



## PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y ALERTA DE SÍFILIS CONGÉNITA

Actualizado a abril 2016

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD .....	3
Introducción .....	3
Agente .....	3
Reservorio .....	3
Modo de transmisión .....	3
Periodo de transmisibilidad. ....	3
Susceptibilidad.....	3
VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD .....	4
Objetivos.....	4
Definición de caso .....	4
Clasificación de los casos .....	5
MODO DE VIGILANCIA .....	5
MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA .....	6
Medidas preventivas .....	6
Medidas de control ante un caso y sus contactos.....	6
BIBLIOGRAFÍA .....	7
ANEXO. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE SÍFILIS CONGÉNITA.....	8

## Protocolo de Vigilancia y Alerta de SÍFILIS CONGÉNITA

## DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

### Introducción

Enfermedad del recién nacido producida por transmisión vertical del *Treponema pallidum*. Es causa de aborto, muerte neonatal o muerte del lactante debida a parto prematuro o a enfermedad sistémica. Su cuadro clínico es variable, pudiendo ser asintomática, especialmente en las primeras semanas de la vida. Se distinguen dos estadios:

- Sífilis congénita precoz: Se caracteriza por la presencia de síntomas y signos de enfermedad durante los dos primeros años de vida. Se manifiesta como rinitis (coriza sifilítica), lesiones mucocutáneas equiparables al periodo secundario del adulto, anormalidades óseas (pseudoparálisis de Parrot), hepatoesplenomegalia acompañada de ictericia, anemia y edema generalizado.
- Sífilis congénita tardía: Se caracteriza por la presencia de síntomas y signos de enfermedad que se desarrollan a partir de los dos años de vida. La sintomatología es muy diversa: queratitis intersticial, sordera (afectación del VIII par craneal), dientes de Hutchinson, nariz en silla de montar, protuberancia frontal, tibias en sable, sinovitis de la rodilla (articulaciones de Clutton), así como afectación visceral correspondiente a las formas terciarias del adulto.

La **importancia** de esta enfermedad radica en sus graves consecuencias y en la posibilidad de prevenirla mediante el cribado prenatal y el tratamiento de las embarazadas. En el año 2007, la Organización Mundial de la Salud puso en marcha un plan de acción global para la eliminación de la sífilis congénita basado en la reducción de la prevalencia de la sífilis en las mujeres embarazadas, en la prevención de la transmisión materno-infantil y en la mejora de los sistemas de vigilancia.

### Agente

*Treponema pallidum* subespecie *pallidum*

### Reservorio

Exclusivamente humano

### Modo de transmisión

A través de la placenta durante el periodo de gestación

### Periodo de transmisibilidad.

La probabilidad de transmisión madre-hijo está directamente relacionada con el estadio de la sífilis materna durante el embarazo o el estadio del embarazo al adquirir la infección. El riesgo de infección para el feto es mucho más elevado en la sífilis materna precoz que en la tardía.

### Susceptibilidad

La susceptibilidad es universal

## VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

### Objetivos

El objetivo general es conocer la distribución, presentación y evolución de la **sífilis congénita precoz** en la población. Además los datos de vigilancia se usarán para: a) describir la distribución geográfica y temporal de los casos de sífilis y b) identificar cambios en su patrón de presentación en la población.

### Definición de caso

#### Criterio clínico

Niño menor de dos años que presenta, al menos, uno de los diez signos siguientes:

- Hepatoesplenomegalia.
- Lesiones mucocutáneas.
- Condiloma plano.
- Rinitis persistente.
- Ictericia.
- Pseudoparálisis (debida a periostitis y osteocondritis).
- Afectación del sistema nervioso central.
- Anemia.
- Síndrome nefrótico.
- Desnutrición

o

- Niño muerto al nacer

#### Criterio de laboratorio

##### **Caso confirmado:**

Al menos uno de los tres siguientes:

- Confirmación de treponemas por microscopía de campo oscuro en cordón umbilical, placenta, material de autopsia, exudado nasal o lesión cutánea.
- Confirmación de treponemas mediante su tinción directa con anticuerpos fluorescentes (IFD) en cordón umbilical, placenta, material de autopsia, exudado nasal o lesión cutánea.
- Detección de ácidos nucleicos de *Treponema pallidum* en cordón umbilical, placenta, material de autopsia, exudados de lesiones sospechosas o fluidos corporales mediante PCR
- Detección de IgM específica de *Treponema pallidum* (FTA-abs, EIA, Immunoblot), JUNTO CON una prueba treponémica reactiva en el suero del niño.
- Una titulación de un test no treponémico (VDRL, RPR) en el suero del niño cuatro veces superior a la del suero de la madre junto con un test treponémico reactivo en el suero del niño.

##### **Caso probable:**

Al menos, uno de los dos siguientes:

- VDRL positivo en LCR.

- Análisis serológicos de la madre, treponémicos y no treponémicos, positivos

### Criterio epidemiológico

Niño menor de dos años cuya madre ha tenido pruebas serológicas positivas para la sífilis y no haya sido tratada o lo ha sido de forma inadecuada hasta el momento del parto.

### **Clasificación de los casos:**

**Caso sospechoso:** No procede

**Caso probable:** Lactante o niño menor de 2 años que satisface los criterios clínicos y presenta al menos uno de los dos siguientes:

- Una relación epidemiológica.
- Criterios de laboratorio de caso probable.

**Caso confirmado:** Niño menor de 2 años que satisface los criterios analíticos de confirmación de los casos

## **MODO DE VIGILANCIA**

Según la Orden de 12 de noviembre de 2015, un caso de esta enfermedad se considera de declaración ordinaria.

### **Notificación de caso**

La declaración del caso se efectuará en horario laboral por parte del personal médico, comunicándolo y preferentemente en el mismo día de su sospecha diagnóstica o como máximo dentro de las 48 horas desde la detección del mismo. En Atención Primaria se notificará a través de Diraya comunicándolo, el centro de salud, a Epidemiología de Atención Primaria (EAP) del Distrito Sanitario o Área de Gestión Sanitaria; si la detección se produce en Atención Hospitalaria se comunicará por parte de los Servicios que detecten el caso a Medicina Preventiva (MP). En EAP o MP se grabará la ficha correspondiente en la aplicación RedAlerta con los datos disponibles en el momento del diagnóstico, actualizándose posteriormente con la información clínica, de laboratorio, epidemiológica que se genere.

El personal médico con ejercicio privado, lo comunicará al Técnico de Salud de Atención Primaria del Distrito Sanitario o Área de Gestión Sanitaria.

La comunidad autónoma notificará los casos a la RENAVE-CNE. La notificación se hará de forma individualizada y con periodicidad semanal. La información de la enfermedad se consolidará una vez al año, para ello, la comunidad autónoma completará los datos de los casos, durante el primer trimestre del año siguiente.

## MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

### Medidas preventivas

La prevención de la sífilis congénita se basa en la detección precoz de la sífilis materna, mediante búsqueda activa sistemática en las mujeres embarazadas durante el primer trimestre del embarazo; si la paciente mantiene conductas de riesgo para las ITS, el screening deberá repetirse en el tercer trimestre.

Ningún recién nacido ni su madre deben abandonar el hospital a menos que el estado serológico de la madre haya sido documentado.

### Medidas de control ante un caso y sus contactos

#### Control del caso

La principal medida en el control de los casos es el **diagnóstico** y **tratamiento precoz**. El tratamiento depende de los síntomas y signos y de la titulación serológica que presente el niño, así como de si la madre ha recibido o no tratamiento durante el embarazo:

- Si la **madre ha sido tratada adecuadamente** antes o durante el embarazo y siempre con más de 30 días antes del parto y el **recién nacido está clínica y analíticamente asintomático** se hará seguimiento serológico mensual del niño, debiendo disminuir los títulos de las pruebas no treponémicas a los 3-4 meses y negativizarse hacia los 6 meses. En estos casos sólo se administrará una dosis única de penicilina G Benzatina 50.000 U/kg, IM, si no es posible garantizar el seguimiento.
- Si la **madre no ha sido tratada**, el **tratamiento ha sido inadecuado** o **no está bien documentado**, al recién nacido se le practicarán serologías, radiografías de huesos largos y punción lumbar para bioquímica, recuento leucocitario y VDRL:
  - Si **LCR anormal y/o clínica, radiología, analítica o serología indicadoras de sífilis congénita**, se le administrará:
    - Penicilina G sódica 50.000 U/kg/dosis IV cada 12 horas durante 7 días y luego cada 8 horas hasta completar 10 días (21 días si VDRL positivo en LCR, según algunos autores) o Penicilina G procaína 50.000 U/kg/día IM 1 dosis diaria durante 10 días. Si el tratamiento se interrumpe, en cualquier momento por más de 24 horas, se debe reiniciar la pauta completa.
  - Si **LCR normal** y ausencia de los indicadores antes mencionados:
    - Penicilina G sódica IM o IV 100.000-150.000 U/kg/día en dos dosis o Penicilina G procaína 50.000 U/kg/día IM 1 dosis diaria durante 10 días; sólo como alternativa 1 dosis única de penicilina G benzatina 50.000U/kg.
  - Se valorará una segunda tanda de tratamiento si el RPR asciende a los 6-12 meses del tratamiento anterior, si el LCR no se normaliza o si una vez normalizado se altera de nuevo.

- Seguimiento de los casos, a través de pruebas serológicas no treponémicas hasta la completa negativización de las mismas.

#### Control de los contactos

Estudio de la titulaciones de la madre y de sus parejas sexuales

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Syphilis. In: Heymann DL, editor. Control of Communicable Diseases Manual. 19 ed. Washington: American Public Health Association; 2008. p. 591-596.
- Woods CR. Syphilis in children: congenital and acquired. Semin Pediatr Infect Dis 2005;16(4):245-57.
- Organización Mundial de la Salud. Eliminación mundial de la sífilis congénita: fundamentos y estrategia para la acción. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243595856\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243595856_spa.pdf)
- Schmid GP, Stoner BP, Hawkes S, Broutet N. The need and plan for global elimination of congenital syphilis. Sex Transm Dis 2007;34(7 Suppl):S5-10.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. MMWR Recomm Rep 2010;59(RR-12):36-39.
- Salvia M, Álvarez E, Bosch J, Goncé A. Infecciones congénitas. In: Sociedad Española de Neonatología (SEN), editors. Protocolos de Neonatología. 2ª ed: Asociación Española de Pediatría. Sociedad Española de Neonatología 2008. Disponible en: [www.aeped.es/protocolos/](http://www.aeped.es/protocolos/)
- ORDEN de 15 de noviembre de 2015, por la que se modifica la Orden de 19 de diciembre de 1996, por la que se desarrolla el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en la Comunidad Autónoma de Andalucía y se establece la relación de enfermedades de declaración obligatoria.

## ANEXO. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE SÍFILIS CONGÉNITA

### DATOS PERSONALES Y DE LA DECLARACION

ID caso redalerta: ..... ID brote redalerta: .....

Apellidos: ..... Nombre: .....

Edad: .....años ó ..... meses

Domicilio: ..... Localidad: .....

TLF. : ..... Sexo:  V  M

País de origen: ..... Año de llegada a España: .....

Persona que realiza la encuesta: ..... TLF: .....

### DATOS SOBRE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso\*: \_-\_-

Fecha de inicio de los primeros síntomas: \_-\_-

Lugar de exposición del caso\*\*:

Municipio: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Comunidad Autónoma: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Caso importado: No  Sí  No consta

Nacido vivo: Sí  No  Fecha de la defunción: \_-\_- Causa: \_\_\_\_\_

Presentación clínica:

Hepatoesplenomegalia

Afectación SNC

Lesiones mucocutáneas

Anemia

Condiloma plano

Síndrome nefrótico

Rinitis persistente

Desnutrición

Ictericia

Asintomático

Pseudoparálisis

Otras

Especificar: \_\_\_\_\_

Complicaciones (Citar): \_\_\_\_\_

Ingreso en hospital: Sí  No  Desconocido

Evolución: Curación  Secuelas  Especificar: \_\_\_\_\_

Defunción: Sí  No  Fecha de defunción \_-\_-

\*Como fecha de caso se considerara la fecha de diagnóstico

\*\*Como lugar de exposición del caso se considerará por defecto el lugar de residencia de la madre



Protocolo de Vigilancia y Alerta de SÍFILIS CONGÉNITA

**DATOS DE LABORATORIO**

Agente causal: *Treponema pallidum*

Fecha de diagnóstico: \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_\_ (primer resultado positivo de caso confirmado)

	TIPO DE MUESTRA	PRUEBA TREPONÉMICA*	PRUEBA NO TREPONÉMICA**	FTA-Abs IgM	EIA IgM	Fecha resultado
<b>MADRE</b> - 1er trimestre - 3er trimestre - Actual						
<b>NIÑO</b>						

\*EIA, TPPA, TPHA \*\* VDRL, RPR

Otras pruebas: \_\_\_\_\_ Tipo de muestra: \_\_\_\_\_

**DATOS EPIDEMIOLÓGICOS**

**MADRE:**

Edad al parto: \_\_\_\_\_ Nº embarazos (incluido éste): \_\_\_\_\_ Nº nacidos vivos: \_\_\_\_\_

Otros hijos diagnosticados de sífilis congénita: Sí  No

Nº de parejas en últimos 12 meses: \_\_\_\_\_

Ejerce la prostitución: No  Sí  Desconocido

Drogadicción parenteral: No  Sí  Ex – usuaria

Drogadicción no parenteral: No  Sí  Ex – usuaria  Especificar: \_\_\_\_\_

Serología VIH: Positiva  Negativa  No realizada  Desconocida

País de nacimiento de la madre: España  Otro  Especificar: \_\_\_\_\_

Año de llegada a España: \_\_\_\_\_

• **Control del embarazo:**

Screening realizado en primer trimestre  Screening no realizado

Screening realizado en tercer trimestre  No documentado

• **Tratamiento antisifilítico durante el embarazo:**

Tratamiento adecuado antes de los 30 días previos al parto  Tratamiento inadecuado

Tratamiento adecuado dentro de los 30 días previos al parto  No tratamiento

Sífilis tratada con regímenes distintos a penicilina  No documentado

**La madre se encuentra en situación social desfavorecida**

(Especificar): \_\_\_\_\_

---

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

Clasificación del caso: Probable  Confirmado

---

**INFORMACIÓN ADICIONAL O COMENTARIOS**