
SIFILIS CONGENITA EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL "Dr. Ramón Madariaga"

Luis Horacio Parra, Natalia Noemí Wilka
Dr. Fernando Ariel Sanchez

RESUMEN:

Es una infección causada por el *treponema pallidum* (sífilis) que pasa de la madre al niño durante el desarrollo fetal o en el momento del nacimiento, de distribución mundial, con una mayor prevalencia en zonas urbanas.

La sífilis congénita constituye una causa de muerte fetal y perinatal en el 40% de los niños afectados, sin embargo con un adecuado tratamiento antes de las 36 semanas de gestación, probablemente se evitarían las lesiones fetales.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo partiendo del total de RN internados en el Servicio de Neonatología del Hospital "Dr. Ramón Madariaga", cito en la ciudad de Posadas Misiones.

La información se obtuvo de las historias clínicas de neonatos internados con diagnóstico de sífilis congénita durante el período comprendido entre el mes de julio del año 2003 y el mes de abril del año 2004.

De un total 1320 RN internados en el Servicio de Neonatología, se encontraron 134 casos con diagnóstico de sífilis congénita, representando el 10,15% de la población internada, con predominio de casos en el sexo femenino (59%).

Del total de casos de RN internados con diagnóstico de sífilis congénita solo un 1,49% llegó al óbito por esta causa.

Palabras Claves: Sífilis congénita; sexo femenino; mortalidad perinatal.

SUMMARY:

It is an infection caused by the *treponema pallidum* (syphilis) that passes from the mother to the child during the foetal development or in the moment of the birth, of world distribution, with a major prevalent in urban zones.

The congenital syphilis constitutes a reason of foetal and perinatal death in 40 % of the affected children, nevertheless with a suitable treatment before 36 weeks of gestation, probably the foetal injuries not happened.

There was realized a descriptive, retrospective study departing from the whole of RN hospitalized in the Service of Neonatology of the Hospital "Dr. Ramon Madariaga", located in the city of Posadas Misiones. The information was obtained of the clinical histories from newborn children which diagnosis of congenital syphilis during the period understood between July, 2003 and April, 2004.

Of a total 1320 RN hospitalized in the Service of Neonatology, we found 134 cases with diagnosis of congenital syphilis, representing 10,15 % of the internee population, with predominance of cases in the feminine sex (59 %).

From the whole of RN's cases hospitalized with diagnosis of congenital syphilis alone a 1,49 % come to the death for this reason.

Key words: congenital Syphilis; feminine sex; mortality perinatal.

INTRODUCCION

Es una infección de transmisión sexual (ITS). Transmitida de madre a hijo, durante la gestación, el parto, y/o a través del contacto sanguíneo.⁽¹⁻⁴⁾

Historia Natural:

La sífilis es una enfermedad infecciosa exclusiva del humano de transmisión sexual, sanguínea, y perinatal causada por la espiroqueta: *Treponema pallidum* y que se desarrolla en etapas agudas asintomáticas o sintomáticas hasta infecciones crónicas causantes de graves secuelas y discapacidades si no es detectada y tratada adecuadamente.^(2, 5, 6)

La sífilis congénita es el resultado de la transmisión de la infección por vía perinatal al feto, que puede ocurrir in útero, por paso transplacentario o durante el paso a través del

canal del parto, por una madre que no ha sido tratada adecuadamente o por una falla en el control prenatal.^(1, 3, 6)

Puede transmitirse la infección en cualquier momento del embarazo pero es mas frecuente después del cuarto mes, porque los *treponemas* no pueden atravesar la placenta por las células de Langhans. Éstas se atrofian después del cuarto mes de embarazo, produciéndose la *treponemia* con afectación sistémica. Los fetos infectados precozmente pueden morir in útero.^(1, 7)

A pesar que desde hace más de cuarenta años existe la penicilina, droga efectiva para el tratamiento de la sífilis, ésta sigue siendo una enfermedad de distribución mundial con una mayor prevalencia en zonas urbanas.

En el área pediátrica, la población de riesgo son los recién nacidos de madres infectadas y los adolescentes.

La epidemia por HIV ha incrementado la aparición de nuevos casos y el riesgo de mayor morbilidad, debido a la inmunosupresión materna como así también a mayor riesgo de infección por HIV para el recién nacido.^(2, 8, 9)

La tasa de transmisión es de un 70-90% durante la fase secundaria de la infección, con un 40% de abortos o mortinatos y disminuye lentamente en etapas más avanzadas de la infección materna. El riesgo de transmisión es mayor en el tercer trimestre de embarazo.^(2, 5, 8, 9)

Si la madre cumple un tratamiento apropiado antes de la semana 36 del embarazo, probablemente se evitara las lesiones fetales.^(5, 8)

La sífilis congénita es una condición grave, incapacitante, potencialmente mortal para el bebé.

La infección congénita puede manifestarse, según su severidad, como muerte neonatal, enfermedad neonatal, o infección latente, pudiendo desarrollar secuelas tardías.

La muerte antenatal es resultado frecuente, ocurre en un 40% de las gestaciones de mujeres con sífilis no tratada o tratada inadecuadamente; la mayoría de los recién nacidos vivos son asintomáticos pudiendo desarrollar manifestaciones tardías.^(2, 3, 10)

MANIFESTACIONES Y SECUELAS DE LA SIFILIS CONGENITA:

1. Tempranas:

- * Hepatoesplenomegalia, Linfadenopatía generalizada. Manifestaciones hematológicas: anemia, ictericia, leucopenia, o leucocitosis (reacción leucemoide), trombocitopenia, hidrops fetal.
- * Manifestaciones mucocutáneas: pénfigo palmoplantar, erupción maculopapular, rinitis o rinorrea sanguinolenta, condilomas lata, ragadias, petequias.
- * Lesiones óseas.
- * Manifestaciones renales: síndrome nefrótico
- * Manifestaciones de SNC: meningitis aséptica
- * Manifestaciones oculares: corioretinitis, retinitis en sal y pimienta
- * Retardo de crecimiento intrauterino

Otros hallazgos: pancreatitis, inflamación del tracto gastrointestinal, hipopituitarismo, neumonía alba, neumonitis, miocarditis, fiebre.^(1 - 3, 5, 11, 12)

2. Tardías:

- * Nariz en silla de montar
- * Dientes de Hutchinson
- * Queratitis intersticial hasta atrofia óptica
- * Sordera

* Ragades

* Lesión de SNC: retardo mental, hidrocefalia, convulsiones o sordera.

* Ceguera.

* Lesiones osteoarticulares: Las alteraciones de tipo óseo y articular aparecen en forma temprana y en forma tardía. La sífilis a nivel óseo está dada por la osteocondritis, la periostitis y la osteomielitis diafisaria. Las alteraciones tardías se evidencian después de la edad preescolar, la periostitis y la osteomielitis diafisaria que compromete las tibias, y produce reblandecimiento que llevan al arqueamiento dando lugar a la deformidad llamada tibias en sable. La periostitis fetal se evidencia tempranamente 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.^(1-3, 5, 11, 12)

DIAGNOSTICO:

El estudio de un RN (Recién Nacido/s) con sospecha de infección de sífilis congénita, comienza con un completo interrogatorio, que debe incluir el análisis de los antecedentes personales de la madre y su pareja; lugar de residencia, ocupación, antecedentes de I.T.S. (Infección de Transmisión Sexual); transfusión de sangre; revisión de los controles ginecológicos y obstétricos de embarazos previos, tratamientos realizados, etc.^(4, 10, 13)

Diagnóstico materno

- 1) Examen Clínico de la madre.
- 2) Métodos directos: Se basa en la visualización del Treponema Pallidum, mediante la técnica de campo oscuro, utilizando el microscopio de contraste de fases. Hacen diagnóstico de certeza, pero su ausencia no lo descarta.
- 3) Examen Serológico materno:

En el diagnóstico de sífilis durante el embarazo deben solicitarse pruebas no treponémicas a toda embarazada como mínimo en el primer y al final del tercer trimestre, siendo la VDRL (veneral disease research laboratory), la prueba más utilizada.

En caso de VDRL positivo debe confirmarse con pruebas treponémicas: FTA-abs (absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes) que detecta IgM frente al treponema.^(2, 13)

Diagnóstico neonatal

- 1) Examen clínico del niño.
- 2) Examen directo con microscopio de campo oscuro que muestra al Treponema Pallidum.
- 3) Examen serológico al neonato:

VDRL: esta prueba debe interpretarse con precaución y de acuerdo a los antecedentes maternos ya que la porción IgG reagina atraviesa la placenta y estos hallazgos en suero del niño solo significan que la madre tuvo o ha tenido sífilis, a menos que su valor sea 4 veces el de la madre, la confirmación se realiza con la prueba FTA-abs y la prueba TPPA (aglutinación de partículas antígeno treponémicas específicas). 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 para decidir si se inicia nuevo tratamiento.

4) Estudios complementarios:

- * Punción lumbar (citoquímico y serología)
- * Examen oftalmológico
- * Examen ORL
- * Radiografías de huesos
- * Otros: Hemograma, hepatograma, orina completa, radiografía de tórax. ^(1, 2, 13)

TRATAMIENTO:

Sífilis en la embarazada:

Penicilina G benzatínica 2.400.000 U por vía IM semanal, con menos de 1 año de evolución = 2 dosis. Si es de más de 1 año de evolución = 3 dosis.

En caso de neurolues el tratamiento es con penicilina G sódica no existe tratamiento alternativo.

Alternativas terapéuticas: Eritromicina por 14 días, tetraciclina o doxiciclina por 14 días, ceftriaxona por 10 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, la búsqueda de otras ITS, y la educación.

Deben seguirse con controles serológicos mensuales. ^(2, 8, 9)

Sífilis congénita:

Caso confirmado (según edad al diagnóstico).

Edad < 7 días Penicilina G cristalina 100.000 U/kg/día vía IV en 2 dosis por 10 días.

Edad 7-28 días Penicilina G cristalina 150.000 U/kg/día vía IV en 3 dosis por 10 días.

Edad > 28 días Penicilina G cristalina 200.000-300.000 U/kg/día vía IV en 4 dosis por 10 días. ⁽²⁾

En caso de neurolues el tratamiento es por 14 días.

Control ambulatorio:

Con serología en niños con bajo riesgo de sífilis congénita (hijos de madre adecuadamente tratada y con controles serológicos en descenso).

Se considera madre adecuadamente tratada la que completo esquema de tratamiento, con serología en descenso y, si estuvo en tratamiento, la última dosis la recibió un mes antes del parto.

Se considera esquema adecuado para el neonato al que sea con penicilina a la madre.

Luego del tratamiento al recién nacido debe continuarse con controles serológicos de VDRL al 1, 2, 3, 6, y 12 meses y FTA -abs a los 15 meses. ^(1-3, 8, 9)

Sífilis congénita de diagnóstico tardío y/o retratamiento:

En niños se recomienda penicilina G acuosa 200.000-300.000 U/kg/día (50.000 U/kg cada 4 a 6 horas) por 10-14 días (dosis máxima 24 millones U). Algunos autores sugieren indicar a continuación 1 dosis de penicilina G benzatínica. ^(1-3, 8, 9)

Reacción de Jarisch-Herxheimer:

Episodio febril que se acompaña de mialgias y cefaleas y que aparece en las primeras 24 horas del tratamiento, producido por la eliminación masiva de los treponemas. Se indicará tratamiento sintomático. ^(2, 8)

Objetivos:

Estimar la frecuencia de sífilis congénita de los RN internados en el Servicio de Neonatología del Hospital "Dr. Ramón Madariaga".

Observar la frecuencia de sífilis congénita de los RN internados en el Servicio de Neonatología del Hospital "Dr. Ramón Madariaga" con respecto a la variable sexo.

Estimar el porcentaje de mortalidad del total de casos de sífilis congénita de RN internados en el Servicio de Neonatología del Hospital "Dr. Ramón Madariaga".

MATERIALES Y METODOS:

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, partiendo del total de RN internados en el Servicio de Neonatología del Hospital Dr. Ramón Madariaga, cito en la ciudad de Posadas Misiones, la información se obtuvo de las historias clínicas de neonatos internados por sífilis congénita durante el período comprendido entre el mes de julio del año 2003 y el mes de abril del año 2004.

A tal fin se realizó un pedido por escrito al director del Hospital y al departamento de estadísticas de dicho establecimiento quienes facilitaron la información correspondiente, la cual se trata de historias clínicas resumidas y

métodos auxiliares para arribar al diagnóstico definitivo de la patología en cuestión.

La población hospitalaria estudiada abarca la provincia de Misiones dividida en las localidades de Posadas (código A); localidades del interior (código B); recién nacidos extranjeros – principalmente de madres oriundas del Paraguay – (código C).

En total la muestra consta de 1320 RN estudiados; de los cuales 134 reunieron los criterios de inclusión de sífilis congénita.

Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión:

- * Antecedentes maternos de sífilis diagnosticada mediante pruebas no treponémicas (VDRL) y treponémicas confirmatorias (FTA -abs y TPPA).
- * Examen clínico normal y VDRL menor o igual a los títulos maternos, pero con madre no tratada o con tratamiento no documentado o inadecuadamente tratada o con VDRL que no desciende.
- * Examen clínico anormal y/o VDRL positiva en el recién nacido con títulos cuatro veces superior al materno.
- * Recién Nacidos cuyas madres hayan recibido tratamiento o seguimiento inadecuado, los cuales deben ser tratados y seguidos como si tuvieran sífilis congénita.
- * Se considera que el tratamiento antibiótico y seguimiento fue adecuado durante el embarazo cuando:

Se realizó un régimen terapéutico con penicilina.

Se administraron dosis y número de dosis adecuadas según el tiempo de evolución de la sífilis materna (menor de un año 2 dosis; más de un año o desconocido: 3 dosis).

La última dosis del tratamiento lo recibió por lo menos un mes antes del parto.

Los datos obtenidos se procesaron estadísticamente en computadora, en la planilla de cálculo Microsoft Office Excel de Microsoft Office 2003, teniendo en cuenta las subdivisiones por grupos de RN internados con sífilis congénita y RN internados sin sífilis congénita.

En primer lugar, se obtuvieron los porcentajes de infectados y no infectados. Seguidamente, se estableció la frecuencia de infectados con sífilis congénita teniendo en cuenta la variable sexo. En última instancia, a partir de la población de infectados, se estableció el porcentaje de óbitos por sífilis congénita en el periodo de tiempo comprendido entre julio del año 2003 y abril del año 2004.

A partir de dichos datos se confeccionaron los gráficos expuestos al final del trabajo con dicho software.

RESULTADOS:

De un total 1320 RN internados en el Servicio de Neonatología del Hospital "Dr. Ramón Madariaga", se encontraron un total 134 casos con diagnóstico de sífilis congénita, representando el 10,15% de la población internada.

De los 134 casos de RN internados con diagnóstico de sífilis congénita, se hallaron 80 casos del sexo femenino y 54 casos del sexo masculino, representando el 59,7% Y 40,3% respectivamente.

De los pacientes: 4 presentaron neurolues.

Es de destacar que de estos pacientes que se internaron solo 15 presentaban signos clínicos de sífilis precoz: descamación plantar hepatoesplenomegalia, hidrops, petequias, etc.

Del total de casos de RN internados con diagnóstico de sífilis congénita 2 fueron los que llegaron al óbito por esta causa durante su permanencia en el servicio de Neonatología del Hospital Dr. Ramón Madariaga representando el 1,49% de la población estudiada.

DISCUSION:

La sífilis congénita sigue constituyendo un problema importante para la salud pública, no solo en nuestro país, sino también a nivel mundial, a pesar de existir hace décadas, la penicilina, droga efectiva para su tratamiento.⁽²⁾

El hecho de detectarse un 10,15% de casos con diagnóstico de sífilis congénita dentro de la población hospitalaria internada en el servicio de Neonatología del Hospital Dr. Ramón Madariaga, en el lapso de tiempo estudiado, es un dato altamente alarmante, ya que se trata de una enfermedad prevenible, detectable y curable mediante el tratamiento adecuado de la mujer embarazada, especialmente si se lo realiza antes de las 20 semanas de gestación.

Este 10,15% de casos con diagnóstico de sífilis congénita, no constituye un dato estadístico menor, si se tiene en cuenta, que dichos casos fueron hallados en un periodo de tiempo relativamente breve de diez meses (julio del año 2003-abril del año 2004).

Si bien el periodo de tiempo estudiado constituye una limitación a la hora de comparar los resultados de este trabajo con otros similares de mayor complejidad, donde se consideren periodos de tiempo mas extensos, consideramos que los resultados demostrados constituyen una importante referencia a la hora de tener una aproximación sobre cual es la situación epidemiológica de casos de sífilis congénita dentro de la población de RN internados en el servicio de Neonatología del Hospital "Dr. Ramón Madariaga".

En relación al porcentaje de óbitos atribuíbles a la sífilis congénita (1,49% del total de casos con diagnóstico de sífilis congénita) es importante destacar que este valor solo hace referencia a los RN vivos internados y se produjeron durante el lapso de tiempo que los mismos permanecieron en el citado servicio. No pudiéndose establecer con este estudio los casos de abortos y mortinatos por este diagnóstico, ya que no se trabajaron con las historias clínicas de las madres.

Además el 60% de los RN infectados nacen asintomáticos, manifestándose la enfermedad en las primeras semanas o meses de vida, datos que no pudieron ser evaluados en nuestro estudio ya que no se tuvo en cuenta la evolución posterior de los RN infectados luego del alta de dicho servicio.

Otras limitaciones fueron:

No se pudieron recabar datos de los antecedentes maternos de toda la población de RN con diagnóstico de sífilis congénita como ser: número de controles prenatales, precocidad de los mismos, diagnóstico y tratamientos anteriores de esta patología; por lo cual la mayoría de los infantes fueron clasificados como teniendo sífilis congénita porque al momento del nacimiento, la madre carecía de tratamiento o el mismo fue inadecuado o porque la historia del tratamiento era desconocida.

La elevada prevalencia de esta enfermedad dentro de la población estudiada se debería a que muchas mujeres no tuvieron un adecuado control prenatal, y por lo tanto no recibieron ningún tratamiento para la sífilis. Otras pueden haber iniciado sus controles prenatales muy tarde en el embarazo como para permitir un eficaz tratamiento in útero. Algunas mujeres pueden no haber vuelto para el tratamiento, o de iniciarlo interrumpirlo, o pudo haber un retraso al recibir el tratamiento de manera que el mismo no se finalizó 30 días antes del nacimiento, necesario para que el tratamiento in útero sea efectivo. Todos estos son datos que no pudieron ser verificados por no encontrarse en las historias clínicas de los neonatos y no trabajarse con las historias clínicas de las madres.

Además, según referencia de los profesionales de la salud que trabajan en dicho nosocomio muchos domicilios son falseados por las madres para evitar algún tipo de inconveniente de tratamiento sobre todo por parte de las madres oriundas del Paraguay, por lo cual no se puede afirmar con certeza que todas las madres que figuren con domicilio en Misiones pertenezcan realmente a esta provincia.

Sin embargo, consideramos que a pesar de las limitaciones presentadas, los objetivos fueron cumplidos plenamente y los resultados

reflejan el fallo en todas las acciones de prevención de dicha enfermedad.

CONCLUSIONES:

A pesar de ser la sífilis congénita una enfermedad prevenible mediante el tratamiento adecuado de la mujer embarazada, los resultados obtenidos demuestran que continúa siendo una patología altamente prevalente en la población estudiada.

La morbimortalidad asociada a la sífilis congénita sigue siendo un problema importante para la salud pública que resurgirá si las cifras de sífilis adulta aumentan.

De los resultados obtenidos, se demuestra que la sífilis congénita representa el 10,15% de los RN vivos internados en el servicio de Neonatología del Hospital "Dr. Ramón Madariaga", cito en la ciudad de Posadas Misiones, con predominio de casos en el sexo femenino (59,7%) y con un porcentaje del 1,49% que llegó al óbito por esta causa en el periodo de tiempo comprendido entre julio del año 2003 y abril del año 2004.

La presencia continuada de la sífilis congénita es atribuible de acuerdo a los resultados obtenidos, a la falta de selección adecuada y tratamiento de la mujer embarazada durante el periodo prenatal, siendo una enfermedad que refleja el fallo en todas las acciones de prevención, siendo sin embargo con los medios actuales una entidad prevenible, detectable y curable.

BIBLIOGRAFIA

1. Morano J, Rentaría MS, Silver R, Spizzirri FD. Compendio de pediatría. Buenos Aires Argentina: Atlante; 2001: 295-298.
2. Meneghello JR, Fanta EN, Paris EM, Puga TF. Meneghello Pediatría. 5ta ed. Buenos Aires argentina: Panamericana; 1999: vol 1: 1095- 1099.
3. Kliegman RM, Behrman R E. Nelson Compendio de pediatría. 4ta ed. Buenos Aires Argentina: Mc Graw Hill – Interamericana; 2002: 463-464.
4. Gust DA, Levine W, Braxton J y col. Mortality Associated with Congenital Syphilis in the United States, 1992 – 1998. Pediatrics [on line] 2002 [fecha de acceso 2 de octubre de 2006]; 109 (5). URL disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/109/5/e79>
5. Kasper LD, Fauci SA, Longo LD, Braunwald E, Hauser LS, Jameson JL. Harrison Principios de Medicina Interna. 16ª ed. Madrid España, Buenos Aires Argentina: Mc Graw Hill – Interamericana; 2006: 1088 – 1097.
6. Paz LC, Pereira GF, Pinto VM, Medeiros MG, Matida LH, Saraceni V, Ramos Junior AN. Nova definição de casos de sífilis congênita para fins de vigilância epidemiológica no Brasil, 2004. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical [on line] 2005 [24 de noviembre de 2006]; 38(5): 446-447. URL disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822005000500019&tlng=es&lng=en&nrm=iso
7. Morales JR, Pena E Ferrer de Solti N. Enfermedades de transmisión sexual. En: Gorodner J. Enfermedades Infecciosas. 2ª Edición. Rosario – Argentina: Corpus; 2004: 497 – 501.
8. Saraceni V, Leal MC. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na re-

dução da morbi-mortalidade perinatal. Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. Cadernos de Saúde Pública [on line] 2003 [15 de noviembre de 2006]; 19(5): 1341-1349. URL disponible en:

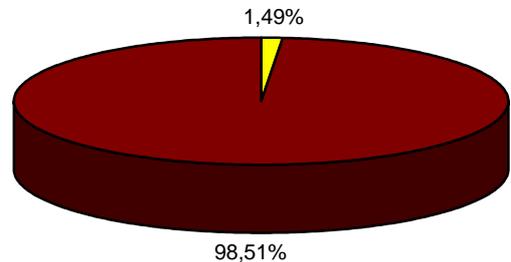
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000500012&tlng=es&lng=en&nrm=iso

9. Cross A, Luck S, Patey R, Sharland M, Rice P, Chakraborty R. Syphilis in London circa 2004: new challenges from an old disease. *Archives of Disease in Childhood* [on line] 2005 [25 de noviembre de 2006]; 90(10): 1045-1046. URL disponible en: <http://adc.bmj.com/cgi/content/full/90/10/1045>
10. Southwick K, Blanco S, Santander A y col. Maternal and congenital syphilis in Bolivia, 1996: prevalence and risk factors. *Bull World Health Organ*. 2001: vol 79: 33-42.
11. Leao JC, Gueiros LA, Porter SR. Oral manifestations of syphilis. *Clinics* [on line] 2006 [10 de noviembre de 2006]; 61(2): 161-166. URL disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322006000200012&tlng=en&lng=en&nrm=iso
12. Saraceni V, Guimaraes MH, Theme Filha MM, Leal Mdo C. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. *Cadernos de Saúde Pública* [on line] 2005 [20 de noviembre de 2006]; 21(4): 1244-1250. URL disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400027&lng=en&nrm=iso
13. Barsanti C, Valdetaro F, Albuquerque Diniz E M, Succi R C. Diagnóstico de sífilis congênita: comparação entre testes sorológicos na mãe e no recém-nascido. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* [on line] 1999 [10 de noviembre de 2006]; 32(6): 605-611. URL disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86821999000600001&tlng=es&lng=en&nrm=iso

PORCENTAJE DE RECIEN NACIDOS CON SIFILIS CONGENITA EN EL HOSPITAL "Dr. Ramón Madariaga" ENTRE JULIO DEL 2003 Y ABRIL DEL 2004

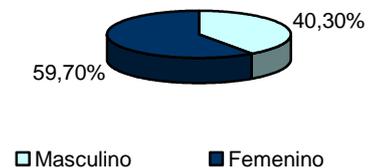


PORCENTAJE DE OBITOS POR SIFILIS CONGENITA EN EL HOSPITAL "Dr. Ramón Madariaga" ENTRE JULIO DEL 2003 Y ABRIL DEL 2004



■ Obitos por sífilis congénita ■ Sífilis congénita sin óbito

DISTRIBUCION SEGUN SEXO DE RECIEN NACIDOS INTERNADOS CON SIFILIS CONGENITA EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL "Dr. Ramón Maradiaga" ENTRE JULIO DEL 2003 Y ABRIL DEL 2004



■ Masculino ■ Femenino