% de los casos. Para la definición de sífilis congénita es importante establecer el diagnóstico materno y su condición en relación con tratamiento adecuado de la embarazada y su pareja.
- Si se administra en un momento temprano del embarazo, el tratamiento de la madre evita de forma eficaz la infección del feto. Incluso en mujeres con sífilis de larga duración, cuyo tratamiento consistiría en tres dosis semanales de penicilina, una sola dosis de este fármaco evitaría la infección del feto.
- Esto fue demostrado en un estudio realizado en Suráfrica donde una dosis de penicilina benzatínica en la embarazada redujo el riesgo de muerte perinatal en 41%, dos dosis en 65% y 3 dosis en 79%.

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Departamento de Neonatología	<b>CÓDIGO: PR-20-01</b>	Página 10 de <b>21</b>
	<b>Título:</b> Protocolo de Sífilis Congénita	<b>Edición:</b> Septiembre 2017	
	<b>Elaborado:</b> Dr. Raúl Esquivel Suman – Pediatra Infectólogo	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Alberto Bissot Jefe de Departamento de Neonatología	

Tabla N°1: Definición de Sífilis Materna

<b>Caso Sospechoso</b>	<b>Caso Confirmado</b>
<b><u>Con Evidencia Clínica:</u></b> Mujer embarazada, puérpera o con aborto reciente con evidencia clínica (úlceras genitales o lesiones compatibles con sífilis secundaria).	Caso sospechoso con evidencia clínica: <ul style="list-style-type: none"> <li>Con prueba treponémica o no treponémica reactiva / positiva</li> </ul>
<b><u>Con evidencia serológica:</u></b> Mujer embarazada, puérpera o con aborto reciente con una prueba treponémica positiva (incluidas pruebas treponémicas rápidas) y/o no treponémica reactiva.	Caso sospechoso con evidencia serológica: <ul style="list-style-type: none"> <li>Con antecedentes de no haber sido tratada o tratada inadecuadamente* (o sin evidencia del tratamiento).</li> </ul>
<b><u>Con antecedente médico:</u></b> Mujer embarazada, puérpera o con aborto reciente con antecedente de sífilis.	Caso sospechoso con antecedente médico: <ul style="list-style-type: none"> <li>Con evidencia de reinfección clínica o serológica (elevación de títulos no treponémicos luego de tratamiento) y/o tratamiento inadecuado*.</li> </ul>

\* *Tratamiento inadecuado: Tratamiento utilizado involucró otro agente distinto a la penicilina, o la dosificación (Lo adecuado es 2.4 millones de unidades cada semana, #3 dosis) fue inadecuada, o se administró el tratamiento dentro de 4 semanas antes del parto, o no se trató a la pareja, o no existe evidencia de tratamiento. Adaptado de Borrador de Norma Nacional de Vigilancia Epidemiológica de Sífilis Materna y Congénita. MINSA, Panamá.*

### Sífilis Congénita

- **Diagnóstico**

El diagnóstico de sífilis congénita parte del antecedente materno de sífilis y de allí se inicia el estudio del neonato. Todo neonato con diagnóstico de sífilis congénita dentro de los 2 primeros años de vida se clasifica como precoz o temprana y si ocurre después del 2 año de vida se considera como tardía.

La sífilis congénita precoz o temprana suele ser asintomática en el 60% de los casos. Suele sospecharse en un hijo de madre con sífilis materna. Cuando es sintomática, las manifestaciones clínicas suelen ser diversas y no suele tener un patrón clínico característico. Por otro lado, las manifestaciones de la sífilis congénita tardía suelen ser secuelas de una infección congénita no tratada.

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Departamento de Neonatología	<b>CÓDIGO: PR-20-01</b>	Página <b>11</b> de <b>21</b>
	<b>Título:</b> Protocolo de Sífilis Congénita	<b>Edición:</b> Septiembre 2017	
	<b>Elaborado:</b> Dr. Raúl Esquivel Suman – Pediatra Infectólogo	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Alberto Bissot Jefe de Departamento de Neonatología	

Tabla N°2: Manifestaciones clínicas de la Sífilis Congénita

Sífilis Congénita Temprana	Sífilis Congénita Tardía
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo peso al nacer</li> <li>• Prematuridad</li> <li>• Descamación cutánea en manos y pies</li> <li>• Fisuras orales y perianales</li> <li>• Rinorrea profusa persistente</li> <li>• Neumonía alba</li> <li>• Hepatomegalia y/o esplenomegalia</li> <li>• Ictericia</li> <li>• Linfadenopatía generalizada</li> <li>• Exantema maculo papular</li> <li>• Periostitis</li> <li>• Osteocondritis que puede causar en ocasiones pseudoparálisis de Parrot.</li> <li>• Trombocitopenia</li> <li>• Elevación de transaminasas</li> <li>• Meningitis aséptica</li> <li>• Anemia hemolítica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rágades (cicatrices de fisuras peri orales)</li> <li>• Articulaciones de Clutton (derrame articular en rodillas con sinovitis)</li> <li>• Tríada de Hutchinson (dientes de Hutchinson y/o molares en mora, queratitis intersticial, sordera neurosensorial)</li> <li>• Tibias en sables</li> <li>• Nariz en silla de montar</li> <li>• Signo de Higoumenakis (engrosamiento medio de la clavícula).</li> </ul>

El diagnóstico de sífilis congénita se basa en varios parámetros que se deben evaluar paralelamente:

1. Diagnóstico de sífilis materna e historia de tratamiento;
2. Presencia o no de síntomas sugestivo en el neonato;
3. Títulos de pruebas no treponémicas (VDRL) tomadas paralelamente a la madre y al hijo (a).
4. Debe documentarse resultado de prueba treponémica en la madre.

Partiendo de estos 4 parámetros se puede establecer la probabilidad de infección en el neonato. En la tabla n°3, se plantean las situaciones donde existe muy bajo, bajo, moderado y alto riesgo de infección por *Treponema pallidum* en el neonato.

El diagnóstico de la sífilis congénita se hace indirectamente apoyándonos en la detección de anticuerpos producidos durante la enfermedad, por lo que estas pruebas no son 100% confirmatorias.



<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Departamento de Neonatología		<b>CÓDIGO: PR-20-01</b>	Página <b>12</b> de <b>21</b>
<b>Título:</b> Protocolo de Sífilis Congénita		<b>Edición:</b> Septiembre 2017	
<b>Elaborado:</b> Dr. Raúl Esquivel Suman – Pediatra Infectólogo		<b>Revisión N°: 0</b>	
<b>Aprobado:</b> : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia		<b>Revisado:</b> Dr. Alberto Bissot Jefe de Departamento de Neonatología	

A pesar de esto, una evaluación integral de antecedentes, manifestaciones clínicas y pruebas de laboratorio pueden dar un alto valor predictivo en estos pacientes. Es importante aclarar que las definiciones epidemiológicas, pueden tener diferencias en relación con el abordaje diagnóstico y terapéutico, por ello estas acciones deben fundamentarse en la probabilidad de infección en el bebé.

Tabla N°3: Definición de Caso de Sífilis congénita

<b>Caso Sospechoso (para efecto epidemiológico)</b>	<b>Caso confirmado (para efecto epidemiológico)</b>
<p><b>Situación 1 (Baja probabilidad de infección)</b></p> <p>Niños (as) asintomáticos (as) cuyos títulos de RPR o VDRL son similares o inferiores a los de la madre, que nacen de madres con sífilis materna tratada en forma adecuada* durante el embarazo actual.</p>	<p><b>Situación 1 (Alta probabilidad de infección)</b></p> <p>Todo niño (a) con una o varias manifestaciones clínicas sugestivas de sífilis congénita al examen físico y/o evidencia radiográfica de Sífilis Congénita y resultado reactivo de una prueba no treponémica o treponémica (incluyendo prueba rápida).</p>
	<p><b>Situación 2 (Alta probabilidad de infección)</b></p> <p>Todo neonato con títulos de RPR/VDRL con una diferencia igual o mayor a dos diluciones con respecto a la madre (por ejemplo: madre 1:4, niño 1:16).</p>
<p><b>Situación 2 (Muy baja probabilidad)</b></p> <p>Niños (as) asintomáticos (as) cuyos títulos de RPR o VDRL son similares o inferiores a los de la madre, que nacen de madre con sífilis diagnosticada antes del embarazo actual, tratada en forma adecuada* con títulos de no treponémicos bajos durante el embarazo actual.</p>	<p><b>Situación 3 (Alta probabilidad de infección)</b></p> <p>Todo producto de la gestación con demostración de <i>Treponema pallidum</i> por campo oscuro, inmunofluorescencia u otras tinciones o procedimientos específicos, en lesiones placenta o material de autopsia.</p>
	<p><b>Situación 4 (Alta probabilidad de infección)</b></p> <p>Neurosífilis: cuando el resultado del líquido cefalorraquídeo es positivo y/o con VDRL reactivo.</p>
	<p><b>Situación 5 (Moderada probabilidad de infección)</b></p> <p>Niño (a) cuya madre tenga prueba treponémica o no treponémica positiva o reactiva durante la gestación, parto o puerperio, y que no fue tratada, o haya sido tratada inadecuadamente o que no se tenga evidencia de tratamiento*.</p>

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Departamento de Neonatología	<b>CÓDIGO: PR-20-01</b>	Página <b>13</b> de <b>21</b>
	<b>Título:</b> Protocolo de Sífilis Congénita	<b>Edición:</b> Septiembre 2017	
	<b>Elaborado:</b> Dr. Raúl Esquivel Suman – Pediatra Infectólogo	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Alberto Bissot Jefe de Departamento de Neonatología	

\* *Tratamiento inadecuado: Tratamiento utilizado involucró otro agente distinto a la penicilina, o la dosificación (Lo adecuado es 2.4 millones unidades semanal, #3 dosis) fue inadecuada, o se administró el tratamiento dentro de 4 semanas antes del parto, o no se trató a la pareja, o no existe evidencia de tratamiento.* Adaptado de Borrador de Norma Nacional de Vigilancia Epidemiológica de Sífilis Materna y Congénita. MINSA, Panamá y CDC STD Treatment Guidelines 2015.

Las intervenciones diagnósticas adicionales se deben realizar según la probabilidad de infección en cada caso. En aquellos niños con alta probabilidad de infección, las intervenciones recomendadas son las siguientes:

1. Análisis de líquido cefalorraquídeo (LCR): celularidad, proteínas y VDRL.
  - a. LCR positivo: pleocitosis y/o proteinorraquia elevada (Ver Anexo) y/o VDRL rector en LCR.
2. Hemograma completo con diferencial.
3. Radiografía de huesos largos.
4. Pruebas de función hepática: Transaminasas séricas, glutamil transpeptidasa, bilirrubinas.
5. Neuroimágenes: Ultrasonido cerebral y/o Tomografía Axial Computada cerebral.
6. Evaluación oftalmológica.
7. Potenciales evocados auditivos.

En los niños (as) con moderada probabilidad de infección, se recomiendan:

1. Análisis de líquido cefalorraquídeo.
2. Radiografía de huesos largos.
3. Hemograma completo con diferencial.

Estas pruebas podrían cambiar la clasificación del paciente de moderada probabilidad a alta probabilidad según el resultado, por lo cual podrían requerirse estudios adicionales.

En los niños (as) con baja y muy baja probabilidad de infección, no se recomiendan intervenciones diagnósticas adicionales, pero sí ameritan seguimiento ambulatorio (ver sección de tratamiento).

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Departamento de Neonatología	<b>CÓDIGO: PR-20-01</b>	Página 14 de <b>21</b>
	<b>Título:</b> Protocolo de Sífilis Congénita	<b>Edición:</b> Septiembre 2017	
	<b>Elaborado:</b> Dr. Raúl Esquivel Suman – Pediatra Infectólogo	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Alberto Bissot Jefe de Departamento de Neonatología	

## 12. TRATAMIENTO

Las intervenciones terapéuticas también se deben fundamentar en la probabilidad de infección en el bebé.

### Alta probabilidad de infección:

Menores de 1 mes:

Tratamiento recomendado: **Penicilina G sódica** 50,000 U/kg/dosis cada 12 horas IV durante el día 1°-7° día de vida, luego del 8° día en adelante 50,000 U/kg/dosis cada 8 horas. Debe completar 10 días de tratamiento. En caso de compromiso de Sistema Nervioso Central (SNC), se recomienda 10-14 días. Si el tratamiento se interrumpe por >1 día debe reiniciarse el curso completo.

Tratamiento alternativo: **Penicilina procaínica** 50,000 U/kg cada día IM por 10 días.

Mayores de 1 mes:

**Penicilina G sódica** 200,000-300,000 U/kg/día cada 4-6 horas IV por 10 días. En caso de compromiso del SNC 10-14 días.

### Moderada probabilidad de infección:

Menores de 1 mes:

- Tratamiento recomendado: **Penicilina G sódica** 50,000 U/kg/dosis cada 12 horas IV durante el día 1°-7° día de vida, luego del 8° día en adelante 50,000 U/kg/dosis cada 8 horas. Debe completar 10 días de tratamiento.
- Tratamiento alternativo 1: **Penicilina G procaínica** 50,000 U/kg cada día IM por 10 días.
- Tratamiento alternativo 2: **Penicilina G benzatínica** 50,000 U/kg IM dosis única.
- Los tratamientos alternativos tienen un nivel de evidencia inferior al tratamiento recomendado, por lo que estos pacientes deben tener un seguimiento ambulatorio estricto.

Mayores de 1 mes:

**Penicilina G sódica** 200,000-300,000 U/kg/día cada 4-6 horas IV por 10 días. En caso de compromiso del SNC 10-14 días.

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Departamento de Neonatología	<b>CÓDIGO: PR-20-01</b>	Página 15 de <b>21</b>
	<b>Título:</b> Protocolo de Sífilis Congénita	<b>Edición:</b> Septiembre 2017	
	<b>Elaborado:</b> Dr. Raúl Esquivel Suman – Pediatra Infectólogo	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Alberto Bissot Jefe de Departamento de Neonatología	

Baja probabilidad de infección:

**Penicilina G benzatínica** 50,000 U/kg IM dosis única.

Algunos autores plantean que estos pacientes podrían manejarse sin tratamiento, pero requerirían un seguimiento ambulatorio estricto.

Muy Baja probabilidad de infección:

No ameritan tratamiento.

Si el seguimiento no es posible o es probable que no se cumpla, podría recomendarse **Penicilina G benzatínica** 50,000 U/kg IM dosis única.

En situación de desabastecimiento de Penicilina G, existe la posibilidad de dar tratamiento con Ceftriaxona, aunque existe un riesgo de falla terapéutica y la posibilidad de efectos adversos relacionados con el desplazamiento de bilirrubina de la albúmina con la aparición de ictericia, principalmente en neonatos. Por ello, el uso de este recurso debe consultarse con infectología pediátrica y debe hacerse monitoreo estricto durante el tratamiento y seguimiento ambulatorio estricto.

### 13. SEGUIMIENTO

Todo neonato con una prueba no treponémica positiva al nacer debe recibir seguimiento ambulatorio cada 2 a 3 meses hasta que tenga la prueba negativa.

En el Hospital del Niño, el primer seguimiento se realiza en la consulta externa de Infectología pediátrica. Estos neonatos serán referidos utilizando el documento “Referencia a Infectología para recién nacidos con sospecha de sífilis congénita”(ver Anexos), para ser evaluados a partir del 1er mes de vida con una prueba de VDRL cuantitativa.

El programa de seguimiento se recomienda así: 1, 3, 6, 9, 12 meses de vida. En el seguimiento se realizará:

1. Evaluación clínica
2. Prueba no treponémica cuantitativa (VDRL).

El seguimiento podrá prolongarse o interrumpirse según los hallazgos clínicos o resultados de laboratorios.

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Departamento de Neonatología	<b>CÓDIGO: PR-20-01</b>	Página 16 de <b>21</b>
	<b>Título:</b> Protocolo de Sífilis Congénita	<b>Edición:</b> Septiembre 2017	
	<b>Elaborado:</b> Dr. Raúl Esquivel Suman – Pediatra Infectólogo	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Alberto Bissot Jefe de Departamento de Neonatología	

Consideraciones de tratamiento o re tratamiento durante el seguimiento:

1. Lactantes no tratados (aquellos con baja o muy baja probabilidad de infección), que en el seguimiento tienen títulos de anticuerpos no treponémicos detectables a los 6 meses de vida.
2. Títulos de anticuerpos no treponémicos detectables en pacientes tratados después del 6° a 12° mes de vida.
3. Aumento significativo de los títulos de anticuerpos no treponémicos durante el seguimiento.

En caso de retratamiento, se recomienda utilizar penicilina G por 10 días. Las pruebas treponémicas no deben utilizarse en el seguimiento de pacientes con sífilis congénita, pues son cualitativas y pueden mantenerse positivas inclusive en pacientes sin sífilis congénita, hasta los 15 meses debido a anticuerpos IgG pasivos.

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Departamento de Neonatología	<b>CÓDIGO: PR-20-01</b>	Página 17 de <b>21</b>
	<b>Título:</b> Protocolo de Sífilis Congénita	<b>Edición:</b> Septiembre 2017	
	<b>Elaborado:</b> Dr. Raúl Esquivel Suman – Pediatra Infectólogo	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Alberto Bissot Jefe de Departamento de Neonatología	

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. ICD-10 Version 2016. Online code application, accessed september 2017.
2. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el HIV y las infecciones de transmisión sexual (2016-2021). 55º Consejo Directivo, 68ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Resolución CD55.R5 [consultado en noviembre del 2016]; se puede encontrar en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31411>
3. República de Panamá - Ministerio de Salud – C.S.S. Dirección General de Salud Pública. Departamento de epidemiología. Vigilancia Epidemiológica de Sífilis congénita. Informe Preliminar de Vigilancia Epidemiológica de la Sífilis Congénita 2016.
4. Organización Panamericana de la Salud. Eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis en las Américas. Actualización 2016. Washington, D.C.: OPS; 2017.
5. Walker DG, Walker GJ. Prevention of congenital syphilis—time for action. *Bull World Health Org*2004;**82**:401.
6. Berman SM. Maternal Syphilis: Pathophysiology and treatment. Bulletin of the World Health Organization. June 2004. 82(6) pp:433-438.
7. CDC Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. MMWR / June 5, 2015 / Vol. 64 / No. 3. pp: 45-49.
8. Bradley JS and Nelson JD. 2015 Nelson's Pediatric Antimicrobial Therapy. 21st Edition. American Academy of Pediatrics. ISSN 2164-9278. pp: 32-34.
9. Red Book: Informe 2015 del Comité sobre Enfermedades Infecciosas. 30º Edición. American Academy of Pediatrics ISSN 1080-0131. pp: 755-768.
10. Sáez- Llorens X et al. Infectología Práctica para el Pediatra. Segunda edición. Editorial Distribuna.2017. Bogotá, Colombia. Pp:343-346.
11. Verdú A, Cazorla MR. Punción lumbar y medición de presión del líquido cefalorraquídeo An Pediatr Contin. 2004; 2 (1): 45-58.
12. Rochford K, Lombard C, Zuma K and Wilkinson D. Impact on perinatal mortality of missed opportunities to treat maternal syphilis in rural South Africa: baseline results from a clinic randomized controlled trial. Tropical Medicine and International Health. Volume 5 Issue 11. November 2000 DOI: 10.1046/j.1365-3156.2000.00636.x. pp:800-804



**HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL**  
Departamento de Neonatología

**CÓDIGO: PR-20-01**

Página 18 de 21

**Título:** Protocolo de Sífilis Congénita

**Edición:** Septiembre 2017

**Elaborado:** Dr. Raúl Esquivel Suman – Pediatra Infectólogo

**Revisión N°: 0**

**Aprobado:** : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia

**Revisado:** Dr. Alberto Bissot Jefe de Departamento de Neonatología

## Anexos

### 1. Documentos para Notificación de Sífilis Congénita a Epidemiología Local

REPUBLICA DE PANAMÁ									
MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL - INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS									
FORMULARIO PARA LA NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA INDIVIDUAL DE EVENTOS DE SALUD PÚBLICA									
<b>I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE</b>									
Cédula		N° de expediente clínico (si no tiene cédula):				Asegurado: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Nombre:					Apellido:				
Fecha de Nacimiento		Día	Mes	Año	Edad cumplida		Años	Meses	Días
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Persona responsable: (En menores o discapacitados)							
Dirección		Provincia			Región		Distrito		Corregimiento
		Comunidad o zona o sector:			Calle:				
N° Casa /Apto.		Teléfonos			Punto de referencia				
Donde se presume ocurrió el contagio:		Residencia: <input type="checkbox"/>	Trabajo: <input type="checkbox"/>	Escuela: <input type="checkbox"/>	Lugar público/privado: <input type="checkbox"/>				
		Nombre del Lugar:							
Lugar donde se presume ocurrió el contagio o exposición (sólo si es diferente a la dirección residencial)				Pais					
Provincia		Región		Distrito		Corregimiento			
Especifique el Lugar									
<b>II. INFORMACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DEL PACIENTE</b>									
Diagnóstico:									
Condición:		Ambulatorio <input type="checkbox"/>		Hospitalizado <input type="checkbox"/>		Fallecido <input type="checkbox"/>			
Fecha de		Día / Mes / Año		Signos y síntomas			Día / Mes / Año		
Inicio de síntomas									
Hospitalización									
Defunción									
De toma de muestra									
Tipo de Muestra:									
Tipo de caso:		Sospechoso <input type="checkbox"/>		Probable <input type="checkbox"/>		Confirmado <input type="checkbox"/>			
Criterio de caso confirmado:		Clínico <input type="checkbox"/>		Laboratorio <input type="checkbox"/>		Nexo <input type="checkbox"/>			
<b>III. DATOS DEL QUE NOTIFICA EL CASO</b>									
Nombre y apellido									
Cargo		Fecha			Día	Mes	Año		
Institución		HOSPITAL DEL NIÑO DR. JOSÉ RENÁN ESQUIVEL			Región:				
Teléfono									
Observaciones:									
<p><small>Nota: Este formulario debe ser enviado al responsable de epidemiología de la instalación de salud, y en su ausencia al director de la instalación; éstos a su vez lo envían a epidemiología regional, quienes lo notifican a epidemiología del nivel central del Ministerio de Salud, de acuerdo a las normas y procedimientos de vigilancia epidemiológica.</small></p> <p><small>Dirección General de Salud, Departamento de Epidemiología. Tel: 512-9267/9147; Fax: 512-9377. Correo electrónico: vigeipanam@yahoo.com</small></p> <p><small>Departamento Nacional de Epidemiología de la Caja de Seguro Social. Teléfono 503-3513 y 503-3676 Fax: 503-3614</small></p>									



**Título:** Protocolo de Sífilis Congénita

**Edición:** Septiembre 2017

**Elaborado:** Dr. Raúl Esquivel Suman – Pediatra Infectólogo

**Revisión N°: 0**

**Aprobado:** : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia

**Revisado:** Dr. Alberto Bissot Jefe de Departamento de Neonatología

**MINISTERIO DE SALUD - CAJA DEL SEGURO SOCIAL  
E INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS  
FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN DE SÍFILIS CONGÉNITA**  
(DECRETO N° 308 DE 17 DE AGOSTO DE 2011)

REGIÓN \_\_\_\_\_ DISTRITO \_\_\_\_\_ CORREG. \_\_\_\_\_ LOCALIDAD \_\_\_\_\_

**I. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:** No asegurado  Asegurado  No. Cédula \_\_\_\_\_

NOMBRE (N°o) \_\_\_\_\_

F.NAC. 

DÍA	MES	AÑO

 EDAD 

AÑO	MES	DÍA

 SEXO: M  F  ETNIA INDÍGENA  SI  NO

NOMBRE (Madre) \_\_\_\_\_ EDAD 

--	--

DIRECCIÓN RESIDENCIAL (Madre) \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN LABORAL (Madre) \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

EMBARAZADA SEM GESTACIÓN  CONTROL PRENATAL  SI  NO  N° DE CONTROLES \_\_\_\_\_

HIST OBSTETRICA G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ VDRL  SI  NO  VDRL DILUICIONES  \_\_\_\_\_ VIH  SI  NO

**II. DIAGNOSTICO INICIAL**  
CONDICIÓN: LEVE  MODERADA

	FECHAS DE:			SIGNOS Y SÍNTOMAS	FECHA DE INICIO		
	DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO
INICIO DE SÍNTOMAS							
DIAGNÓSTICO INICIAL							
NOTIFICACIÓN							
HOSPITALIZACIÓN							
EGRESO							
DEFUNCIÓN							

**III. FACTORES DE RIESGO (DE LA MADRE):**

Trabajadora del Pecho	<input type="checkbox"/>	No Realizó Pruebas de Laboratorio en el CPN	<input type="checkbox"/>
No Control Prenatal	<input type="checkbox"/>	Promiscuidad	<input type="checkbox"/>
Control Prenatal Inadecuado	<input type="checkbox"/>	Uso de Drogas	<input type="checkbox"/>
No tratamiento de la Parásito Sexual	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
No Tratamiento de la Embarazada	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

**IV. DATOS DE LABORATORIO**

MADRE	Exámenes Realizado	Resultados	Fecha

NIÑO (PI)	Exámenes Realizado	Resultados	Fecha

**V. INVESTIGACIÓN DE CONTACTOS**

NOMBRE	DIRECCIÓN

**VI. SEGUIMIENTO DEL NIÑO (A LOS 1, 3, 6, 9, 12, 18 Y 24 MESES)**

Exámenes Realizado	Resultados	Fecha

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE REPORTA \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE LLENA EL FORMULARIO \_\_\_\_\_ CARGO \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA, DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA  
MINSAL DEPARTAMENTO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA, Correo electrónico: vigepipanamia@yahoo.com Teléfono 512-32879147/9413, Fax: 512 8377  
CALLE CARMONA MANSILLA 1500, LIMA 15001

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Departamento de Neonatología	<b>CÓDIGO: PR-20-01</b>	Página <b>20</b> de <b>21</b>
	<b>Título:</b> Protocolo de Sífilis Congénita	<b>Edición:</b> Septiembre 2017	
	<b>Elaborado:</b> Dr. Raúl Esquivel Suman – Pediatra Infectólogo	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Alberto Bissot Jefe de Departamento de Neonatología	

## 2. Valores de referencia para Líquido Cefalorraquídeo

Valores normales de Líquido cefalorraquídeo

Parámetros	Neonatos	Mayores de 1 mes
Células /mm <sup>3</sup>	5-35	<5
Hematíes /mm <sup>3</sup>	20-50	0
Proteínas (mg/dl)	<170	15-40
Glucosa (mg/dl)	40-80	40-80

\* 50-70% de la glicemia tomada simultáneamente

Tomado de: An Pediatr Contin. 2004; 2 (1): 45

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Departamento de Neonatología	<b>CÓDIGO: PR-20-01</b>	Página <b>21</b> de <b>21</b>
	<b>Título:</b> Protocolo de Sífilis Congénita	<b>Edición:</b> Septiembre 2017	
	<b>Elaborado:</b> Dr. Raúl Esquivel Suman – Pediatra Infectólogo	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Alberto Bissot Jefe de Departamento de Neonatología	

### 3. Documento de Referencia para casos sospechosos y confirmados de sífilis congénita.



## Hospital del Niño Doctor José Renán Esquivel

Panamá, Ave. Balboa, Calle 34.  
 Teléfono: 512-9815 Fax: 512-9830 Web: www.hn.ald.pa Apartado postal: 0816-00383

**REFERENCIA A INFECTOLOGÍA PARA RECIÉN NACIDOS CON SOSPECHA DE SÍFILIS CONGÉNITA**

**Datos de la Madre:**  
 Nombre completo: \_\_\_\_\_ Edad madre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Cédula de la Madre: \_\_\_\_\_  
 Antecedente de VDRL rector embarazos previos: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Si la respuesta es positiva, ¿recibió tratamiento? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No aplica: \_\_\_\_\_  
 Tratamiento utilizado: \_\_\_\_\_ # de dosis \_\_\_\_\_ Fecha de Tratamiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**Embarazo Actual:**  
 Producto # \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ # controles prenatales \_\_\_\_\_  
 Prueba de VIH Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Positiva \_\_\_\_\_ Negativa \_\_\_\_\_ No realizada: \_\_\_\_\_  
 VDRL < 20sem: Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Resultado: \_\_\_\_\_ No realizada: \_\_\_\_\_  
 VDRL > 20 sem: Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Resultado: \_\_\_\_\_ No realizada: \_\_\_\_\_  
 Prueba treponémica de la madre: Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Positiva \_\_\_\_\_ Negativa \_\_\_\_\_ No realizada: \_\_\_\_\_  
 Colocar si madre recibió tratamiento durante embarazo actual: Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Fecha del tratamiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Tratamiento utilizado: \_\_\_\_\_ # de dosis \_\_\_\_\_  
 Tratamiento a su pareja: Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Desconocido \_\_\_\_\_

**Datos del Bebé:**  
 Nombre completo: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Registro \_\_\_\_\_  
 Peso al Nacer (kg): \_\_\_\_\_ Edad gestacional al nacer (semanas): \_\_\_\_\_  
 Valor de VDRL paralelo: madre: \_\_\_\_\_ recién nacido: \_\_\_\_\_  
 Tratamiento en el recién nacido \_\_\_\_\_

**Pacientes hospitalizados en Neonatología 2:**  
 Sintomático: No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ (especifique) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Rayos X de huesos largos: Normal \_\_\_\_\_ Anormal \_\_\_\_\_ No realizadas: \_\_\_\_\_  
 Rayos X de Tórax: Normal \_\_\_\_\_ Anormal \_\_\_\_\_ No realizadas: \_\_\_\_\_  
 Transaminasas séricas: Normales \_\_\_\_\_ Alterada \_\_\_\_\_ No realizadas: \_\_\_\_\_  
 VDRL en LCR del Recién nacido: No rector \_\_\_\_\_ Reactor \_\_\_\_\_  
 Glóbulos Blancos en LCR: \_\_\_\_\_ Proteínas en LCR (mg/dl): \_\_\_\_\_  
 Tratamiento al recién nacido: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_  
 Tratamiento recibido (especifique dosis, vía de administración, días de tratamiento): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
**Diagnóstico egreso:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Nombre del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_