

SÍFILIS CONGÉNITA

Ley 15465/60. Ficha Versión 2024

Definición de caso

Sífilis congénita:

1. Nacido/a vivo/a o muerte fetal o aborto de más de 500 grs de una persona gestante con diagnóstico confirmado de sífilis y sin tratamiento adecuado de la persona gestante durante el embarazo.
2. Muerte fetal en persona gestante con diagnóstico de sífilis y sin otra causa conocida.
3. Nacido/a vivo/a, muerte fetal o aborto de más de 500 grs, o niño/a menor de 24 meses, hijo/a de una persona gestante con criterio de caso probable o confirmado de sífilis, sumado a una de la siguientes condiciones; 1 criterio de laboratorio*, o criterios radiográficos (radiografías de huesos largos características de sífilis congénita y PNT), o criterios clínicos (PNT reactiva y signos clínicos; Hidrops fetal no inmunológico, hepatomegalia, rinitis mucosa o hemorrágica, anemia hemolítica y plaquetopenia, rash maculo papular o vesicular, lesiones descamativas y lesiones ampollares palmo-plantares)

*Criterios de laboratorio:

- PNT reactiva con título 4 veces o más que el de la persona gestante.
- Neonato o mortinato en el que se demostró *T. pallidum* por Campo Oscuro o PCR en placenta, secreción nasal, material de lesión de la piel o material de autopsia.
- VDRL reactiva en LCR.
- Niño con PNT reactiva luego de los 6 meses de vida, expuesto a *T. pallidum*, que no haya recibido tratamiento luego del nacimiento.

Niño Expuesto a TP en investigación:

Todo nacido vivo de persona gestante con sífilis gestacional, con PNT reactiva al nacimiento y sin datos suficientes para clasificarlos como casos de sífilis congénita o descartarlos.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellido y Nombre: _____ DNI: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo al nacer: M F Indeterminado Sexo legal: M F No binario Género: Mujer CIS Varón CIS Mujer Trans Varón Trans Desconocido

Domicilio: _____ Barrio: _____ Localidad: _____

Teléfono Propio o vecino: _____

Departamento: _____ Provincia: _____ País: _____

Apellido y Nombre materno: _____ DNI materno: _____

DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de síntomas : ____/____/____

Fecha de primera consulta: ____/____/____

Síntomas Si No Adenopatías generalizadas Ictericia Compromiso del SNC Lesiones ampollares Exantema macular Neumonitis Hepatoesplenomegalia Rinitis hemorrágica Hidrops fetal no inmunológica Rinitis mucosa Al momento de reporte Vivo: Muerto:

ANTECEDENTES MATERNOS

Embarazo con 5 o más controles Si No Se ignora

Madre tratada por Sífilis gestacional Si No Se ignora

Fecha de diagnóstico: ___/___/___ Edad gestacional al momento del diagnóstico y tratamiento _____

Fecha inicio tratamiento: ___/___/___ N° de dosis y concentración: _____ ATB recibido: _____

DATOS DE LABORATORIO

Tipo de muestra		Técnica solicitada	Fecha	Resultado		
Suero	LCR			Positivo	Negativo	No detectable
			___/___/___			
			___/___/___			
			___/___/___			

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Factores de riesgo/Vías más probables de transmisión/ otros antecedentes de interés.

Madre no tratada

Madre con tratamiento incompleto

CLASIFICACIÓN

Sífilis congénita sintomática

Sífilis congénita descartada

TRATAMIENTO

Si No Atb _____ Fecha de inicio: ___/___/___

Dosis _____ mg/kg/día Vía EV IM duración del tratamiento _____ días

DATOS DEL NOTIFICADOR

Apellido y Nombre de Profesional: _____

Establecimiento Notificación: _____

Tel: _____ e-mail: _____

Localidad: _____

Fecha: ___/___/20___

firma y sello del notificador