

Sífilis congénita

1. Generalidades

1.1 Descripción del evento

La sífilis puede afectar al niño en dos formas, congénita y adquirida. La primera por paso transplacentario del *treponema pallidum* y, muy rara vez, por contacto con el chancro al nacer. La forma adquirida se debe casi exclusivamente al contacto sexual por abuso del prepúber y por las relaciones sexuales en el adolescente.

Actualmente, se sabe que el feto puede adquirir la infección en cualquier mes del embarazo, pero predominantemente en el tercer trimestre y es más frecuente e intensa cuando la madre tiene sífilis primaria o secundaria con espiroquetemia. Los efectos sobre el fruto de la gestación suelen distribuirse así:

- ◆ 20-25% terminan como mortinatos.
- ◆ 20-40% de embarazos terminan en aborto tardío espontáneo.
- ◆ 15-55% se asocia a recién nacidos prematuros.
- ◆ 40-70% alcanzarán el embarazo a término como recién nacidos vivos con infección congénita, quienes pueden desarrollar secuelas tardías.

La sífilis congénita, tiene dos formas de presentación, precoz o temprana y tardía; en ambos casos puede ser sintomática o asintomática (latente); las manifestaciones clínicas de la sífilis precoz aparecen en los dos primeros años de vida y las de la tardía entre los 2 y 30 años.

En la forma precoz, la mayor proporción de los niños son asintomáticos al nacimiento. El 70% muestra signos entre la tercera y octava semanas de vida y el 30% restante antes de los tres primeros meses. En orden de frecuencia las manifestaciones clínicas son: hepatomegalia, esplenomegalia, anemia, ictericia, exantema, petequias, rinitis, linfadenopatías, pseudoparálisis, síndrome hemorrágico y edema. En 61% hay anomalías óseas detectables radiológicamente.

En general, el cuadro clínico del niño con sífilis congénita precoz se parece al secundarismo del adulto. Sus manifestaciones pueden agruparse en generales, mucocutáneas, viscerales, del SNC, óseas y hematológicas.

Las manifestaciones de la sífilis congénita tardía corresponden a la sífilis terciaria del adulto. Puede afectar el sistema nervioso central, los huesos, los dientes, los ojos, la piel y cartílagos, creando estigmas como lesiones mucocutáneas, dientes de Hutchinson, nariz en silla de montar, tibiae en sable y queratitis intersticial.

1.2 Agente

Treponema pallidum, una espiroqueta microaerófila no cultivable in vitro, muy

lábil al medio ambiente, fuera del cuerpo humano muere en pocos minutos por desecación, temperaturas por encima de 41 °C, humedad intensa, cambios de PH, desinfectantes y radiación ultravioleta. A temperatura de 4 °C o menores sobrevive más tiempo pero también se destruye.

1.3 Modo de transmisión

La sífilis se transmite por contacto sexual íntimo de persona a persona y de la madre al feto de la gestación por transmisión transplacentaria o durante el paso a través del canal del parto.

1.4 Reservorio

El ser humano.

1.5 Periodo de incubación

La transmisión treponémica de la madre al feto y el inicio de la enfermedad depende de la duración de la infección de la madre, del número de embarazos previos y del tratamiento administrado. Si la infección ocurre simultáneamente con la iniciación del embarazo es muy probable que la madre presente signos de sífilis precoz y que el niño nazca sintomático. Si la diseminación del treponema es masiva, tiende a provocar la muerte fetal: cuando la infección materna es posterior a la concepción es probable que la madre presente signos antes del parto y el niño nazca asintomático, enfermado poco después. En el caso de que la infección materna ocurra seis a ocho semanas antes del parto, el hijo queda indemne por falta de tiempo para que el treponema atraviese la placenta.

En mujeres no tratadas la tendencia al aborto es decreciente con el tiempo de evolución de la sífilis materna. Debido a que la espiroquetemia puede ser recurrente o periódica, una mujer previamente enferma puede tener un hijo sano y el siguiente enfermo.

1.6 Caracterización epidemiológica

En 1996 se promulgó el Plan nacional de eliminación de la sífilis congénita con la meta de reducir la incidencia a una razón menor a 0,5 casos en menores de un año por mil nacidos vivos para el año 2.000.

Es una enfermedad prevenible que en la región de las américas afecta cada año entre 160 mil y 240 mil recién nacidos. En la mayor parte de países se viene observando un significativo aumento, aunque el subregistro sigue siendo alto.

En Colombia, durante los últimos quince años la incidencia de sífilis congénita estaba disminuyendo, con una razón en los menores de un año que va de 0,97 por 1.000 nacidos vivos (NV) en 1985 a 0,37 en 1997; pero entre 1998 y 1999 la vigilancia de la enfermedad apoyada en el Plan de eliminación de la sífilis congénita, favorece la búsqueda activa, dando como resultado una razón de 0,61 y 0,77 casos por 1.000 nacidos vivos respectivamente, incremento que puede asumirse como real si se tiene en cuenta el comportamiento similar en otras enfermedades de transmisión sexual que están en franco aumento.

En Bogotá, para 1999 y 2000 la razón fue de 0,17 y 0,38 por 1.000 nacidos vivos respectivamente; sin embargo, es importante señalar el subregistro dada la baja cobertura en el tamizaje con pruebas serológicas a las gestantes.

1.7 Factores condicionantes

Pueden dividirse en aquellos que hacen más susceptible a la madre para adquirir la infección sífilítica y aquellos que predisponen a la transmisión vertical de la madre al fruto del embarazo.

1.7.1 Factores asociados a la adquisición de la infección por la madre

- ◆ Contacto sexual penetrativo de riesgo, es decir, sin uso del condón, con una persona de la cual se desconozca si es o no seropositiva para sífilis.
- ◆ Contacto sexual penetrativo con un individuo infectado por la sífilis.
- ◆ Antecedente de múltiples compañeros sexuales en el pasado o en la actualidad.
- ◆ Una enfermedad de transmisión sexual (ETS) de cualquier tipo en la actualidad o en el pasado.
- ◆ Consumo de drogas psicoactivas (marihuana, basuco, cocaína, heroína, alcohol, etcétera) que disminuyan el control y la capacidad de juicio para protegerse de la transmisión de las ETS durante la relación sexual.
- ◆ Edad entre la adolescencia y la adultez temprana que la hace más susceptible biológica, psicológica y socialmente a adquirir una enfermedad de transmisión sexual.
- ◆ Nivel socioeconómico bajo, pues existe un menor nivel de educación sexual, un desconocimiento del riesgo en que se incurre, una limitada capacidad de negociación de la relación sexual, una baja cobertura en los servicios de salud, una mayor incidencia a los abusos y al trabajo sexual, y un menor estatus de la mujer en la familia.

1.7.2 Factores de riesgo para la transmisión perinatal

- ◆ La edad gestacional durante la cual hubo primoinfección de la madre. La posibilidad de transmisión vertical es mayor si la adquisición de la infección por la madre ocurre después del cuarto mes del embarazo.
- ◆ Comportamientos sexuales de riesgo por parte de la madre durante el embarazo que predisponen a reinfecciones.
- ◆ Dificultades para el acceso a los servicios de control prenatal, de tipo geográfico, económico, cultural o de oferta de servicios, que lleva a un retardo en la detección de la infección materna y a la instauración de tratamiento tardío e inoportuno a la madre.
- ◆ El pobre soporte familiar y social de la madre indicado por:
 - Una gestante adolescente.
 - Una gestante soltera.
 - O una gestante migrante o desplazada.

2. Definiciones de caso

2.1 Caso confirmado de sífilis gestacional

Gestante con prueba serológica treponémica reactiva (FTA-Abs, TPHA) o presuntiva no treponémica (RPR o VDRL) reactiva en 1:8 o más diluciones, o en menor dilución si hay por lo menos un factor de riesgo (mencionados anteriormente).

2.2 Caso confirmado de sífilis congénita

Todo fruto del parto (aborto, nacido vivo o mortinato) de una mujer con sífilis gestacional, que no recibió tratamiento o este fue inadecuado, independiente de los signos del lactante.

El tratamiento es inadecuado en la gestante cuando se incumple cualquiera de las siguientes condiciones:

- ◆ Terapia con un antibiótico diferente a la penicilina.
- ◆ Tratamiento tardío, es decir, realizado después de la trigesimacuarta semana gestación, o con menos de treinta días de anterioridad a la terminación de la gestación.
- ◆ Respuesta serológica inadecuada (los títulos se incrementan en más de dos diluciones, o no han descendido más de 2 diluciones, a los tres meses, o permanecen iguales o mayores de 1:8 después de seis meses) que haga sospechar que el esquema no fue el apropiado, que no se cumplió con el tratamiento, o que hubo reinfección.

3. Fuentes de información

Registro diario de consulta, registro de pruebas realizadas en el laboratorio clínico, registro de egresos hospitalarios, ficha clínico-epidemiológica del Plan nacional de eliminación de sífilis congénita, historia clínica prenatal base.

4. Intervenciones

4.1 Detección

La detección de casos de sífilis gestacional y congénita se fundamenta en el reconocimiento sistemático prescriptivo no circunscrito, mediante la realización de pruebas serológicas no treponémicas para sífilis a todas las gestantes en todos los servicios de atención prenatal y atención del parto de cualquier nivel de atención:

- ◆ En la primera consulta prenatal.
- ◆ En el tercer trimestre de la gestación, preferible al inicio del tercer trimestre de la gestación (alrededor de la vigesimooctava semana), si existen factores de riesgo.
- ◆ En el momento de terminación de la gestación, sea esta un aborto, un parto pretérmino o un parto a término, por cualquier mecanismo (vaginal o por cesárea).
- ◆ Si la terminación de la gestación no fue institucional, la prueba debe realizarse en la primera consulta del puerperio o posparto.

Ninguna de las pruebas es sustituible por las otras, en especial la prueba del tercer trimestre nunca sustituye la del parto o puerperio.

Debe utilizarse la prueba más sensible disponible y, en especial, la que garantice la obtención del resultado de manera inmediata, en la misma cita de atención prenatal, y siempre antes del alta para la prueba realizada en la terminación del embarazo.

En las zonas con limitaciones en los servicios de laboratorio deben utilizarse pruebas que puedan realizarse por fuera de este.

Hasta el momento, en Bogotá las pruebas disponibles que satisfacen estos requerimientos son la RPR (Rapid Plasma Reagin), también llamado test de floculación en lámina y VDRL (Venereal Disease Research Laboratory); en la ciudad también se ofrecen las pruebas treponémicas FTA-Abs y TPHA, cuya necesidad de utilización será evaluada por el médico tratante.

4.2 Diagnóstico

El diagnóstico con las gestantes se basa en los resultados de la prueba serológica de selección para sífilis (RPR o VDRL) en la madre al terminar la gestación (aborto, parto, puerperio), la prueba de confirmación en la madre (FTA-abs o TPHA) y la historia del tratamiento y seguimiento de la sífilis materna.

El diagnóstico en el fruto de la gestación se basa en la prueba de la madre y en la historia de su tratamiento y aunque la mayoría de los casos son asintomáticos, a todos los neonatos de madres con serología positiva para sífilis se les hará evaluación clínica y de laboratorio que incluye:

- ◆ Examen físico en búsqueda de evidencias de sífilis congénita.
- ◆ Test serológico no treponémico cuantitativo (no de sangre de cordón).
- ◆ Test treponémico si se considera necesario.
- ◆ LCR para análisis de células, proteínas y VDRL.
- ◆ Radiografías de huesos largos.
- ◆ Parcial de orina.
- ◆ Otros estudios clínicamente indicados: radiografía de tórax, cuadro hemático, recuento de plaquetas, pruebas de función hepática, examen oftalmológico, potenciales evocados.
- ◆ Evaluaciones por exámenes complejos de los neonatos dependen de la presencia de anomalías al examen físico, y su realización debe efectuarse con criterio de utilidad, es decir, siempre que los resultados impliquen cambios en el tratamiento, seguimiento o rehabilitación.

4.3 Diagnóstico diferencial

La diferenciación entre la sífilis congénita y adquirida puede ser difícil cuando un niño resulta seropositivo después de la lactancia. Los signos clínicos de sífilis congénita pueden no ser muy obvios, y los estigmas de la sífilis pueden no haberse

desarrollado. Es posible encontrar alterada la prueba VDRL en el LCR, el recuento celular y la proteinorraquia, así como las inmunoglobulinas IgM tanto en la sífilis congénita como en la adquirida. Sin embargo, el hallazgo de alteraciones neurológicas en huesos largos puede ser útil porque cambios en las metáfisis y las epífisis son considerados signos clásicos de infección sifilítica adquirida congénitamente. La decisión debe basarse en la historia clínica materna y en el juicio clínico.

Debe diferenciarse la sífilis congénita de las infecciones generalizadas causadas por la toxoplasmosis, la rubéola, el citomegalovirus y el Herpes simplex (agentes causantes del síndrome de TORCH).

4.4 Tratamiento

4.4.1 Tratamiento de la sífilis gestacional

El tratamiento de la sífilis gestacional debe incluir el tratamiento farmacológico, la búsqueda de otras ETS y la educación, según lo establecido en la guía de atención de las enfermedades de transmisión sexual.

El tratamiento farmacológico depende inicialmente de si la gestación continúa o no en curso, ya que sólo si la gestación ya terminó pueden ofrecerse terapias diferentes a penicilina.

Si la gestación continúa en curso, el tratamiento farmacológico debe hacerse siempre con penicilina, desensibilizando por vía oral en caso de que sea probable la presentación de reacciones de hipersensibilidad (véase el anexo).

El esquema a elegir depende de la edad gestacional: si es mayor de 34 semanas, debe utilizarse penicilina cristalina endovenosa a 4 millones de UI cada 4 horas durante diez a catorce días. Si existe amenaza de parto pretérmino se remitirá por alto riesgo. Debe intentarse el diagnóstico del compromiso fetal.

Si la edad gestacional es menor de 34 semanas, el esquema se seleccionará según el estadio, así:

- ◆ Sífilis de evolución indeterminada, o latente tardía, o terciaria excepto neurosífilis: penicilina benzatínica intramuscular a 2'4 millones de UI cada semana por tres dosis.
- ◆ Sífilis primaria, o secundaria, o latente temprana: penicilina benzatínica intramuscular a 2'4 millones de UI una dosis.
- ◆ Neurosífilis: penicilina cristalina endovenosa a 4 millones de UI cada 4 horas durante diez a catorce días.

Además, como parte de la atención de un caso de sífilis en una mujer gestante, debe garantizarse el tratamiento de todos sus contactos sexuales con el fin de evitar la reinfección de la gestante.

Todas las mujeres gestantes que han sido diagnosticadas con sífilis deben recibir un tratamiento integral y ser evaluadas para otras enfermedades de transmisión sexual incluyendo una prueba de tamizaje para VIH (véase el Protocolo de atención de las ETS).

El tratamiento debe iniciarse de inmediato después de obtener el resultado de la prueba presuntiva, prioritariamente en el primer nivel de atención a menos que las condiciones de la mujer exijan una atención de mayor complejidad.

4.4.2 Tratamiento de la sífilis congénita

Los neonatos deben ser tratados para sífilis congénita si cumplen la definición operativa de caso de sífilis congénita descrita anteriormente.

Los dos esquemas antibióticos recomendados para el tratamiento están basados en el uso del medicamento de elección que es la penicilina, y no existen otras alternativas que garanticen la curación de la enfermedad. Por tanto, sólo la penicilina debe usarse para tratar un caso de sífilis congénita.

Los esquemas antibióticos específicos son los dos siguientes:

- ◆ Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 unidades/kg/día intravenosa, administrados en dosis fraccionadas de 50.000 unidades/kg cada 12 horas durante los siete primeros días de edad, y cada 8 horas después, por un total de diez a catorce días. Si hay compromiso de sistema nervioso central, el tratamiento debe durar catorce días.
- ◆ Penicilina G procaínica 50.000 unidades/kg/dosis intramuscular, una vez al día durante diez a catorce días. Si el tratamiento se interrumpe, debe reiniciarse. Este último esquema de tratamiento con penicilina procaínica no requiere atención intrahospitalaria.

Si el recién nacido tiene VDRL positivo en líquido cefalorraquídeo, el tratamiento se hará con penicilina cristalina durante catorce días.

4.4.3 Tratamiento de la sífilis en lactantes y niños mayores

A los lactantes (niños de un mes de edad a dos años) y niños mayores de dos años de edad en quienes se diagnostica sífilis deben ser examinados, debe revisárseles la historia clínica materna y perinatal para diferenciar si es congénita o adquirida.

La evaluación del caso es igual a la descrita anteriormente. El régimen de manejo recomendado para todo niño mayor de un mes de edad con sífilis es el siguiente:

- ◆ Penicilina cristalina G 200.0000 a 300.0000 unidades/kg/día intravenosa administrados en dosis fraccionadas de 50.000 U/kg/cada 4-6 horas por un total de diez-catorce días.

4.5 Seguimiento

El seguimiento serológico recomendado es un VDRL o RPR mensual hasta el momento del parto y luego de acuerdo con el estadio de la enfermedad. Así:

- ◆ Sífilis primaria, secundaria y latente temprana: VDRL o RPR mensual hasta el parto y luego cada tres meses hasta un año después del tratamiento.
- ◆ Sífilis latente tardía, terciaria: VDRL/RPR mensual hasta el parto y luego cada tres meses hasta el segundo año. Si hubo neurosífilis se debe realizar control de LCR a los seis meses del tratamiento.

4.5.1 Criterios de curación

Todos los neonatos, lactantes y niños mayores que cumplen la definición de caso de sífilis deben ser seguidos cuidadosamente en consulta médica y con pruebas serológicas cada tres meses hasta que la prueba no treponémica (VDRL/RPR) se torne no reactiva o el título de la misma disminuya por lo menos en cuatro diluciones. Estos títulos deben caer a los tres meses de edad y deben ser menores de 1:8 a los seis meses de edad, si el niño fue infectado y adecuadamente tratado al nacer.

La respuesta serológica es más lenta cuando el neonato es tratado después del periodo neonatal. Si no se cumplen los criterios de curación, es decir que los títulos de la prueba no treponémica están iguales o se incrementan entre los 6 y 12 meses de edad, el lactante debe ser valorado clínicamente, incluyendo un examen de LCR, y nuevamente tratado con un ciclo de penicilina cristalina G acuosa intravenosa por diez días.

Las pruebas treponémicas (FTA-abs) no deben ser utilizadas para evaluar la respuesta al tratamiento puesto que pueden permanecer positivas por mucho tiempo a pesar de que el niño haya recibido un tratamiento efectivo.

Los anticuerpos antitreponémicos específicos transferidos pasivamente pueden persistir hasta la edad de 15 meses. Una prueba treponémica positiva a los 18 meses en adelante es diagnóstica de sífilis. Si una prueba no treponémica es no reactiva en ese momento, entonces no se requiere más evaluación ni tratamiento. Pero si la prueba no treponémica es reactiva de los 18 meses en adelante se requiere de una nueva valoración y tratamiento para sífilis congénita.

Niños con pruebas de LCR anormales por compromiso sífilítico deben ser valorados cada 6 meses con punciones lumbares repetidas para análisis del LCR hasta que este sea normal. Un VDRL o RPR en LCR anormal que no puede ser atribuido a otras causas debe indicar la necesidad de tratar al niño para posible neurosífilis.

4.6 Intervención colectiva

- ◆ Buscar activamente contactos y diagnóstico y tratamiento de los mismos. Todas las mujeres embarazadas que han sido diagnosticadas para sífilis deben ser evaluadas para otras enfermedades de transmisión sexual, incluyendo una prueba de tamizaje para VIH, previa consejería y consentimiento informado.
- ◆ Promover y fortalecer los programas de control prenatal, enfatizando el tamizaje para sífilis en las gestantes.
- ◆ Garantizar el acceso a los servicios de control prenatal a todas las mujeres en embarazo y para las adolescentes que están en riesgo de embarazo y de enfermedades de transmisión sexual.
- ◆ Agilizar el ingreso de las gestantes al sistema general de seguridad social en salud, si es necesario por medio del Sisbén.
- ◆ Garantizar la adecuada información y educación a las gestantes y a la comunidad en general sobre la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, las posibilidades de uso de métodos adecuados de control de la natalidad.
- ◆ Promover el soporte familiar de las gestantes y de las mujeres desplazadas sin familia, por parte de las instituciones que se ocupan de mujeres solteras y con otros problemas sociales.

5. Indicadores

- ◆ Razón de sífilis congénita en menores de un año por 1.000 nacidos vivos.
- ◆ Porcentaje de sífilis congénita en hijos de madres con control prenatal.
- ◆ Porcentaje de mujeres con serología realizada en el momento del parto.
- ◆ Porcentaje de mujeres reactivas al momento del parto que recibieron atención prenatal.
- ◆ Porcentaje de contactos investigados, seguidos y tratados.

Bibliografía

1. Corporación de Investigaciones Biológicas. Fundamentos de medicina. Enfermedades infecciosas. Medellín. 1996.
2. CDC. Congenital syphilis: Trends and recomendations for evaluation and managment. *Pediatr. Infect. Dis. J.* 1991.
3. CDC. 1998 Guidelines for the treatment of sexually transmitted diseases. *MMWR.* 1998.
4. Ministerio de Salud. Programa de prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/sida. Sífilis congénita. Guía de atención integral. Documento de trabajo. Bogotá. Enero de 1999.
5. Ministerio de Salud-Dirección general de promoción y prevención-Oficina de epidemiología. Protocolos de vigilancia en salud pública. Bogotá. 1998.
6. Ministerio de Salud-Dirección general de promoción y prevención-Oficina de epidemiología/Instituto Nacional de Salud-Subdirección de epidemiología y Laboratorio nacional de referencia. Informe Epidemiológico Nacional. Volumen 5. Número 12. Bogotá, 30 de junio de 2000.
7. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la eliminación de la sífilis congénita. CE 116/14. 2 de mayo de 1995.
8. Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá-Área de vigilancia en salud pública. Sistema alerta acción 1997-2000.

ANEXO 1

MANEJO DEL PACIENTE CON HISTORIA DE ALERGIA A LA PENICILINA

No existen tratamientos alternativos a la penicilina con eficacia comprobada para tratar la neurosífilis, la sífilis congénita o la sífilis en la mujer embarazada. La penicilina también se recomienda, siempre que sea posible, para el tratamiento de personas infectadas por el VIH. En Estados Unidos de América se ha reportado 3-10% de la población adulta que ha presentado urticaria, angioedema o anafilaxis (obstrucción respiratoria alta, broncoespasmo o hipotensión) con tratamientos de penicilina. La readministración de penicilina en estos pacientes puede causar reacciones inmediatas de tipo severo. Ya que este tipo de reacciones alérgicas puede llegar a ser fatal, deben realizarse todos los esfuerzos para evitar administrar el medicamento a personas alérgicas, a menos que se haya removido la sensibilidad anafiláctica mediante desensibilización aguda.

Sin embargo, sólo aproximadamente 10% de las personas que reportan una historia de reacciones alérgicas severas a la penicilina son aun alérgicas. Con el paso del tiempo, después de una reacción alérgica severa, la mayoría de las personas que han experimentado una reacción severa paran de expresar IgE específica contra la penicilina. Estas personas pueden tratarse con penicilina de manera segura. Muchos estudios han encontrado que las pruebas cutáneas con determinantes mayores y menores, pueden identificar de manera confiable a las personas con alto riesgo de presentar alergias a la penicilina. Aunque estas reacciones se producen fácilmente y han estado presentes en los centros académicos por más de 30 años, actualmente sólo el peniciloil-poli-L-lisina (Pre-pen, el determinante mayor) y la penicilina G se consiguen comercialmente. Los expertos estiman que hacer las pruebas únicamente con el determinante mayor y penicilina G detecta de 90 a 97% de los pacientes que actualmente son alérgicos. Sin embargo, ya que las pruebas cutáneas sin los determinantes menores dejan por fuera de 3 a 10% de los pacientes alérgicos sin detectar y pueden presentarse reacciones severas o fatales, se sugiere precaución cuando no se dispone de la batería completa de pruebas cutáneas con las reagentes listadas en la tabla.

1. Recomendaciones

Si se dispone de la batería completa de reagentes, incluyendo los determinantes mayores y menores (ver pruebas cutáneas de alérgica a penicilina), los pacientes que reportan una historia de reacción alérgica y son negativos a la prueba de sensibilidad pueden recibir el tratamiento convencional. Los pacientes sensibles deben ser desensibilizados.

Si no se dispone de la batería completa, incluyendo los determinantes menores, deberá hacerse la prueba al paciente usando peniciloil (el determinante mayor pre-pen) y penicilina G, no disponible en Colombia. Aquellos con resultados positivos deben ser desensibilizados. Algunos expertos creen que, en esta situación, las personas con pruebas negativas de sensibilidad a la penicilina deben ser considerados como posiblemente alérgicos y ser desensibilizados. Otros sugieren que aquellos con prueba negativa pueden recibir tratamiento gradual con penicilina oral en un lugar donde pueda realizarse monitoreo del paciente y se disponga de tratamiento contra posibles reacciones anafilácticas.

2. Pruebas cutáneas de alergia a penicilina

Los pacientes en alto riesgo de anafilaxis (por ejemplo, historia de anafilaxis relacionada con penicilina, asma u otras enfermedades que harían de la anafilaxis algo más peligroso, o terapia con agentes beta-adrenérgicos) deben ser probados con reaginas diluidas 100 veces más que las pruebas usuales antes de ser probados con estas mismas. En estas circunstancias, los pacientes deben estar bajo situación controlada, donde se disponga de tratamientos antialérgicos. De ser posible, los pacientes no deben haber recibido drogas antihistaminicas (por ejemplo, maleato de clorfeniramina o terfenadina durante las 24 horas previas a la prueba, difenhidramina HCL o hidroxicina en los últimos 4 días, o astemizol en las ultimas tres semanas).

2.1 Reaginas (adaptado de Beall)

- ◆ Determinantes mayores
 - Benzyl peniciloil poli-L-Lisina (Pre-Pen (6x10 M).
- ◆ Precusores de determinantes menores
 - Benzyl penicilina G (10 -2M, 3.3 mg/ml, 600 U/mL).
 - Benzyl peniciloato (10-2M, 3.3 mg/ml)
 - Benzyl peniloato (peniciloil propylamina) (102M, 3.3 mg/ml).

2.2 Control positivo

- Histamina comercial para pruebas epicutáneas (1 mg/ml).

2.3 Control negativo

- Diluyente usado para disolver otras reaginas, usualmente fenol salino.

3. Procedimientos

Diluir los antígenos 100 veces para la prueba preliminar si el paciente refiere historia de alergia que haya amenazado la vida, ó 10 veces si el paciente ha tenido otro tipo de reacción generalizada inmediata, durante el ultimo año.

3.1 Pruebas epicutáneas

Dos gotas de la reagina cutánea se colocan sobre la superficie anterior del antebrazo. La epidermis subyacente se pica con una aguja # 26 sin permitir sangrado.

La prueba epicutánea es positiva si el diámetro promedio de la reacción después de 15 minutos es 4 mm más grande que los controles negativos; de otra manera, la prueba se considera negativa; los controles con histamina deben ser positivos para asegurar que los resultados no son falsos negativos a causa del efecto de drogas antihistaminicas.

3.2 Pruebas de induración

Si la prueba epicutánea es negativa, dos inyecciones intradérmicas de 0,02 ml del control negativo y de la solución antigénica deberán aplicarse sobre la cara

anterior del antebrazo usando una jeringuilla con aguja # 26 ó 27. Los diámetros cruzados de las ampollas inducidas por las inyecciones deben ser registrados.

Una prueba intradérmica es positiva si el promedio del diámetro de la ampolla después de 15 minutos de la inyección es de 2 mm o más grande que el tamaño de la ampolla inicial y también es como mínimo 2 mm más grande que los controles negativos. De otra forma la prueba se considera negativa.

3.3 Desensibilización

Los pacientes que tienen las pruebas cutánea positiva a alguno de los determinantes a la penicilina, pueden ser desensibilizados. Este es un procedimiento directo, relativamente seguro que puede ser realizado por vía oral o IV; aunque las dos aproximaciones no han sido comparadas, la desensibilización oral se piensa que es más segura, simple y fácil. Los pacientes deben ser desensibilizados en un entorno hospitalario a causa de las serias reacciones alérgicas mediadas por la IgE, aunque es improbable que ocurran la desensibilización puede completarse en cerca de 4 horas, después de haber administrado la primera dosis de penicilina (véase la tabla).

Deben identificarse los sitios de referencia donde la desensibilización puede ser realizada.

Después de la desensibilización, los pacientes deben ser mantenidos constantemente con penicilina durante todo el curso del tratamiento.

Protocolo de desensibilización oral para pacientes con pruebas cutáneas positivas

DOSIS SUSPENSIÓN Y PENICILINA V	CANTIDAD UNIDADES/ML	ML	UNIDADES	DOSIS ACUMUNLADA (UNIDADES)
1	1000	0.1	100	100
2	1000	0.2	200	300
3	1000	0.4	400	700
4	1000	0.8	800	1500
5	1000	1.6	1600	3100
6	1000	3.2	3200	6300
7	1000	6.4	6400	12700
8	10000	1.2	12000	24700
9	10000	2.4	24000	48700
10	10000	4.8	48000	96700
11	80000	1.0	80000	176700
12	80000	2.0	160000	336700
13	80000	4.0	320000	656700
14	80000	8.0	640000	1296000

- ◆ Intervalo entre dosis, 15 minutos.
- ◆ Tiempo a emplear 3 horas 45 minutos.
- ◆ Dosis acumulada 1,3 millones de unidades.
- ◆ La cantidad específica de medicamento es diluida en aproximadamente 30 ml de agua y luego administrada oralmente.



SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA
ÁREA DE VIGILANCIA DE LA SALUD PÚBLICA
PLAN DE ELIMINACIÓN DE SÍFILIS CONGÉNITA

FECHA DE NOTIFICACIÓN

I. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE NOTIFICADO

APELLIDOS _____
H.C. No. SEXO: Hc

II. IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE

NOMBRES (iniciales) APELLIDOS (iniciales)
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC TI HC NÚMERO
RÉGIMEN: CONTRIBUTIVO SUBSIDIADO VINCULAD
MUNICIPIO DE RESIDENCIA _____ URBA

III. ANTECEDENTES MATERNOS

¿SE HIZO CONTROL PRENATAL?	sí	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>
¿SE HIZO SEROLOGÍA DURANTE EL EMBARAZO?	sí	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>
¿SE HIZO SEROLOGÍA EN EL PARTO?	sí	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>

IV. DATOS DEL CASO

EDAD GESTACIONAL AL NACER _____

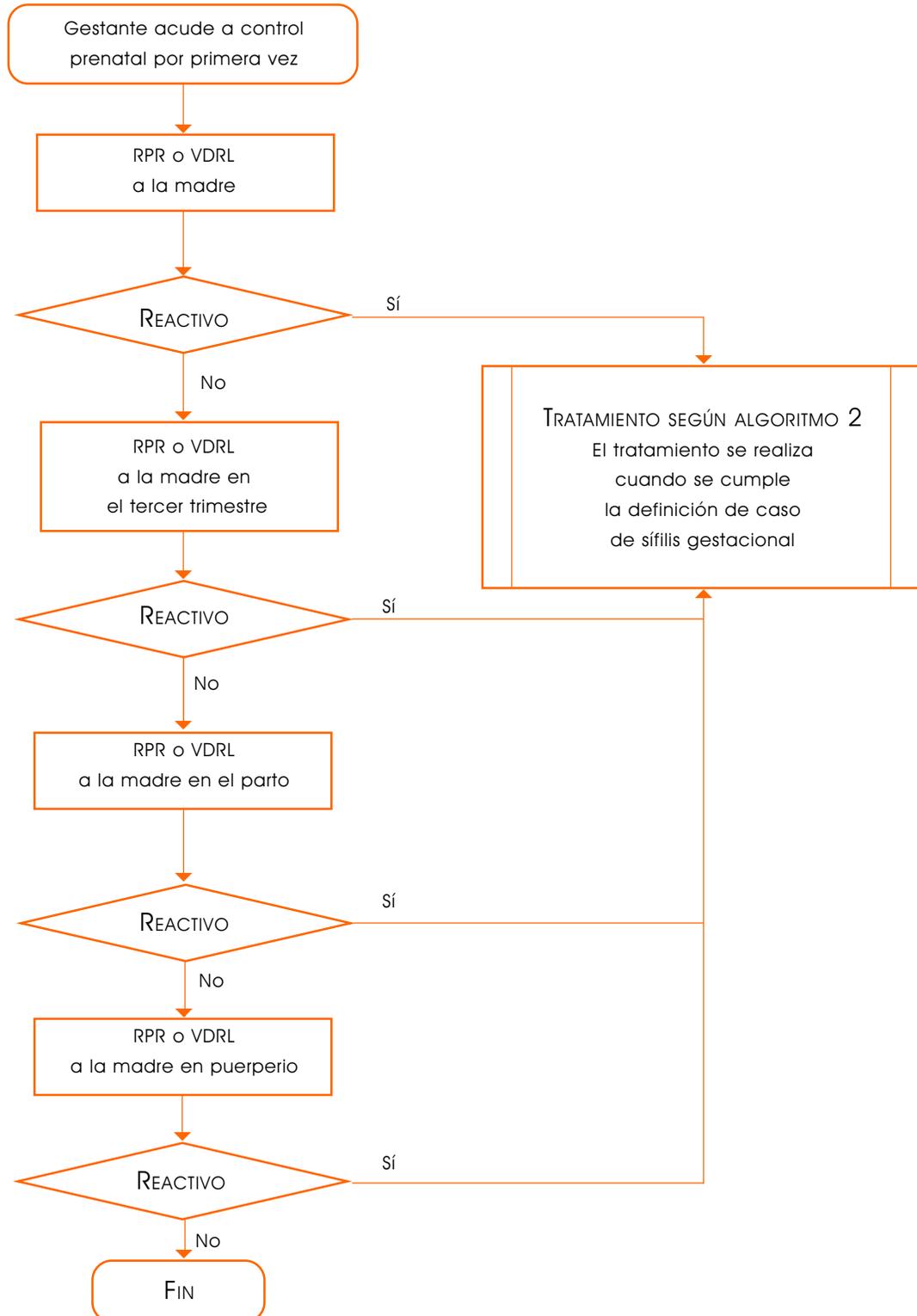
ESTADO DEL CASO:	NACIÓ VIVO	<input type="text"/>	MORTINATO	<input type="text"/>
CLASIFICACIÓN:	PROBABLE	<input type="text"/>	CONFIRMADO	<input type="text"/>

V. UBICACIÓN DE LA UNIDAD NOTIFICADORA

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN _____
DEPARTAMENTO _____ MUNICIPIO _____

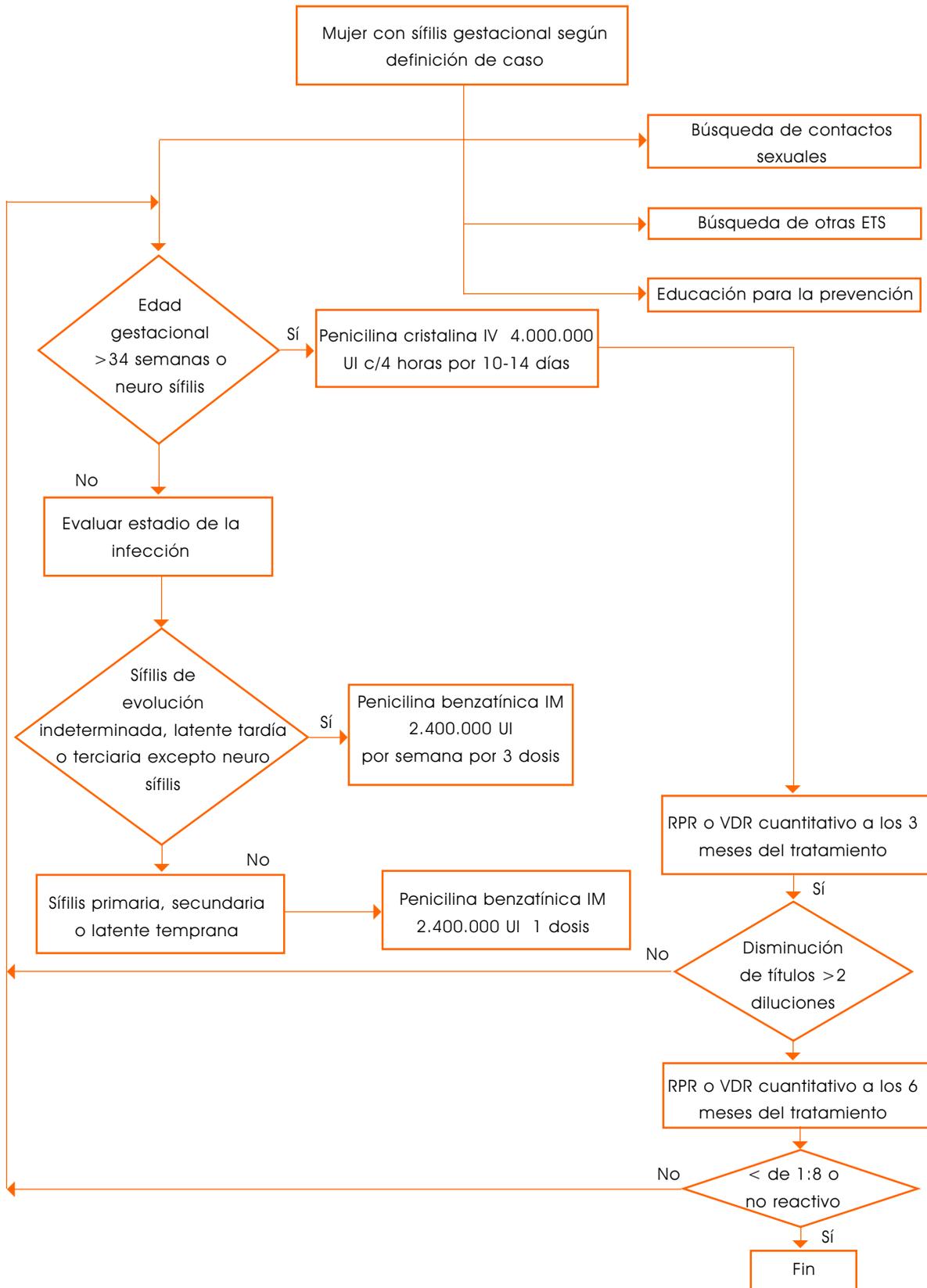
VI. NOMBRE DE QUIEN DILIGENCIA LA FICHA _____

ALGORITMO N° 1 DETECCIÓN TEMPRANA DE LA SÍFILIS GESTACIONAL

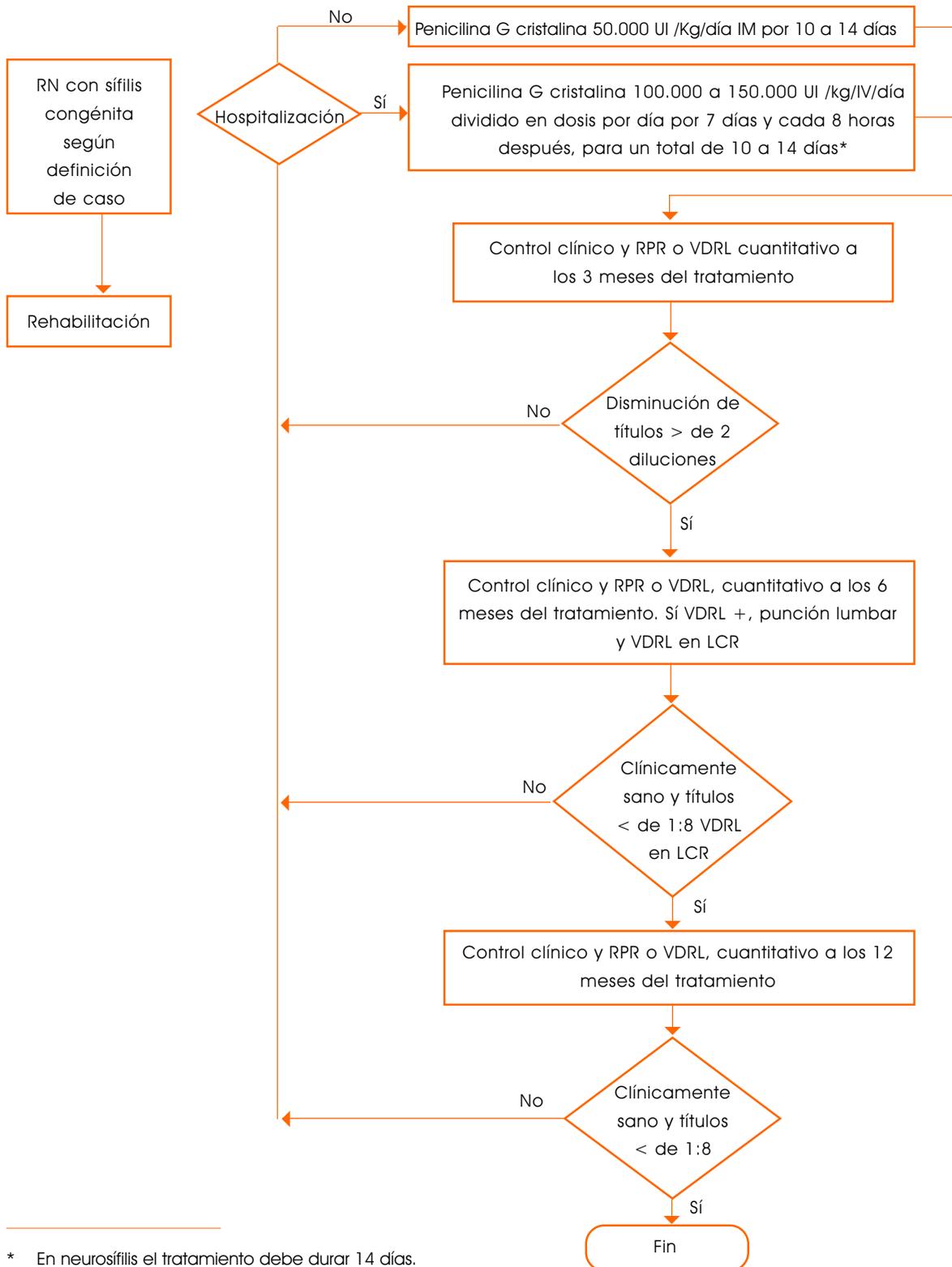


ALGORITMO N° 2

TRATAMIENTO DE LA MUJER CON SÍFILIS GESTACIONAL



ALGORITMO N° 3 TRATAMIENTO RECIÉN NACIDO CON SÍFILIS CONGÉNITA



* En neurosífilis el tratamiento debe durar 14 días.