

DIRECTOR

- Dr. Esteban Sánchez Gaitán, Dirección de Red Integrada de Servicios de Salud Huetar Atlántica, Limón, Costa Rica.

CONSEJO EDITORIAL

- Dr. César Vallejos Pasache, Hospital III Iquitos, Loreto, Perú.
- Dra. Anais López, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú.
- Dra. Ingrid Ballesteros Ordoñez, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Dra. Mariela Burga, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú.
- Dra. Patricia Santos Carlin, Ministerio de Salud (MINSa), Lima, Perú.
- Dr. Raydel Pérez Castillo, Centro Provincial de Medicina Deportiva Las Tunas, Cuba.
- Dra. Margarita Karol Malpartida Ampudia, Investigadora independiente, Limón, Costa Rica.

COMITÉ CIENTÍFICO

- Dr. Zulema Berrios Fuentes, Ministerio de Salud (MINSa), Lima, Perú.
- Dr. Gerardo Francisco Javier Rivera Silva, Universidad de Monterrey, Nuevo León, México.
- Dr. Gilberto Malpartida Toribio, Hospital de la Solidaridad, Lima, Perú.
- Dra. Marcela Fernández Brenes, Caja costarricense del Seguro Social, Limón, Costa Rica.
- Dr. Hans Reyes Garay, Eastern Maine Medical Center, Maine, United States.
- Dr. Steven Acevedo Naranjo, Saint- Luc Hospital, Quebec, Canadá.
- Dr. Luis Osvaldo Farington Reyes, Hospital regional universitario José María Cabral y Báez, República Dominicana.
- Dra. Caridad María Tamayo Reus, Hospital Pediátrico Sur Antonio María Béguez César de Santiago de Cuba, Cuba.
- Dr. Luis Malpartida Toribio, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao, Perú.
- Dra. Allison Viviana Segura Cotrino, Médico Jurídico en Prestadora de Salud, Colombia.
- Mg. Luis Eduardo Traviezo Valles, Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado" (UCLA), Barquisimeto, Venezuela.
- Dr. Pablo Paúl Ulloa Ochoa, Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo", Guayaquil, Ecuador.

EQUIPO TÉCNICO

- Msc. Meylin Yamile Fernández Reyes, Universidad de Valencia, España.
- Ing. Jorge Malpartida Toribio, Trabajador independiente, Virginia, Estados Unidos.
- Bach. Luis Fernando Montero Bonilla, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Srta. Maricielo Ampudia Gutiérrez, George Mason University, Virginia, Estados Unidos.

EDITORIAL MÉDICA ESCULAPIO



50 metros norte de UCIMED,
Sabana Sur, San José-Costa Rica
Código postal 10108
Teléfono: 8668002
info@editorialmedicaesculapio.com

ENTIDAD EDITORA

SOMEA

SOCIEDAD DE MÉDICOS DE AMÉRICA

Frente de la parada de buses Guácimo, Limón.
Costa Rica - Código Postal: 70101

Teléfono: 8668002

sociedadmedicosdeamerica@hotmail.com

<https://somea.businesscatalyst.com/informacion.html>



Sífilis congénita: una enfermedad engañosa

Congenital syphilis: a misleading disease

¹Dr. Leónidas José Gutiérrez Brenes

Clínica Dr. Carlos Durán Cartín, San José, Costa Rica

 <https://orcid.org/0000-0003-4507-476X>

²Dra. Maricela Víquez Quesada

Hospital San Francisco de Asís, Alajuela, Costa Rica

 <https://orcid.org/0000-0002-9393-1861>

³Dra. Katerine Valverde Chinchilla

Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología, San José, Costa Rica

 <https://orcid.org/0000-0001-6781-324X>

Recibido
29/03/2022

Corregido
04/04/2022

Aceptado
02/05/2022

RESUMEN

La sífilis es una enfermedad producida por una bacteria de tipo espiroqueta *Treponema Pallidum*, que puede ser transmitida por vía sexual y maternofetal, adquirida y congénita respectivamente. Su afección es sistémica, de evolución crónica y en ocasiones asintomática. La probabilidad de la infección congénita va a depender del estadio en que se encuentre la progenitora y el momento de la aparición, generalmente después de la semana 16 del embarazo. La sífilis, durante el embarazo, produce riesgo tanto para la madre como para el niño, por eso el tratamiento debe ser para ambos: resolver el proceso infeccioso de la gestante y prevenir la infección intrauterina del feto. Existen factores de riesgo que pueden producir un aumento de casos de esta enfermedad de transmisión sexual, tales como pobre educación en salud reproductiva, control de salud prenatal deficiente, falta de acceso a pruebas de laboratorio, relaciones sexuales de riesgo o múltiples parejas, drogas intravenosas, trabajadoras sexuales y antecedente de sífilis en embarazos previos o de enfermedades de transmisión sexual. La sífilis congénita es una enfermedad controversial, ya que más de un 50% de los niños que al nacer la padecen son asintomáticos, y su clínica suele parecer durante los primeros tres meses de vida. Se puede dividir en dos síndromes típicos: la congénita temprana (en los dos primeros años de vida) y la congénita tardía (posterior a los dos años). Es fundamental la captación temprana de la sífilis en el embarazo, idealmente en la primera cita del control prenatal. El tamizaje se debe repetir entre las semanas 28 y 32 de embarazo y durante el parto en mujeres con alto riesgo. El estudio más utilizado es el VDRL, la historia clínica sexual y examen físico. La prueba confirmatoria son las pruebas treponémicas



convencionales (FTA-ABS y TPPA). La bencilpenicilina benzatina es el único medicamento efectivo y seguro en el embarazo y en el feto, ya que atraviesa la barrera placentaria.

PALABRAS CLAVE: sífilis congénita, neurosífilis, treponema pallidum.

ABSTRACT

Sexually transmitted diseases, mainly syphilis, are a public health problem. Syphilis is a disease caused by a bacterium of the spirochete type *Treponema Pallidum*, can be transmitted through sexual and maternal-fetal, acquired and congenital routes, respectively. The affectation is systemic, with chronic evolution and sometimes asymptomatic. The probability of congenital infection will depend on the stage of the mother and the time of appearance, generally after the 16th week of pregnancy. Syphilis during pregnancy produces risk to the mother and the child, so the treatment must be for both: the infectious process of the pregnant woman must be treated and prevent intrauterine infection of the fetus. There are risk factors that can cause an increase in cases of this sexually transmitted disease such as: Poor reproductive health education, lack of prenatal health control, few or non-access to laboratory tests, multiple partners, intravenous drugs, sex workers and history of syphilis in previous pregnancies or sexually transmitted diseases. Congenital syphilis is a controversial disease, since more than 50% of children who suffer from it at birth are asymptomatic and its symptoms usually appear during the first three months of life. It can be divided into two typical syndromes: early congenital (in the first two years of life) and late congenital (after 2 years). Early detection of syphilis in pregnancy is essential, ideally at the first prenatal appointment. Screening should be repeated between weeks 28 and 32 of pregnancy and during birth of high risk. The most used test is the VDRL, sexual clinical history and physical examination and the confirmation is the conventional treponemal tests (FTA-ABS and TPPA). Benzathine benzylpenicillin is the only effective and safe drug to use during pregnancy and to the fetus, since it crosses the placental barrier.

KEY WORDS: syphilis congenital, neurosyphilis, *treponema pallidum*.

¹Médico general, graduado de la Universidad de las Ciencias Médicas (UCIMED). Cód. [MED15070](#). Correo: leonidasjosegb@hotmail.com

²Médica general, graduada de la Universidad Hispanoamericana (UH). Cód. [MED14228](#). Correo: viquezquesadadam@hotmail.com

³Médica general, graduada de la Universidad Hispanoamericana (UH). Cód. [MED15005](#). Correo: kate_val_@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades de transmisión sexual, principalmente la sífilis, son de gran importancia en la salud pública, ya que, a pesar de existir múltiples campañas informativas, el desconocimiento en la población general ocasiona grandes daños en la salud, en muchos casos con secuelas irreparables (1,2).

En los últimos años, ha habido un incremento de esta enfermedad por múltiples factores. En Brasil, la tasa de incidencia ha ido en aumento en menos de 10 años hasta en más de un 100% y, por ende, la tasa de mortalidad infantil también se ha visto afectada, pasando de 2,2/100.000 en el año 2004 nacidos vivos a 5,5/100.000 en el año 2013.

En el año 2016 fueron notificados 37.436 casos de sífilis en gestantes y 20.474 casos de sífilis congénita, totalizando 185 fallecimientos en ese periodo (3). Existen cuatro subespecies de *Treponema*: *Pallidum* (sífilis), *Pertenue* (frambesia), *Endemicum* (sífilis endémica) y *Carateum* (pinta). La sífilis es una enfermedad producida por una bacteria de tipo espiroqueta *Treponema Pallidum*, que puede ser transmitida por vía sexual y maternofetal, adquirida y congénita respectivamente. Su afección es sistémica, de evolución crónica y en ocasiones asintomática (4,5,6). La probabilidad de la infección congénita va a depender del estadio en que se encuentre la progenitora y el momento de la aparición, generalmente después de la semana 16 del embarazo (1). El primer paso para la detección serológica por tamizaje son las pruebas no treponémicas, que pueden ser no reactivas o reactivas. En caso de ser no reactivo, y de sospecharse que se encuentra en un posible periodo de incubación, se toma una segunda muestra a los 15 días posteriores. Si el resultado es reactivo, se deben realizar las pruebas treponémicas para confirmar el diagnóstico (4).

La principal problemática de la sífilis durante el embarazo, es el riesgo que se produce tanto para la madre como para el niño, por eso el tratamiento debe ser para ambos: resolver el proceso infeccioso de la gestante y prevenir la infección intrauterina del feto. El medicamento de elección es la penicilina; sin embargo, en casos de reacciones alérgicas, se tiene que someter al paciente a desensibilización por los efectos adversos que pueden producir otros antibióticos al bebé (4). El objetivo del presente artículo es realizar una revisión bibliográfica a nivel internacional para ayudar al personal médico a establecer un diagnóstico preciso de esta

enfermedad y así poder brindar un tratamiento oportuno tanto a la madre como al feto, para evitar las complicaciones asociadas.

MÉTODO

El método utilizado para la realización del presente artículo fue la revisión bibliográfica de estudios científicos recientes, con el fin de proporcionar información relevante sobre el tema abordado.

La bibliografía se seleccionó de acuerdo con el análisis efectuado según la importancia y el impacto internacional en la investigación del desarrollo de esta publicación. Las palabras clave utilizadas para la búsqueda de los documentos fueron: "Sífilis gestacional", "Sífilis" y "Sífilis congénita".

Los buscadores usados principalmente fueron: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE / PUBMED) y Scientific Electronic Library Online (SciELO). Después del análisis de los artículos, se escogieron un total de 15 documentos en idioma inglés y en español de los años 2017 al presente año (2022), los cuales aportan gran importancia y sustento científico al artículo.

EPIDEMIOLOGÍA

La COVID-19 ha tenido un papel primordial en la afectación de las enfermedades de transmisión sexual, ya que se han tenido que tomar medidas prioritarias ante esta crisis; por ejemplo, se han cerrado algunas clínicas de salud sexual, y los esfuerzos en la salud pública de dichas enfermedades han sido redireccionados hacia la pandemia (7).

Aproximadamente un millón de embarazadas al año se ven afectadas por la sífilis a nivel mundial, lo cual ha causado más de 300.000 muertes neonatales y

fetales, y ha producido un alto riesgo de muerte prematura de hasta más de 200.000 niños (3).

En Estados Unidos de América, durante el periodo 2014-2018 se produjo un aumento en el número de casos de esta patología en más de un 150%. Se presentó una tasa de sífilis congénita de aproximadamente 33 casos por cada 100.000 nacidos vivos (7).

En el Caribe y América Latina, cada año nacen entre 166.000 y 344.000 niños con esta enfermedad. En el año 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que un 2-7% de las embarazadas presentaban infección por sífilis. En el 2016, en Panamá se documentaron 779 casos de sífilis gestacional con una tasa de 9.1 casos por 1000 embarazadas, lo cual representaba un 1% de complicaciones gestacionales (2,3).

La edad materna de presentación donde se diagnostican más casos de esta enfermedad gestacional es entre los 18 y los 34 años, ya que coincide con el inicio de las relaciones sexuales y una mayor tasa de natalidad (1).

FACTORES DE RIESGO

Existen factores de riesgo que pueden producir un aumento de casos de esta enfermedad de transmisión sexual, tales como: pobre educación en salud reproductiva, control de salud prenatal deficiente, falta de acceso a pruebas de laboratorio, relaciones sexuales de riesgo o múltiples parejas, drogas intravenosas, trabajadoras sexuales y antecedente de sífilis en embarazos previos o de enfermedades de transmisión sexual (2,8).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La sífilis congénita es una enfermedad controversial, ya que más de un 50% de los

niños que la padecen al nacer son asintomáticos, y su clínica suele aparecer durante los primeros tres meses de vida (1,2). Se puede dividir en dos síndromes típicos:

Congénita temprana

Se denomina congénita temprana cuando esta enfermedad se manifiesta durante los dos primeros años de vida. Las manifestaciones clínicas son (1,2,8):

- Erupción cutánea descamante, 60% de los casos generalmente en manos y pies.
- Hepatoesplenomegalia.
- Ictericia o elevación de transaminasas.
- Rinitis.
- Anemia hemolítica.
- Linfadenopatías generalizadas.
- Trombocitopenia.
- Osteocondritis.
- Periostitis.
- Bajo peso al nacer.
- Prematuridad.
- Meningitis aséptica.
- Fisuras orales y perianales.

Congénita tardía

Se manifiesta posterior a los dos años de vida. Las manifestaciones clínicas son (1,8):

- Nariz en silla de montar.
- Triada de Hutchinson (dientes con muescas, sordera neurosensorial y queratitis intersticial del ojo).
- Articulaciones de Clutton (derrame articular en rodillas con sinovitis).
- Tibias en saúles.
- Retraso mental.
- Hidrocefalia.

DIAGNÓSTICO

Hasta un 80% de las mujeres con sífilis primaria, secundaria o latente temprana no tratada, pueden presentar la infección congénita, por lo que la evaluación física, radiológica y de laboratorio completa del recién nacido, es un desafío para el diagnóstico de la sífilis congénita (1,7,9).

El diagnóstico se realiza principalmente por laboratorio clínico. El estudio más utilizado es el VDRL (Venereal Disease Research Laboratory). La historia clínica sexual y examen físico también son importantes para determinar el estadio clínico, el seguimiento y para brindar un adecuado tratamiento. El *Treponema Pallidum* puede detectarse directamente por inmunohistoquímica tomado de muestras placentarias o del cordón umbilical (2,7).

El VDRL es una prueba de tamizaje que tiene una alta sensibilidad, pero su especificidad es baja, por lo que, ante una prueba positiva, se debe realizar una prueba treponémica confirmatoria. Los títulos maternos mayores de 1:8 diluciones indican infección temprana y bacteremia. Las mujeres con títulos bajos persistentes y con antecedentes de sífilis tratada adecuadamente no requieren un tratamiento adicional, pero sí es necesario su estadiaje de rutina para valorar el riesgo de infección (4).

La Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR) en líquido amniótico es una nueva técnica de diagnóstico, pero se detecta a partir de la novena semana de embarazo; sin embargo, no es tan específica (1).

Los métodos diagnósticos mencionados anteriormente pueden arrojar falsos negativos (entre un 1-2% de los casos), producidos por el exceso de anticuerpos séricos que impiden la formación del

complejo antígeno-anticuerpo necesario para ser reactiva la prueba (1).

La prueba confirmatoria para esta patología son las pruebas treponémicas convencionales (FTA-ABS y TPPA), ya que son altamente específicas, miden la IgG y la IgM. Estas van a mantenerse positivas de por vida, por lo que no son adecuadas para el seguimiento de la enfermedad (4).

Además, se deben realizar otras pruebas complementarias, como hemograma, pruebas de función hepática y bilirrubinas, urianálisis, toma de muestra de líquido cefalorraquídeo y neuroimágenes, en caso necesario; examen oftalmológico, potenciales evocados, radiografía de tórax y de huesos largos (10,11,12).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El VDRL es una prueba no diagnóstica de sífilis, ya que puede estar positiva en las siguientes condiciones: embarazo, malaria, lupus eritematoso sistémico y síndrome antifosfolípidos; por lo que se debe realizar diagnóstico diferencial con estas entidades (2).

COMPLICACIONES

Las complicaciones asociadas a la sífilis congénita son muy frecuentes, producen consecuencias severas. Esta enfermedad sigue siendo una causa importante de morbimortalidad a nivel mundial.

Casi la mitad de los niños producto de mujeres gestantes no tratadas pueden desencadenar en muerte fetal o perinatal, y en aborto espontáneo (1,3).

La afectación del Sistema Nervioso Central (SNC) aparece en más del 20% de los neonatos, que va desde la asintomática hasta leptomeningitis sífilítica aguda.

La neurosífilis es una complicación que puede presentarse en cualquier estadio de la enfermedad, que puede provocar un proceso meningovascular crónico provocando hidrocefalia, parálisis de pares craneales, inclusive infartos cerebrales, y puede presentarse hasta en un 10% de los casos (4,10,13).

También puede existir afectación hepática (hiperbilirrubinemia y elevación de transaminasas), hematológica (anemia, trombocitopenia, leucocitosis o leucopenia), renal (glomerulonefritis, síndrome nefrótico) y ósea (ostecondritis, pericondritis, periostitis) (4).

TRATAMIENTO

La bencilpenicilina benzatina es el único medicamento efectivo y seguro en el embarazo y en el feto, ya que atraviesa la barrera placentaria. La administración puede realizarse en el primer nivel de atención. Su intervalo terapéutico es de siete días entre las dosis. Debe ser monitoreado para evitar pérdidas del tratamiento y completar el esquema adecuado. Cabe recalcar que también se recomienda indicar el medicamento a la pareja sexual (11,14).

En las mujeres embarazadas con sífilis temprana, según la guía de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), se recomienda administrar una única dosis de Penicilina Benzatínica 2,4 millones de unidades intramuscular con su previa de sensibilidad previa (15).

En caso de reacción alérgica sin poder desensibilizar a la paciente, la OMS propone suministrar eritromicina 500 mg cada 6 horas vía oral durante 14 días, o ceftriazona 1 gramo cada día vía intramuscular por 10 a 14 días, o azitromicina 2 gramos vía oral

dosis única. Aunque la eritromicina y la azitromicina son útiles para tratar a la embarazada, estas no penetran la barrera placentaria, por lo que no permiten tratar al feto, y esto implica dar tratamiento al niño posterior al parto. En el caso de la sífilis tardía o cuyo tiempo de infección se desconozca, se recomienda administrar Penicilina Benzatínica 2,4 millones de unidades intramuscular una vez a la semana por tres semanas (15).

El tratamiento de la sífilis congénita en casos confirmados y probables es Penicilina G Cristalina acuosa 50.000 unidades por kilo dosis cada 12 horas intravenosa durante los primeros siete días de vida, y luego, cada 8 horas hasta completar 10 días. En casos sospechosos, se da una única dosis de penicilina G Benzatínica 50.000 U/kg/dosis vía intramuscular (9,13).

SEGUIMIENTO

Todos los recién nacidos con un VDRL positivo, al nacer tratados, deben seguir tratamiento ambulatoriamente cada 2 a 3 meses, hasta que la prueba resulte negativa. Se recomienda realizarse a los 1,3,6,9 y 12 meses de vida, con su respectiva evaluación clínica (2,5,12).

Para valorar la respuesta al tratamiento, las pruebas no treponémicas son utilizadas en estos casos. Un descenso de cuatro veces en el título o cambio en dos diluciones es considerado como una respuesta adecuada al tratamiento. Lo ideal es que estos test sean realizados en el mismo laboratorio (4).

CONCLUSIÓN

La sífilis es una enfermedad de notificación obligatoria en este medio. Los casos sospechosos y confirmados deben ser

reportados por el médico tratante al Área Local de Vigilancia Epidemiológica de la institución, mediante la boleta VE-01, para que se proceda a realizar el rastreo y seguimiento de los casos.

A pesar de que esta enfermedad tiene una alta incidencia a nivel mundial y existe un fácil acceso al diagnóstico y su tratamiento es de bajo costo, la tasa de mortalidad ha ido en aumento en los últimos años, por lo que es muy importante la necesidad de su control, detección y abordaje eficaz.

Es fundamental la captación y el diagnóstico temprano de la sífilis en el embarazo, idealmente en la primera cita del control prenatal, para obtener una menor incidencia de sífilis congénita en el neonato. El tamizaje se debe repetir entre las semanas 28 y 32 de embarazo y durante el parto en mujeres con alto riesgo.

Tanto el tamizaje como el tratamiento oportuno son fundamentales, ya que, además de sus consecuencias hacia el feto, esta patología se atribuye a otras infecciones de transmisión sexual, como es el VIH, por lo que se recomienda el uso de preservativo para prevenir este tipo de enfermedades.

Por esta razón, se debe ser objetivo a la hora de identificar las fallas en la asistencia prestada a la embarazada en su atención prenatal, y así mejorar la calidad de los servicios de salud, en pro del bienestar de la madre y el feto, para evitar las complicaciones asociadas como: parto pretérmino, bajo peso al nacer, muerte fetal intrauterina y muerte neonatal, entre otros.

REFERENCIAS

1. Mancilla BL, Briceño J, Morales MC, Barreto C. Sífilis congénita, la gran simuladora. Reporte de un caso. Avances en Biomedicina. 2019;8(1):35-39. Disponible a partir de: <https://www.redalyc.org/journal/3313/331365744005/331365744005.pdf>
2. Esquivel-Suman, R. Hospital del niño doctor José Renán Esquivel Departamento de Neonatología. Protocolo de Atención de Sífilis Congénita. 2017:1-21. Disponible a partir de: <https://hn.sld.pa/wp-content/uploads/2021/05/Sifilis-congenita.pdf>
3. Silva G, Pesce GB, Martins DC, Prado C, Fernandes CAM. Sífilis en la gestante y congénita: perfil epidemiológico y prevalencia. Enfermería Global. 2020;19(57):107-150. Doi: <https://dx.doi.org/eglobal.19.1.358351>
4. Ministerio de Salud: Subsecretaría de Salud Argentina. Sífilis Gestacional y Congénita: Actualización de recomendaciones provinciales. 2020:1-16. Disponible a partir de: <https://www.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2020/09/Ministerio-Salud-Neuqu%C3%A9n-Salud-de-la-embarazada-Guia-S%C3%ADfilis-2019.pdf>
5. Herrera-Ortiz A, López-Gatell H, García-Cisneros S, Cortés-Ortiz MA, Olamendi-Portugal M, Hegewisch-Taylor J, Sánchez-Alemán M. Sífilis congénita en México. Análisis de las normas nacionales e internacionales desde la perspectiva del diagnóstico de laboratorio. Gaceta Médica de México. 2019;155(5):464-472. Disponible a partir de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=90068>
6. Pinilla G, Campos L, Durán A, Navarrete J, Muñoz L. Detección de Treponema pallidum subespecie pallidum para el diagnóstico de sífilis congénita mediante reacción en cadena de la polimerasa anidada. Biomédica. 2018;38(1):128-135. Doi: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i0.3740>
7. Adhikari E. Sífilis en el embarazo. Contemporary OB/GYN. 2021;66(1):1-9. http://www.fasgo.org.ar/images/Sifilis_en_el_embrazo.pdf
8. Osorio-Guzmán M, Santos-Vázquez G, Torres-Muñoz D, González-Córdova GI, Moreno-Pizarro E, Heredia-Cimental DC. Sífilis congénita temprana, serie de casos y descripción anatomopatológica. Revista Latinoamericana de Infectología Pediátrica. 2020;33(3):149-155. Disponible a partir de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=95652#:~:text=Introducci%C3%B3n%3A%20La%20s%C3%ADfilis%20cong%C3%A9nita%20es,cualquier%20momento%20de%20la%20gestaci%C3%B3n>

9. Robledo-Aceves M, Olguín-Flores R, Gaytán-Meza JJ, Orozco-Alatorre LG. Sífilis congénita temprana, cribado insuficiente. Reporte de un caso. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2020;58(1):61-65. Disponible a partir de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=93914>
10. Cifuentes Cifuentes Y, Ángel-Müller E, Díaz Moreno RC. Sífilis congénita resultado de una Neurosífilis materna no diagnosticada. Reporte de caso. Medicas UIS. 2020;33(1):73-80. Doi: <https://doi.org/10.18273/revmed.v33n1-2020009>
11. Bruniera C, Duarte G, Leal M, das Neves D, Bezerra M. Protocolo Brasileño para Infecciones de Transmisión Sexual 2020: sífilis congénita y niño expuesto a la sífilis. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2021;30(1):1-15. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100005.esp1>
12. Acosta-Mendoza D, Anaya-Bedoya W. Seguimiento de Enfermería a neonatos con Sífilis Congénita: una revisión narrativa de la literatura, 2015-2020. 2021. Disponible a partir de: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/4230>
13. Almanza MA. Sífilis Congénita. Guías Clínicas de Neonatología. 2022:1-6. <https://aconecr.com/wp-content/uploads/2022/01/Sifilis.-Congenita.-.pdf>
14. Soares A, Andrade J, Fermiano R, Temer M, de Barros M, Garcia C. Sífilis en el embarazo, factores asociados con la Sífilis Congénita y condiciones del recién nacido al nacimiento. Texto & Contexto-Enfermagem. 2021;30:1-13. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0423>
15. Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS sobre detección y tratamiento de la sífilis en embarazadas. 2019:1-47. Disponible a partir de: <https://www.paho.org/es/documentos/guia-oms-sobre-deteccion-tratamiento-sifilis-embarazadas-2019>

