

PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE SIFILIS

Protocolos del Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles

Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública

Protocolo elaborado por la Ponencia de Vigilancia Epidemiológica y aprobado por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional Salud en abril de 2026.

Han contribuido a la elaboración y revisión de los protocolos profesionales de:

Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. Instituto de Salud Carlos III (ISCIII):

Centro Nacional de Epidemiología (CNE) y Centro Nacional de Microbiología (CNM).

Ministerio de Sanidad. Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud:

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES), S.G. de Sanidad Exterior, S.G. de Sanidad Ambiental y Laboral, Área de Programas de Vacunas, y División de control de VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis.

Otras Agencias y otros Ministerios:

Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias), Ministerio de Justicia, Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), y Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN).

Unidades de Vigilancia de Salud Pública de las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía (CC.AA.).

Cita sugerida: Protocolo de vigilancia de sífilis. Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles. Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública. 2026.

CC BY-NC-SA 4.0

PRESENTACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

La vigilancia de las enfermedades transmisibles es una actividad fundamental para la Salud Pública ya que garantiza la existencia de información fiable, completa y oportuna para la toma de decisiones en todos los niveles de la Administración, y proteger así la salud de la población.

De acuerdo con lo definido en el artículo 18 del Real Decreto 568/2024, de 18 de junio, las enfermedades objeto de vigilancia contarán con protocolos específicos que permitan la homogeneización de la vigilancia y la notificación a nivel nacional e internacional, así como el establecimiento de medidas de control y prevención de casos y brotes.

En España, los primeros protocolos se publicaron en 1997 y sufrieron una revisión en profundidad en 2013. Estos nuevos protocolos han sido aprobados por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en abril de 2026.

En esta revisión han participado: técnicos de las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía, profesionales del Instituto de Salud Carlos III (Centro Nacional de Epidemiología y Centro Nacional de Microbiología), de distintas unidades del Ministerio de Sanidad (Centro Coordinador de Alertas y Emergencias, Subdirección General de Sanidad Exterior, Subdirección General de Sanidad Ambiental y Laboral, Área de Programas de Vacunas, y División de control de VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis), así como profesionales de otras Agencias y Ministerios como la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias), y Ministerio de Justicia.

Durante este proceso, además de actualizar aspectos de la epidemiología y caracterización de la enfermedad, se han revisado las definiciones de caso y la información necesaria para la vigilancia en cada notificación, haciéndolas compatibles con las que están en vigor en la Unión Europea. También se han actualizado las medidas de actuación para la prevención y control de casos y brotes.

Las novedades más relevantes son: la inclusión de un historial de cambios para documentar las futuras modificaciones y mantener los protocolos actualizados; las recomendaciones para el uso de técnicas de secuenciación del genoma en el estudio de casos y especialmente de brotes y el uso de terminologías como SNOMED y LOINC.

Podemos decir que esto supone un hito en la historia de la vigilancia pues, por primera vez, se ha abordado la normalización de la información requerida, incluida la estandarización semántica, y se han desarrollado, en dichas terminologías, los estándares para su uso en vigilancia de salud pública. Esto se ha completado con el acceso de las CC.AA. al Servidor Terminológico del Ministerio de Sanidad. De esta manera se avanza en la interoperabilidad de las bases de datos relevantes para la vigilancia de la salud pública y se cumple con el principio de recoger el dato sólo una vez y garantizar, dentro de las normas de protección de datos, la calidad de la información que se usa en la vigilancia de las enfermedades transmisibles.

CONTROL DE VERSIONES DE LOS PROTOCOLOS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Descripción del documento	Protocolo para la vigilancia y notificación de sífilis.	
Fecha de creación	Junio 2013, revisado marzo 2025.	
Cita sugerida	Protocolo de vigilancia de sífilis. Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles. Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública. 2026.	
Cambios en el protocolo		
Fecha de actualización	Epígrafe	Descripción de la modificación
Marzo-2025	Introducción	Se reescribe la definición de sífilis latente precoz.
	Susceptibilidad	Redacción del epígrafe.
	Objetivo	Redacción de los objetivos.
	Criterio epidemiológico	Redacción de caso de sífilis latente precoz.
	Criterio de laboratorio	Se incluye prueba para detección de anticuerpos.
	Criterio epidemiológico	Redacción de caso de sífilis latente precoz.
	Definición de brote	Se reescribe la definición de brote.
	Medidas preventivas	Ampliación de la descripción de las medidas preventivas.
	Control del caso	Ampliación de los controles de vacunación de otras enfermedades. Incorporación de la definición de reinfección.
	Control de contactos	Redacción para sífilis latente precoz.
	Bibliografía	Actualización de las referencias.
Cambios en el Anexo I		
	Datos de la Declaración	Ampliación del tipo de servicio clínico inicial y se ha eliminado la categoría “Otro”.
	Datos del Caso	Incorporación de la variable sexo administrativo. Se renombra la variable “sexo” como Sexo al nacimiento”. Incorporación de la variable Embarazo para las mujeres.
	Datos de la Enfermedad	Se ha adelantado la categoría diagnóstica a este epígrafe (antes estaba en Categorización del caso). Redacción de localización del chancro sifilítico. Incorporación de la variable Ingreso UCI. Eliminación variable “lugar del caso” que pasa a epígrafe Datos del Riesgo (Lugar de exposición).
	Datos de Laboratorio	Redacción de las pruebas diagnósticas. Incorporación de opción de múltiple respuesta para las variables muestra y prueba. Incorporación de la variable: motivo por el que se realizó la prueba diagnóstica.
	Datos del Riesgo	Actualización de los factores predisponentes. La coinfección con VIH se ha cambiado a este epígrafe (antes estaba en datos de laboratorio). Actualización de las Infecciones/Enfermedades concurrentes Redacción de la variable “Exposición”.
	Caracterización del caso	Incorporación de la variable de asociado a un caso de sífilis congénita.
	Final del protocolo	Se ha incluido el anexo II con el algoritmo de diagnóstico.

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Introducción

La sífilis o lúes es una infección de transmisión sexual (ITS) producida por *Treponema pallidum*. Esta enfermedad se caracteriza por evolucionar en varias fases:

- **Sífilis primaria:** Se caracteriza clínicamente por la presencia de una úlcera en el lugar de inoculación, denominada chancro sifilítico, junto con adenopatías regionales (transcurridas entre 2 y 3 semanas después de la exposición). La úlcera suele ser única, indurada e indolora con un exudado seroso en la base y localizada típicamente en la región anogenital. En ocasiones, el chancro no se observa al estar oculto en recto o cuello uterino. Después de cuatro a seis semanas, incluso sin tratamiento específico, el chancro comienza a remitir.
- **Sífilis secundaria:** Es consecuencia de la afectación multisistémica debida a la diseminación hematógena del *Treponema* (se produce entre 3-6 semanas después de la aparición del chancro). El cuadro clínico se caracteriza por una erupción maculopapulosa simétrica, no pruriginosa, que afecta las palmas de las manos y las plantas de los pies (roséola sifilítica), condiloma plano, linfadenopatía generalizada y lesiones mucosas (enantema); con menos frecuencia, aparece alopecia difusa, uveítis, otitis, meningitis, afectación de pares craneales, hepatitis, esplenomegalia, periostitis y glomerulonefritis.
- **Sífilis latente:** Periodo caracterizado por **ausencia de síntomas o signos de enfermedad** y presencia de datos serológicos de la infección. Se distinguen dos estadios:
 - **Sífilis latente precoz:** persona con resultados positivos en pruebas treponémicas y no treponémicas y serología negativa en los 12 meses precedentes; o bien, serología positiva para sífilis en el momento de la consulta y cuadro clínico compatible con sífilis primaria o secundaria en los 12 meses precedentes o antecedentes de relación sexual con una pareja diagnosticada de sífilis en los 12 meses previos.
 - **Sífilis latente tardía:** toda sífilis latente que no puede clasificarse como precoz.
- **Sífilis terciaria:** Fase que aparece muchos años después del contagio (5 a 20 años). Se caracteriza por la existencia de lesiones en la aorta (sífilis cardiovascular), lesiones granulomatosas (gomas) en la piel, vísceras, huesos o superficies mucosas (sífilis cutáneo-mucosa y ósea) y afectación del sistema nervioso (sífilis meningovascular, paresia o tabes dorsal).

La sífilis, al igual que otras ITS ulceradas, facilita la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Agente

El agente causal es *Treponema pallidum* subespecie *pallidum*.

Reservorio

El reservorio es exclusivamente el ser humano.

Modo de transmisión

El mecanismo de transmisión es de persona a persona mediante el contacto con exudados de las membranas mucosas de las personas infectadas durante una relación sexual (vaginal, anal u oral). También se puede transmitir por transfusión sanguínea y por transmisión vertical. La enfermedad es

transmisible en las fases tempranas de la enfermedad (sífilis primaria, secundaria y latente precoz), principalmente en los dos primeros años después de la infección

Periodo de incubación

Es de 3 a 4 semanas, con un rango entre 9 y 90 días.

Susceptibilidad

La infección genera inmunidad frente a *Treponema pallidum* de forma gradual, pero es insuficiente para evitar reinfecciones posteriores. La infección concurrente por el VIH puede aminorar la respuesta normal del huésped contra *Treponema pallidum*.

VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

Objetivos

1. Conocer el patrón epidemiológico de presentación de los casos de sífilis primaria, secundaria y latente precoz en la población y los principales factores de riesgo asociados a su aparición.
2. Detectar cambios en la presentación de la enfermedad a lo largo del tiempo o en su distribución geográfica.
3. Detectar los casos lo antes posible para llevar a cabo las medidas de salud pública y control de la enfermedad en el entorno del caso con el fin de evitar la aparición de casos secundarios.
4. Realizar el estudio epidemiológico a partir de la información de vigilancia. Garantizar la calidad de los datos para orientar la prevención y el control.
5. Contribuir a la evaluación y el seguimiento de los programas de prevención y control y difundir sus resultados.

Definición de caso

Criterio clínico

Sífilis primaria:

Persona que presenta uno o varios chancros (generalmente indoloros) en la zona genital, perineal, anal o bien en la mucosa bucofaríngea u otra localización extragenital.

Sífilis secundaria:

Persona que presenta, al menos, una de las siguientes manifestaciones:

- Exantema maculopapuloso difuso, que suele también presentarse en las palmas de las manos y plantas de los pies.
- Linfadenopatía generalizada.
- Condiloma plano.
- Enantema.
- Alopecia difusa.

Sífilis latente precoz (menos de 1 año):

Ausencia de síntomas en el momento del diagnóstico y antecedentes clínicos compatibles con sífilis primaria o secundaria en los 12 meses precedentes.

Criterio de laboratorio

Al menos uno de los cuatro siguientes:

- Confirmación de *Treponema pallidum* en exudados o tejidos lesionales por microscopía de campo oscuro.
- Confirmación de *Treponema pallidum* en exudados o tejidos lesionales mediante tinción directa con anticuerpos fluorescentes (IFD).
- Confirmación de *Treponema pallidum* en exudados o tejidos lesionales mediante PCR.
- Detección de los anticuerpos de *Treponema pallidum* mediante cribado (TPHA, TPPA o EIA, CLIA) **JUNTO CON:**

- detección adicional de anticuerpos IgM anti-*Treponema pallidum* (mediante ELISA IgM, inmunoblot-IgM o 19S-IgM-FTA-abs)
- **O** anticuerpos no-treponémicos (por ejemplo, RPR, DVRL).

Criterio epidemiológico

Sífilis primaria y secundaria: Un contacto sexual con un caso confirmado.

Sífilis latente precoz: Un contacto sexual con un caso confirmado en los doce meses precedentes al diagnóstico.

Clasificación de los casos

Caso sospechoso: no procede.

Caso probable: persona que cumple el criterio clínico y epidemiológicos.

Caso confirmado: persona que cumple los criterios de laboratorio de confirmación de los casos.

Definición de brote

Tres o más casos confirmados con vínculo epidemiológico entre ellos.

MODO DE VIGILANCIA

La C.A. notificará, de forma individualizada, los casos nuevos probables y confirmados en la plataforma electrónica que esté establecida para este uso. Se enviará la información inicial de declaración del caso con una periodicidad semanal. La información del caso podrá actualizarse semanalmente y se hará una consolidación anual. La notificación electrónica de los casos se hará de acuerdo con las especificaciones (metadatos) acordadas para estandarizar y normalizar la información. El Anexo I de este protocolo incluye la encuesta epidemiológica de caso que recoge la información relevante en la vigilancia de esta enfermedad.

Si se produjera un brote se notificará, en la misma plataforma, los resultados de su investigación en un periodo de tiempo no superior a tres meses después de que haya finalizado el estudio. Además, se notificará la información individualizada de los casos del brote.

Ante la aparición de un brote supracomunitario o cuando la magnitud del brote o el patrón de difusión requieran medidas de coordinación nacional, el Servicio de Vigilancia de la C.A. informará de

forma urgente al CCAES y al CNE. El CCAES valorará junto con las CC.AA. afectadas las medidas a tomar y, si fuera necesario, su notificación al Sistema de Alerta y Respuesta Rápida de la Unión Europea y a la Organización Mundial de la Salud (OMS) de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

Medidas preventivas

Medidas generales de promoción de la salud sexual integral que incluirán acciones relacionadas con la educación afectivo-sexual. Estrategias favorecedoras del sexo seguro, promoción del uso del preservativo, así como la mejora de la accesibilidad a los mismos. Recomendar el cribado periódico en personas con prácticas sexuales de riesgo.

Medidas ante un caso

La principal medida en el control de los casos es el **diagnóstico y tratamiento precoz**, junto con educación sanitaria sobre los síntomas de esta infección y su modo de transmisión. Se deben descartar otras ITS, en particular el VIH. Valorar el estado de vacunación frente a la hepatitis A, hepatitis B, mpox y VPH y vacunar si el caso no está vacunado, siguiendo las recomendaciones sobre vacunación que estén en vigor en cada momento. Los casos deben evitar las relaciones sexuales hasta que ellos y sus parejas hayan completado el tratamiento y están asintomáticos.

No es necesaria ninguna medida de aislamiento. Se recomienda la eliminación o desinfección de los objetos contaminados por los exudados de las lesiones.

Para el tratamiento de los casos se deben seguir las indicaciones que se recogen en las guías actualizadas sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en España. Tras la indicación de tratamiento de la sífilis primaria, secundaria o latente precoz, se recomienda realizar **seguimiento de los casos** mediante test serológicos no treponémicos (VDRL/RPR). Tras el tratamiento, la titulación de los test no treponémicos debe ir descendiendo en los seis meses siguientes; en personas coinfectadas con el VIH el descenso es más lento. En la sífilis tardía, la respuesta serológica a los test no treponémicos está, con frecuencia, disminuida.

En los casos que durante el seguimiento se objeque una bajada inicial de dos diluciones con un aumento posterior de dos o más diluciones de las pruebas reagínicas, hay que valorar una posible reinfección (evaluación de síntomas, nuevos contactos o contactos no tratados).

Medidas ante los contactos

Búsqueda de los contactos sexuales para su evaluación diagnóstica y cribado. La fase en que se encuentra la enfermedad delimita el periodo de búsqueda de contactos sexuales:

- Sífilis primaria: todos los contactos sexuales desde los tres meses antes del inicio de síntomas.
- Sífilis secundaria: todos los contactos desde los seis meses anteriores al inicio de síntomas.
- Sífilis latente precoz: todos los contactos desde los 12 meses anteriores al diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Workowski KA, Bachmann MD, Chan PH et al Sexually transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep 2021; 70(4):1
<https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/STI-Guidelines-2021.pdf2>.
2. Galan JC, Lepe JA Otero L, et al. Diagnóstico microbiológico de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones genitales 2018. 24ª. Procedimiento en Microbiología Clínica. Cercenado E, Cantón R (editores). Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). 2018.
<https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimientomicrobiologia24a.pdf>
3. Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes (Noviembre 2024). Grupo de Expertos del Grupo de Estudio de Sida de la SEIMC (GESIDA), Secretaria del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), Grupo de Estudio de ITS de la SEIMC (GEITS), Grupo Español para la Investigación de las Enfermedades de Transmisión Sexual de la Academia Española de Dermatología y Venereología y de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). <https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/seimc-dc-2024-Documento-ITS-geits-gesida-gehep.pdf>
4. Decisión de Ejecución (UE) 2018/945 de la Comisión, de 22 de junio de 2018, sobre enfermedades transmisibles y problemas sanitarios especiales relacionados que deben estar sujetos a vigilancia epidemiológica, así como las definiciones de casos pertinentes. DOUE, núm 170, 6 de julio de 2018.
<https://www.boe.es/doue/2018/170/L00001-00074.pdf>
5. Arando M y Otero L. Sífilis. Enferm Infec Microbiol Clin. 2019;37(6):398-404.
<https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-pdf-S0213005X19300072>
6. Ghamen KG, RAM s, Rice PA. The modern epidemic of syphilis. NEJM 2020;3822:845-54.
<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra1901593?articleTools=true>

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE SÍFILIS

DATOS DE LA DECLARACIÓN

C.A. declarante:

Identificación del caso para el declarante:

Fecha de la primera declaración del caso¹: / /

Tipo de servicio clínico inicial² (marcar una de las siguientes opciones):

- | | |
|--|---|
| ☐ Centro de atención primaria | ☐ Consulta de planificación familiar |
| ☐ Centro de ITS extrahospitalario | ☐ Centro de ITS hospitalario |
| ☐ Consulta de atención al embarazo | ☐ Consulta dermatología |
| ☐ Consulta de ginecología | ☐ Consulta de urología |
| ☐ Consulta medicina interna/infecciosas | ☐ Servicio de urgencias |
| ☐ Centro comunitario u ONG | ☐ Centro penitenciario |

DATOS DEL CASO

Fecha de nacimiento: / /

Edad en años: Edad en meses en menores de 2 años:

Sexo al nacimiento: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Intersexual ☐ Desconocido

Sexo administrativo: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No determinado ☐ Desconocido

Lugar de residencia del caso:

País de residencia:

C.A. de residencia:

Provincia de residencia:

Municipio de residencia:

Código postal de residencia:

País de nacimiento:

Año de llegada a España:

Embarazo: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso³: / / Fecha de inicio de síntomas: / /

Categoría diagnóstica (marcar una de las siguientes opciones):

☐ Sífilis primaria ☐ Sífilis secundaria ☐ Sífilis latente precoz

Localización fundamental del chancro sífilítico (marcar todas las opciones que corresponda):

☐ Anorrectal/Perianal	☐ Orofaríngea
☐ Genital	☐ Otras localizaciones

Hospitalización³: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Fecha de hospitalización: / /

Fecha de alta: / /

Ingreso en UCI: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Defunción causada por la enfermedad: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Fecha de defunción: / /

DATOS DEL LABORATORIO

Motivo por el que se realizó la prueba diagnóstica (marcar todas las que proceda):

☐ Presentar sintomatología ☐ Cribado ☐ Estudio de contactos ☐ Desconocido

Fecha de diagnóstico de laboratorio: / /

Agente causal⁵: ☐ *Treponema pallidum*

Muestra (marcar todas las opciones de muestra con resultado positivo):

☐ Exudado o tejido de lesiones ☐ Suero

Prueba (marcar las pruebas en las muestras con resultado positivo):

☐ Detección de ácido nucleico (PCR) ☐ Detección de anticuerpos

☐ Anticuerpos IgM ☐ Visualización

Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR): ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Identificación de muestra del declarante al LNR:

Identificación de muestra en el LNR:

DATOS DEL RIESGO

Lugar de exposición del caso:

☐ En la C.A. de residencia⁶

☐ En una C.A. distinta de la de residencia⁷

☐ En un país distinto de España⁸

Continente/Región de exposición del caso⁹:

País de la exposición del caso¹⁰:

C.A. de la exposición del caso¹⁰:

Provincia de la exposición del caso¹⁰:

Municipio de la exposición del caso¹⁰:

Resultados de VIH: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ No realizado

Factores predisponentes¹¹ (marcar todas las opciones que corresponda):

- | | |
|--|---|
| ☐ Usuario de prostitución | ☐ Ejercicio de la prostitución |
| ☐ Usuario de Chemsex | ☐ Parejas sexuales múltiples |

Usuario de Profilaxis Pre-Exposición frente al VIH (PrEP)¹²: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Infección/Enfermedad concurrente¹³ (marcar todas las opciones que corresponda):

- | | |
|---|---|
| ☐ Linfogranuloma venéreo | ☐ Infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> |
| ☐ Infección gonocócica | ☐ Herpes genital |
| ☐ Condiloma acuminado | ☐ Hepatitis A |
| ☐ Hepatitis B | ☐ Hepatitis C |
| ☐ Pediculosis | ☐ <i>Molluscum contagiosum</i> |
| ☐ Escabiosis | ☐ Mpox |

Exposición (marcar una de las siguientes):

- ☐ Persona a persona: Relación heterosexual
- ☐ Persona a persona: Relación homo/bisexual
- ☐ Persona a persona: Relación sexual sin especificar
- ☐ Desconocida

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Criterios de clasificación de caso:

Criterio clínico: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Criterio de laboratorio: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Criterio epidemiológico: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Clasificación del caso (marcar una de las siguientes opciones):

- ☐ Probable ☐ Confirmado

Asociado a brote: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Identificación del brote:

C.A. de declaración del brote¹⁴:

Asociado a un caso de Sífilis congénita: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Identificación del niño/niña para el declarante:

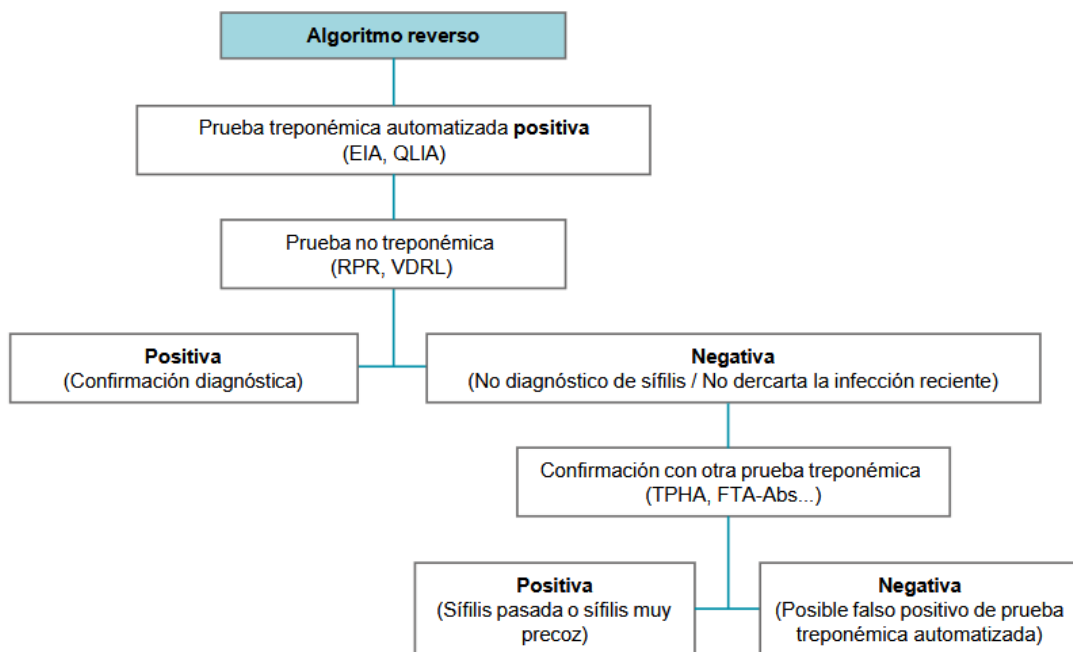
C.A. de declaración del niño/niña:

OBSERVACIONES¹⁵

.....

1. Fecha de la primera declaración del caso: Fecha de la primera declaración del caso al sistema de vigilancia (habitualmente realizadas desde el nivel local).
2. Tipo de servicio clínico inicial: Indique el primer dispositivo donde el caso acudió para realizarse la evaluación diagnóstica
3. Fecha del caso: Se considera que es la fecha de diagnóstico. Si no hay fecha de diagnóstico de laboratorio, se considerará la fecha de síntomas.
4. Hospitalización: Estancia de al menos una noche en el hospital.
5. Agente causal: Rellenar sólo si el caso cuenta con confirmación de laboratorio.
6. Lugar de exposición: C.A. de residencia: define si la exposición del caso se produjo en la C.A. de residencia.
7. Lugar de exposición: C.A. distinta de la de residencia: define si la exposición del caso se produjo en una C.A. distinta a la de residencia.
8. Lugar de exposición: País distinto de España: define si la exposición del caso se produjo en un país distinto de España. País o países (uno o varios) donde ha viajado en el período de incubación
9. Continente de exposición del caso: Continente o región al que se asigna el caso. Rellenar si la exposición no ha tenido lugar en un único país o no se puede identificar. Si no se conoce el país de exposición, al menos, rellenar esta variable.
10. País/ C.A./ Provincia/ Municipio de exposición del caso: Especificar el lugar de exposición o de adquisición de la infección, en general, se considerará el lugar donde el caso ha podido contraer la enfermedad con mayor probabilidad (estancia durante período de incubación). Si está en España, cumplimentar los campos de C.A., provincia y municipio. Si el lugar de exposición es un país diferente de España se cumplimentaría el país. Si no se conoce se dejará en blanco.
11. Factores predisponentes: Factores referidos a los últimos 3 meses o aquellos que están relacionados con el episodio actual de la infección por sífilis.
12. Usuario de Profilaxis Pre-Exposición frente al VIH (PrEP): Referido a estar en un programa de PrEP en los 12 meses previos al episodio actual de la infección por sífilis.
13. Infección/Enfermedad concurrente: Cualquier otra infección y/o enfermedad que es diagnosticada en el proceso de despistaje de la infección por sífilis.
14. C.A. de declaración del brote: Aquella que ha asignado el identificador del brote.
15. Observaciones: Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta.

ANEXO II. ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE LA SÍFILIS



Fuente: Tomado de Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes (Noviembre 2024).

<https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/seimc-dc-2024-Documento-ITS-geits-gesida-gehep.pdf>