**GPC**

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

**ADOPCION DE LA GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA**

**DE SIFILIS GESTACIONAL Y CONGENITA, MEDIANTE RESOLUCION INTERNA 0232 DE 2023**



**empresa social del estado**

**hospital san jose de maicao**

**maicao, la guajira**

**TABLA DE CONTENIDO**

1. [INTRODUCCIÓN 3](#_bookmark0)
2. [OBJETIVOS DE LA GUÍA 3](#_bookmark1)
3. [ALCANCE 3](#_bookmark2)
4. [ACTUALIZACIÓN DE LA GUÍA 3](#_bookmark3)
5. [DESARROLLO 4](#_bookmark4)
   1. [Definiciones 4](#_bookmark5)
   2. [Factores Asociados a la Adquisición de la Infección por la Madre 4](#_bookmark6)
   3. [Factores Asociados a la Transmisión Vertical Madre-Hijo 4](#_bookmark7)
   4. [Características de la Atención 5](#_bookmark8)
      1. [Detección 5](#_bookmark9)

[5.4.2. Diagnóstico 5](#_bookmark10)

* 1. [Tratamiento 7](#_bookmark11)
     1. [Tratamiento de la sífilis gestacional 7](#_bookmark12)
     2. [Tratamiento de la sífilis congénita 8](#_bookmark13)
     3. [Tratamiento de la sífilis en lactantes y niños mayores 8](#_bookmark14)
     4. [Alergia a la penicilina 9](#_bookmark15)
     5. [Infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) 9](#_bookmark16)
     6. [Soporte social 9](#_bookmark17)
  2. [Seguimiento 9](#_bookmark18)

[5.6.1. Seguimiento de las mujeres con sífilis gestacional 10](#_bookmark19)

[5.6.2 Seguimiento de los niños y las niñas con sífilis congénita 10](#_bookmark20)

* 1. [Rehabilitación 10](#_bookmark21)

[5.7.1. Alteraciones orgánicas y funcionales 10](#_bookmark22)

* 1. [Bibliografía 13](#_bookmark23)

1. INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad infecciosa de transmisión sexual causada por el treponema pallidum que causa compromiso sistémico. Existe aún una alta prevalencia de la enfermedad, principalmente en países en vía de desarrollo como es el caso de Colombia. Las mujeres en embarazo pueden transmitir la infección al feto por vía trans placentaria lo que da origen a la sífilis congénita, que en nuestro medio es un problema de salud pública; esta puede afectar prácticamente cualquier órgano y está asociada a prematurez, bajo peso al nacer, muerte fetal intrauterina y muerte neonatal.

Desde el descubrimiento de la penicilina la historia de la sífilis cambió, su utilización mostró efectividad para curar la enfermedad y prevenir la morbilidad y mortalidad asociadas a esta enfermedad. Aún hoy continúa siendo el tratamiento de elección con las ventajas de ser sencillo, económico y efectivo. El tratamiento adecuado y oportuno con penicilina a la gestante con sífilis, logra evitar la infección en el feto.

2. OBJETIVOS DE LA GUÍA

Prevenir la diseminación de la sífilis congénita, permitir un diagnóstico precoz, así como ofrecer un tratamiento eficaz a las pacientes con diagnóstico de sífilis gestacional y/o congénita.

3. ALCANCE

Todas las pacientes gestantes que presenten diagnóstico de sífilis gestacional y/o congénita.

4. ACTUALIZACIÓN DE LA GUÍA

Las recomendaciones de esta Guía deben actualizarse a los siguientes tres (3) años a partir de su expedición siguiendo la guía metodológica establecida o previamente en caso de disponer de nuevas evidencias que modifiquen de manera significativa las recomendaciones aquí anotadas.

5. DESARROLLO

**5.1. Definiciones**

Caso de sífilis gestacional: Toda mujer gestante, puérpera o con aborto reciente, con prueba no treponémica (VDRL o RPR) reactiva mayor o igual a 1:8 diluciones o en menores diluciones (1:2 ó 1:4) con prueba treponémica (FTA-abs o TPHA) positiva.

Caso de sífilis congénita: Producto de la gestación (aborto, mortinato o nacido vivo) de madre con sífilis gestacional sin tratamiento o tratamiento inadecuado, independientemente que el recién nacido presente o no signos de enfermedad y del resultado de las pruebas no treponémicas del recién nacido.

5.2. Factores Asociados a la Adquisición de la Infección por la Madre

* Contacto sexual de riesgo.
* Conducta sexual riesgosa.
* Presencia de múltiples compañeros sexuales en el pasado o en la actualidad.
* Enfermedad de transmisión sexual (ETS) de cualquier tipo en la actualidad o en el pasado.
* Consumo de drogas psicoactivas (marihuana, bazuco, cocaína, heroína, alcohol, etc.) que disminuyan el control y la capacidad de juicio para protegerse de la transmisión de las ETS durante la relación sexual.
* Nivel socioeconómico o educativo 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 al abuso y al trabajo sexual, y un menor nivel de la mujer en la familia.

**5.3. Factores Asociados a la Transmisión Vertical Madre-Hijo**

La ausencia de atención prenatal oportuna y adecuada es el factor más importante en la incidencia de sífilis congénita; el control adecuado incluye la búsqueda, tratamiento y seguimiento oportunos de la enfermedad.

La oferta de los servicios en el proceso de atención de la Sífilis Gestacional y la Sífilis Congénita, debe incluir los procedimientos de:

* Educación para la prevención
* Detección
* Diagnóstico
* Tratamiento
* Seguimiento.
* Rehabilitación
  1. **Características de la Atención**

5.4.1Detección

La detección de casos de sífilis gestacional y congénita se fundamenta en la búsqueda sistemática en todas las gestantes durante el control prenatal, a través de la realización de pruebas serológicas no treponémica (RPR o VDRL) durante:

* La primera consulta de atención prenatal.
* Si existen factores de riesgo se debe hacer prueba no treponémica en el tercer trimestre de gestación.
* Al momento de la terminación de la gestación, sea un aborto, mortinato, parto pre término o parto a término por cualquier mecanismo (vaginal o por cesárea) para establecer el diagnóstico del binomio madre e hijo.
* Si la terminación de la gestación no fue institucional la prueba debe realizarse en la primera consulta del puerperio o postaborto.
* Si la prueba serológica no treponémica es positiva, se evaluará la necesidad de prueba treponémica (FTA-Abs, TPHA).

5.4.2. Diagnóstico

Los pilares del diagnóstico de la sífilis congénita son la prueba de selección para sífilis (RPR o VDRL) en la madre al terminar la gestación (aborto, parto o puerperio), la prueba de confirmación en la madre (FTA-Abs o TPHA) y la historia del tratamiento y seguimiento de la sífilis materna.

* Manifestaciones mucocutáneas: pénfigo palmo plantar, erupción maculo papular, rinitis o rinorrea sanguinolenta, condilomas lata, ragadías, petequias.
* Lesiones óseas.
* Manifestaciones renales: síndrome nefrótico
* Manifestaciones de SNC: meningitis aséptica
* Manifestaciones oculares: corio retinitis, retinitis en sal y pimienta
* Retardo de crecimiento intrauterino
* Otros hallazgos: pancreatitis, inflamación del tracto gastrointestinal, hipopituitarismo, neumonía alba, neumonitis, miocarditis, fiebre.
* TARDIAS
* Dientes de Hutchinson
* Queratitis intersticial
* Sordera
* Nariz en silla de montar
* Ragades
* Lesión de SNC: retardo mental, hidrocefalia, convulsiones, sordera, ceguera. Lesiones osteo articulares: articulaciones de Clutton, tibia en sable.

5.5. Tratamiento

**5.5.1. Tratamiento de la sífilis gestacional**

El tratamiento de la sífilis gestacional debe incluir el tratamiento farmacológico, la búsqueda de otras ETS y la educación sobre las enfermedades de transmisión sexual.

El tratamiento farmacológico depende inicialmente de si la gestación continúa o no en curso, ya que, solo 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

El esquema a elegir depende de sí la edad gestacional. Si es mayor de 34 semanas, debe utilizarse penicilina cristalina endovenosa a 4 millones de UI cada 4 horas durante 10 a 14 días. Si existe amenaza de parto pre término 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 10 a 14 días.

Además como parte de la atención de un caso de sífilis en una mujer gestante se debe garantizar 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 (ver guía 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.

**5.5.2. 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 lo tanto sólo la penicilina se debe usar para tratar un caso de sífilis congénita.

Los esquemas antibióticos específicos son los dos siguientes: Penicilina Cristalina G acuosa 100,000 a 150,000 unidades/kg/día intravenosa, administrados en dosis fraccionadas de 50,000 unidades/kg cada 12 horas durante los 7 primeros días de edad, y cada 8 horas después, por un total de 10-14 días. Si hay compromiso de Sistema Nervioso Central durante 14 días.

O Penicilina G procaínica 50,000 unidades/kg/dosis intramuscular, una vez al día durante 10-14 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 céfalo raquídeo, el tratamiento se hará con penicilina cristalina durante 14 días.

**5.5.3. Tratamiento de la sífilis en lactantes y niños mayores**

A los lactantes (niños de 1 mes de edad a 2 años) y niños mayores de 2 años de edad en quienes se diagnostica sífilis deben ser examinados, se les debe revisar 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 acuosa 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 10-14 días.

**5.5.4. Alergia a la penicilina**

Los pacientes pediátricos o las mujeres gestantes que requieren de tratamiento para la sífilis, pero que tienen una historia de alergia a la penicilina deben ser desensibilizados y tratados con penicilina. Las pruebas cutáneas de sensibilidad a la penicilina pueden ser útiles en algunos casos.

No existen tratamientos alternativos a la penicilina con eficacia comprobada para tratar la neurosífilis, la sífilis congénita o la sífilis en la mujer gestante. Se ha reportado un 3-10% de la población adulta que ha presentado urticaria, angioedema o anafilaxis (obstrucción respiratoria alta, broncoespasmo, o hipotensión) con tratamientos de penicilina. La re administración de penicilina en estos pacientes, puede causar reacciones inmediatas de tipo severo. Ya que este tipo de reacciones alérgicas puede llegar a ser fatal, se debe remover la sensibilidad anafiláctica mediante desensibilización aguda.

Sin embargo, sólo aproximadamente el 10% de las personas que reportan una historia de reacciones alérgicas severas a la penicilina son aún 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.

5.5.5. Infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

Los datos disponibles actualmente no permiten establecer si los niños con sífilis congénita y cuyas madres están coinfectadas con VIH requieren una evaluación o un tratamiento diferente al recomendado para los otros niños.

5.5.6. Soporte social

Se debe promover el soporte familiar de la gestante y de las mujeres desplazadas sin familia por parte de las instituciones adecuadas que se ocupan de mujeres solteras y con otros problemas sociales.

* 1. **Seguimiento**

5.6.1. Seguimiento de las mujeres con sífilis gestacional

Todas las gestantes que fueron tratadas para sífilis deben ser seguidas con pruebas serológicas no treponémicas cuantitativas (RPR o VDRL) a los 3 y 6 meses.

Los criterios de curación son: que la prueba se torne no reactiva, o el título de la misma disminuya por lo menos en 2 diluciones (cuatro veces) a los 3 meses, y que sea menor de 1:8 a los 6 meses.

Si no se cumplen los criterios de curación debe tratarse nuevamente.

5.6.2 Seguimiento de los niños y las niñas con sífilis congénita

Todos los neonatos, lactantes y niños mayores que fueron tratados para sífilis deben ser seguidos cuidadosamente en consulta médica y con pruebas serológicas no treponémicas cuantitativas (RPR o VDRL) a los 3, 6 y 12 meses.

Los criterios de curación son:

* Prueba que se torna no reactiva
* Título de la misma que disminuya por lo menos en dos diluciones a los tres meses
* Título menor de 1:8 a los 12 meses
* Si se hizo diagnóstico de neurosífilis, se debe hacer VDRL en LCR a los 6 meses. Si persiste alteración en el número de células y/o VDRL positivo se debe tratar nuevamente.

La respuesta serológica es más lenta cuando el neonato es tratado después del periodo neonatal.

La serología no treponémica y treponémica permanecen reactivas por el paso de inmunoglobulinas maternas al niño que pueden persistir por un periodo hasta de 15 meses, por lo tanto si no se cumplen los criterios de curación debe evaluarse individualmente si se trata de un tratamiento ineficaz o de un aclaramiento de anticuerpos maternos lento, para decidir si se inicia nuevo tratamiento.

Si los títulos aumentan durante el seguimiento, debe realizarse un nuevo tratamiento.

* 1. **Rehabilitación**

Dependiendo de las alteraciones y secuelas, el paciente se remitirá a las diferentes áreas de rehabilitación.

5.7.1. Alteraciones orgánicas y funcionales

5.7.1.1. Compromiso del sistema nervioso

La sífilis presenta manifestaciones precoces (o tempranas) y manifestaciones tardías.

Las manifestaciones tempranas corresponden a la meningitis y a la hidrocefalia, que pueden dejar secuelas como convulsiones, sordera, retardo en el desarrollo mental o retardo psicomotriz, ya sea leve o severo.

Las manifestaciones tardías son las más evidentes y se hacen patentes en la infancia y adolescencia. Hay dos formas de presentación: la noparenquimatosa o intersticial y la forma parenquimatosa.

La primera, o forma no parenquimatosa está dada por las meningitis y la neurosífilis vascular.

En la meningitis el daño puede ser severo manifestándose por cefalea, fiebre, convulsiones, estupor y parálisis de nervios craneanos con signos meníngeos de Kernig y Brudzinski.

En la neurosífilis vascular se comprometen los vasos sanguíneos del sistema nervioso con graves consecuencias como la trombosis arterial y la encefalomalacia. Los síntomas y signos generalmente están focalizados y por lo tanto puede ser evidente la hemiplejía, afasia, disartria o disfagia. En otras oportunidades son más sutiles y puede iniciar por cambios de conducta, cefalea, confusión o convulsiones.

En la forma parenquimatosa ya se compromete en tejido nervioso en forma directa. A nivel cerebral el daño es principalmente de los lóbulos frontales y se presenta de manera progresiva. Se manifiesta inicialmente por cambios de conducta, demencia, alteraciones emocionales, juicio inapropiado. El componente motor se ve progresivamente afectado por temblor, ataxia, hipertonía e hiperreflexia hasta la cuadriparesia y cuadriplejía.

En la médula espinal puede encontrarse un cuadro muy tardío en el cual se comprometen tanto las raíces posteriores como de los cordones posteriores de la médula. Ya se hacen patentes los síntomas radiculares, de intenso dolor fulgurante en forma de cinturón, y en crisis episódicas. Además de los síntomas dolorosos de parestesias, disestesias e hiperestesias, se encuentran alteraciones vesicales. El compromiso de los cordones posteriores se hace significativo en la pérdida de sensaciones posturales y en la ataxia y el signo de Romberg.

Progresivamente se van involucrando otros niveles y otros sistemas no siendo extraño encontrar hipotonía muscular, trastornos vesicales e intestinales; secundariamente a la pérdida de sensibilidad articular y de las extremidades a nivel distal aparecen las articulaciones de Charcot y los males perforantes plantares.

5.7.1.2.Alteraciones de los órganos de los sentidos

Básicamente el compromiso de los órganos de los sentidos es a nivel ocular y neurosensorial auditivo.

Las lesiones oculares van desde la queratitis hasta retinitis con atrofia óptica. En la etapa precoz se encuentra queratitis intersticial o coroiditis. La respuesta terapéutica está relacionada con la precocidad diagnóstica y la posibilidad de prevenir estigmas y secuelas como la ceguera.

En la etapa tardía las manifestaciones son amplias y variadas. La forma más común es la retinitis sifilítica, usualmente es bilateral y puede hacerse explícita cuando ha sido posible curar la queratitis intersticial. Se encuentra con frecuencia asociada a coroiditis e iritis. Se manifiesta con disminución progresiva de la agudeza visual, pérdida de la visión nocturna, escotomas y reducción del campo visual. En el curso de la enfermedad pueden aparecer gomas en el iris, cuerpo ciliar, periostio y pared orbitaria con los efectos que se generan a partir de allí. Igualmente pueden comprometerse los músculos extrínsecos e intrínsecos del ojo con paresias y parálisis progresivas.

El compromiso auditivo puede llevar hasta la sordera uni o bilateral como producto de las lesiones del sistema nervioso, ya sea por el compromiso meníngeo o por las lesiones centrales parenquimatosas, o por ambas. En la etapa precoz la razón más frecuente es la meningitis. En la etapa tardía la neurosífilis se evidencia como un cuadro de pérdida de la audición en forma súbita o con una rápida disminución de la audición que puede llevar hasta la sordera.

5.7.1.3.Alteraciones del sistema osteomuscular

Las alteraciones de tipo óseo y articular aparecen en forma temprana y en forma tardía. Las alteraciones tempranas de la sífilis a nivel óseo están dadas por la osteocondritis, la periostitis y la osteomielitis diafisiaria. En los casos de osteocondritis la acción de la espiroqueta lleva a separar las epífisis de la metáfisis por un tejido de granulación mientras se detiene la actividad osteoblástica, lo que lleva a la deformidad ósea.

La periostitis fetal se evidencia muy tempranamente en las primeras semanas de nacido, muy a menudo combinada con osteocondritis que puede comprometer una o varias extremidades las cuales no muestran ninguna movilidad, por lo cual se le ha llamado "parálisis de Parrot», no siendo otra que una pseudoparálisis por el severo compromiso osteoarticular.

La osteomielitis diafisiaria es menos frecuente y está condicionada a la agresividad de la enfermedad y a la no intervención terapéutica, por ello su aparición es un poco más tardía. Es debida a la penetración del tejido de granulación subcondral en la diáfisis. Es una infiltración de tipo gomoso a lo largo del hueso y con preferencia del cúbito y el radio. Hay una forma característica de osteomielitis diafisiaria que compromete la falanges, metacarpianos y metatarsianos. Estas gomas pueden posteriormente, y de acuerdo a lo exitoso y precoz del tratamiento, generar o no fístulas, quistes y fracturas patológicas con deformidades múltiples muy dolorosas.

El compromiso articular en las etapas tempranas es raro. Lo que puede evidenciarse es el compromiso de las bursas extra articulares las cuales están llenas de líquido, y les da una apariencia voluminosa sin que exista daño articular.

Las alteraciones tardías se evidencian después de la edad preescolar, entre los 5 y los 14 años de edad. Generalmente coexisten la periostitis y la osteomielitis diafisiaria que compromete principalmente las tibias, que con el reblandecimiento llevan al arqueamiento que persistirá cuando se ha llegado a la etapa de condensación y engrosamiento de la enfermedad, dando lugar a la deformidad llamada "tibias en sable». Así mismo pueden comprometerse los huesos del cráneo y de la cara.

Como se señaló en la forma temprana cuando no se ha realizado una adecuada intervención terapéutica, la enfermedad continúa su curso dejando una estela de secuelas y estigmas muy difíciles de corregir, lo que es válido para todos los sistemas afectados.

Las gomas periósticas que son lesiones subcorticales, y las lesiones difusas de la osteomielitis gomosa producen los mismos efectos deletéreos observados en la etapa temprana teniendo mayores repercusiones y alteraciones en el individuo por las exigencias del crecimiento y su desempeño.

Todas estas lesiones muestran períodos sintomáticos de dolor e hipersensibilidad con períodos de remisión de los síntomas. Se incrementan con el ejercicio, la marcha y con las exigencias físicas. De allí la importancia de la dirección en los programas de habilitación.

**Bibliografía**

1. Becker, Junior E et al. Protocolo de eliminación de la Sífilis congénita: La experiencia del grupo de Puerto Alegre, Brasil. Hospital de Clínicas de Puerto Alegre, 1992.
2. Guidelines for the treatment of sexually transmitted diseases. MMWR 1998; 47(RR-1): 41-48.
3. Desenclos, JA et al. Characteristics of mothers of live infants with congenital syphilis in Florida, 1987-1989. American Journal of Epidemiology 1992 136:657-61.
4. Kampmeier, RH. Essentials of Syphilology. 3a edición. Philadelphia: JB Lippincott; 1943.
5. Mascola, L et al. Congenital syphilis: Why is it still occurring? The journal of the american medical association. Octubre 1984. 252 (13):1719-22.
6. May C, Allen J, Palomar-Petit F. Manual de las Enfermedades de los Ojos. 16° edición. Editorial Salvat, pp 125- 127.
7. Ministerio de Salud. Evaluación de la Tendencia de la Sífilis Congénita en Colombia. 1976-1997. IQEN 1998; 3(15): 211-17.
8. Ministerio de Salud. Informe sobre el Análisis de la Ficha de Notificación del Plan de Eliminación de Sífilis Congénita – Agosto de 1996 a Diciembre de 1997. IQEN 1998; 3(18): 255-60.
9. Ministerio de Salud. Manejo de las Enfermedades de Transmisión Sexual - Protocolo Básico para el Equipo de Salud. Santa Fe de Bogotá: Ministerio de Salud, 1995.
10. Musher, D. Syphilis, neurosyphilis, penicillin and AIDS. J. Infect. Dis 1991; 163:1201- 1206.
11. Orozco, B. La sífilis. En: Enfermedades de transmisión sexual. Editores: Díaz F, Ospina S.
12. Orozco B, Estrada, S. Corporación para las Investigaciones Biológicas (CIB): Medellín, 1995. pp Ministerio de Salud. Normas Técnico Administrativas del Componente de Prevención y Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual / SIDA. Artículo 25: Sífilis. Resolución 14081 de Noviembre 21 de 1991. Bogotá: Ministerio de Salud. 1991.
13. Orozco, B. La sífilis. En: Enfermedades de transmisión sexual. Editores: Díaz F, Ospina S, Orozco B, Estrada S. Corporación para las investigaciones biológicas (CIB): Mede-llín, 1995. pp 13- 14.b 13-14.b.
14. Parisi EA et al. Proyecto Sífilis congénita. Capítulo Argentino, ULACETS.
15. Stokes JH, Beerman H, Ingraham NR. Modern clinical syphilology, diagnosis, treatment.Case study. 3a. edición. Philadelphia: WB Saunders; 1945.
16. Zenker PN, Berman SM. Congenital syphilis: reporting and reality [Editorial]. Am J Pub Health. 1990; 80: 271-2.

ELABORACIÓN Y CONTROL DE CAMBIOS

ELABORACIÓN INICIAL DEL DOCUMENTO

| **CONTROL** | **FECHA** | **NOMBRE Y APELLIDO** | **CARGO** |
| --- | --- | --- | --- |
| REALIZÓ | 20/09/2022 | KAREN RAMOS ANAYA | LIDER GINECOLOGIA |
| REVISÓ | 20/11/2022 | MABIS MERCADO RUA | CALIDAD |
| APROBÓ | 30/12/2022 | HENRY MARTINEZ VEGA | SUBGERENTE |

CONTROL DE CAMBIOS

| **NOMBRE DEL DOCUMENTO** | **CÓDIGO** | **VER**  **SIÓN** | **FECHA MODIFICACIÓN** | **MODIFICACIÓN** | **RESPONSABLE** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| GPC DE SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGENITA | GO-G: 003 | 2 | 20/07/2023 | CONTENIDO | KAREN RAMOS A. |
|  |  |  |  |  |  |

registro de comunicación del documento

| **NOMBRE Y APELLIDO** | **CARGO** | **FIRMA** | **FECHA** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |