

Reyes-Berlanga, Mónica L.¹
 Moreno-Falcón, Daniela Itzel²
 Olmos-Pérez, María Luisa Elizabeth²
 García-Torres, María Angélica³

Detección de sífilis en mujeres embarazadas para prevenir la sífilis congénita. Revisión de los documentos vigentes en México

Screening for syphilis in pregnant women to prevent congenital syphilis. Review of current documents in Mexico

Fecha de aceptación: marzo 2025

Resumen

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada año cerca de un millón de mujeres embarazadas contraen sífilis, y más de dos tercios experimentarán situaciones adversas severas durante el embarazo. La prevalencia mundial de sífilis se mantuvo estable entre 2012 y 2016. Sin embargo, a partir de 2018 se ha observado un aumento alarmante. De acuerdo con los Centros de Control de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, en 2022 se reportaron más de 2.5 millones de casos de sífilis, gonorrea y clamidias. En México, desde el año 2000 a la fecha se han registrado un total de 2 622 casos de sífilis congénita (sc), y se observó un incremento importante en el año 2008 con 168 casos confirmados, con un descenso hasta el año 2013, sin embargo, a partir del año 2014 los casos muestran una tendencia ascendente, se registraron 372 casos confirmados en 2019 (incidencia de 16.9 casos por cada 100 mil habitantes menores de un año) y 989 casos en 2023.

En este trabajo se presenta una revisión de la normatividad vigente y diversos documentos publicados por el gobierno de México para la detección de sífilis en mujeres embarazadas y para la prevención de sífilis congénita. Se encontraron 13 documentos vigentes.

Palabras clave: sífilis congénita, sífilis prenatal, normatividad, *Treponema pallidum*.

Abstract

The World Health Organization (WHO) estimates that nearly one million pregnant women contract syphilis each year, and more than two-thirds will experience severe adverse events during pregnancy. The global prevalence of syphilis remained stable between 2012 and 2016. However, an alarming increase has been observed since 2018. According to the US Centers for Disease Control and Prevention (CDC), more than 2.5 million cases of syphilis, gonorrhea, and chlamydia were reported in 2022. Since 2000, a total of 2 622 cases of congenital syphilis (cs) have been recorded in Mexico, with a significant increase in 2008, with 168 confirmed cases. The incidence of syphilis in Mexico decreased until 2013. However, starting in 2014, cases showed an upward trend, with 372 confirmed cases recorded in 2019 (an incidence of 16.9 cases per 100,000 inhabitants under one year of age) and 989 cases in 2023.

A review of current regulations and various documents published by the Mexican government for the detection of syphilis in pregnant women and the prevention of congenital syphilis is presented. Thirteen current documents were found.

Keywords: congenital syphilis, prenatal syphilis, regulations, *Treponema pallidum*.

Introducción

El *Treponema pallidum*, subespecie *pallidum*, familia Spirochaetaceae, es una bacteria gram negativa con forma helicoidal (espiroqueta), mide de 6 a 15 μ de largo por 0.2 μ de ancho, carece de lipopolisacáridos en su membrana externa, sin embargo, está conformada por abundantes li-

poproteínas que residen predominantemente por debajo de la superficie, lo que le confiere evadir los mecanismos de la respuesta innata en el huésped, facilitando la replicación local y la diseminación temprana, su único huésped natural es el humano, en quien produce lesiones sifilíticas.¹

¹ Servicio de Infectología Pediátrica

² Servicio de Pediatría

³ Jefatura de Enfermería

Hospital General de Zona IMSS 2, Irapuato, Guanajuato

Correspondencia: Dra. Mónica L. Reyes Berlanga
 Hospital General de Zona IMSS 2, De la Reforma 307, Fraccionamiento Viveros Revolución, Irapuato, Guanajuato.

Correo electrónico: reyesberlanga@yahoo.com.mx

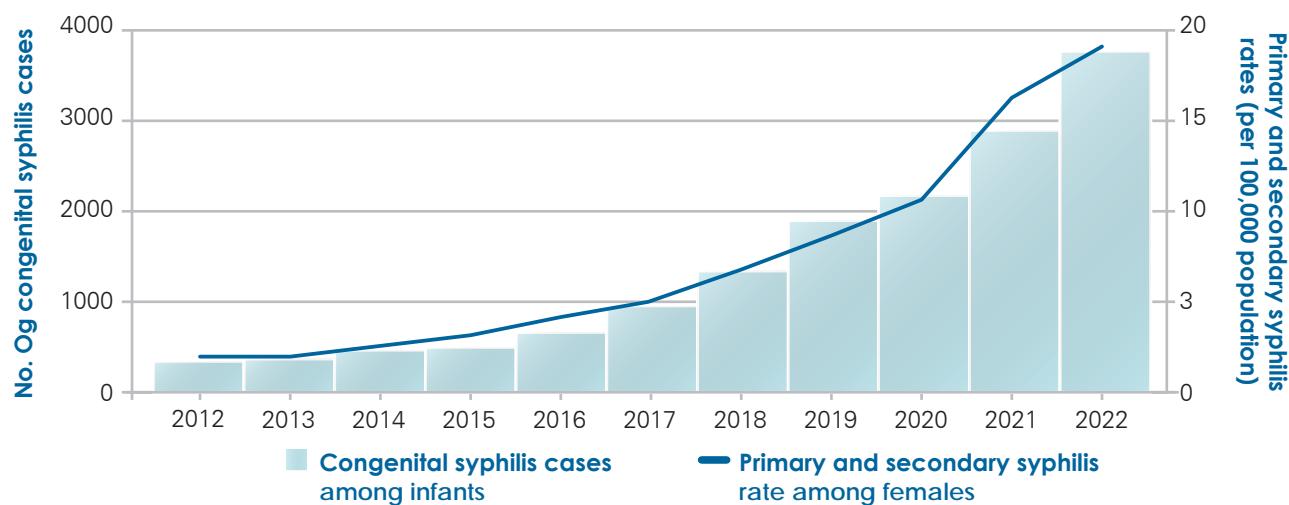
En el adulto se identifican cuatro estadios: sífilis primaria (chancro); secundaria, con lesiones maculares tipo centavo de cobre en las palmas y/o plantas, el exantema puede ser generalizado, macular o papular o pústula, o una combinación de todos, así como lesiones conocidas como condiloma lata (plano); latente, generalmente asintomática (latente temprana y tardía); y terciaria, con manifestaciones tardías que incluyen gomas sifilíticas, afección vascular, cardiovascular y neurosífilis.¹

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual (ETS) causada por la bacteria *Treponema pallidum*. La sífilis congénita (sc) resulta cuando la infección se transmite de la madre al feto. Durante siglos, *T. pallidum* se le reconoce como una bacteria que puede causar manifestaciones clínicas adversas en recién nacidos.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada año cerca de un millón de mujeres embarazadas están infectadas con sífilis, y más de dos tercios experimentarán situaciones adversas severas durante el embarazo. Entre 1995 y 2017 la sífilis fue la tercera causa de muertes fetales (5.4%) en Estados Unidos, en primer lugar estaba el virus de herpes simple (VHS), seguido del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).^{2,3}

La prevalencia de sífilis en todo el mundo se mantuvo estable entre 2012 y 2016. Sin embargo, desde 2018 se ha observado un aumento alarmante. De acuerdo con los Centros de Control de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, en 2022 se reportaron más de 2.5 millones de casos de sífilis, gonorrea y clamidía. Lo más alarmante es la epidemia de sífilis y sífilis congénita (figura 1).²

Figura 1.
Casos reportados de sífilis congénita en niños, por año de nacimiento, y casos de sífilis primaria y secundaria en mujeres entre los 15 y 44 años, por año en Estados Unidos, 2012-2022



Casos por 100 mil habitantes.

Fuente: Morbidity and Mortality Weekly Report, 17 de noviembre de 2023, 72 (46).

Figura 2.
Incidencia de casos confirmados de sífilis congénita en México, 2000-2020.
Por 100 mil habitantes menores de un año



Fuente: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica DGE/SSA/Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Sífilis Congénita.

En 2022 se notificó un total de 3 761 casos de sífilis congénita a través del Sistema Nacional de Vigilancia de Declaración Obligatoria (NNDSS) de Estados Unidos, incluidos 231 (6%) mortinatos y 3 530 (84%) nacidos vivos (con 51 [1%] muertes infantiles). Esto representa un aumento de 31.7% en los casos de sífilis congénita con respecto de los notificados durante 2021, junto con un incremento de 17.2% en las tasas de casos de sífilis primaria y secundaria entre las mujeres de 15 a 44 años (de 16.3 a 19.1 por 100 mil habitantes) (figura 1). En 2022 se notificaron más de 10 veces más casos de sífilis congénita (3 761) que en 2012.²

En México, la sífilis congénita es un padecimiento sujeto a vigilancia epidemiológica y de notificación inmediata, en la figura 2 se indica la incidencia de casos confirmados de sífilis congénita en México durante 2000-2020.

De los 230 casos probables notificados durante el año 2007, se confirmó el diagnóstico de sífilis congénita en 148 casos (con una positividad de 64.3%), con una incidencia de 6.58 casos por 100 mil menores de un año; y para 2020, de los 676 casos probables notificados se confirmó el diagnóstico en 331 casos, con una incidencia de 15 por 100 mil en menores de un año.⁴

Durante 2019 Baja California tuvo una incidencia de 128.8 (79 casos) por 100 mil habitantes menores de un año; y Baja California Sur con 63.8 (nueve casos), éstas fueron las entidades federativas con la incidencia más alta, les siguió Aguascalientes con una incidencia de 62.1 (16 casos); sin embargo, en el año 2020 Aguascalientes fue el estado con la incidencia más alta con 147.7 (38 casos) por 100 mil habitantes menores de un año, Baja California con 102.2 (63 casos), seguido por Colima con una incidencia de 97.6 (13 casos).⁴

En el cuadro se describen los casos de sífilis y sífilis congénita durante el quinquenio 2019-2023.

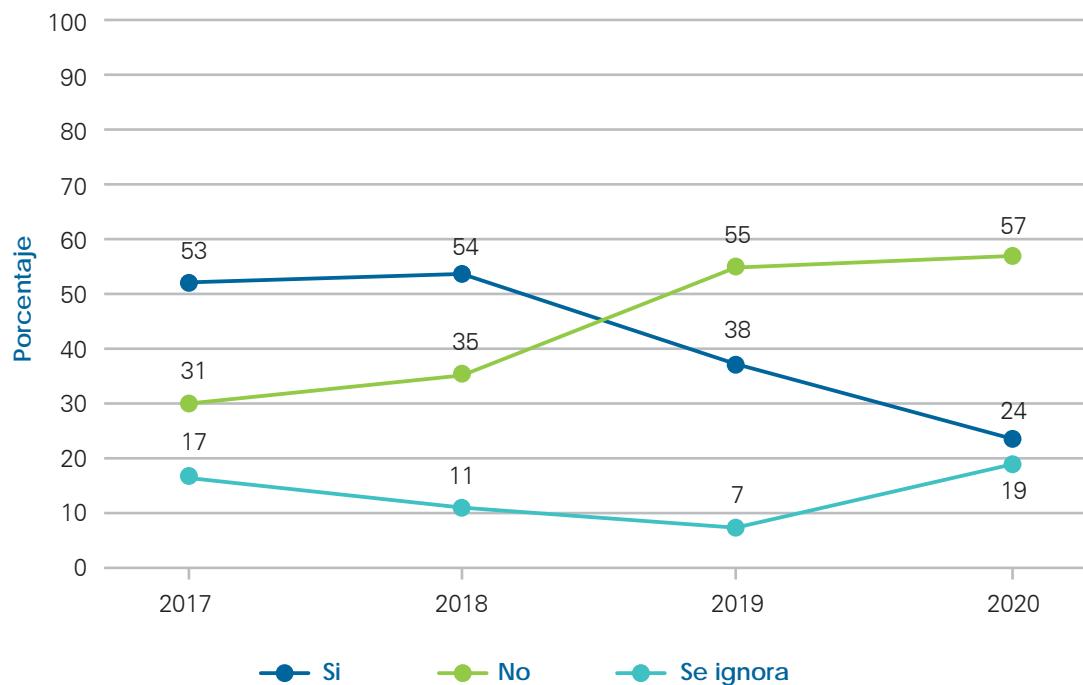
Cuadro 1.
Casos de sífilis adquirida y congénita, quinquenio 2019-2023

Año	Sífilis adquirida		Sífilis congénita
	Totales	mujeres	
2019	7 572		391
2020	5 277	2 211	493
2021	10 620	4 478	482
2022	15 577	7 029	835
2023	18 288	8 027	839

Fuente: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica DGE/SSA/Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Sífilis Congénita.

De acuerdo con los datos registrados del periodo 2017-2020, solamente 39% de las madres de casos de sífilis congénita tenían el antecedente de haberse hecho esta prueba no treponémica (VDRL: *venereal disease research laboratory*), 48% sin antecedente de realizarse esta prueba y de 13% se desconoce si se hizo esta prueba no treponémica (figura 3).

Figura 3.
Antecedente de prueba VDRL en mujeres embarazadas en casos de sífilis congénita en México, 2017-2020.



Fuente: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica DGE/SSA/Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Sífilis Congénita.

En nuestro país, así como en países similares, los factores de riesgo para la presencia de sífilis congénita son:^{4,5}

- Embarazo sin control prenatal
- Edad de la madre
- Falta de realización de tamizaje en la embarazada
- Mujer con pareja sexual inestable o tener más de una pareja sexual
- Conductas sexuales de riesgo
- Ser usuaria de drogas inyectables o de otro tipo
- Tener relaciones con usuarios de drogas inyectables
- Haber cursado con sífilis en embarazos anteriores
- Otras infecciones de transmisión sexual
- Nivel socioeconómico o educativo bajo, con una limitada capacidad de negociación de la relación sexual
- Baja cobertura de servicios de salud

El objetivo de esta revisión fue evaluar la normatividad vigente y diversos documentos publicados por el gobierno de México para la detección de sífilis en mujeres embarazadas, esto con la finalidad de prevenir la sífilis congénita. Al hacer la revisión encontramos la existencia de diversos documentos vigentes, 13 en total, entre ellos normas oficiales mexicanas, guías de práctica clínica, procedimientos, manuales, protocolos de acción y la cartilla de control de la mujer embarazada del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Analizamos si existe congruencia en las indicaciones de las pruebas de laboratorio para la detección de sífilis en la mujer embarazada (cuadro 2).

Cuadro 2.

Documentos en México para la detección temprana de sífilis en mujeres embarazadas y prevención de sífilis congénita (CIE10; A50)

Núm.	Nombre del documento	Año de Publicación	VIH/sífilis
1	Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico	2012	<p>6. Del expediente clínico en consulta general y de especialidad Deberá contar con:</p> <p>6.1.3 Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros</p> <p>6.2.3 Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente</p> <p>Todos los resultados obtenidos deben ser registrados en el Expediente clínico electrónico</p>
2	Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2, Para la vigilancia epidemiológica ⁷	2012	Establece los criterios, especificaciones, directrices de operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica para la recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre conductas de salud de la población y sus determinantes
3	Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA, Para la prevención y control de los defectos de nacimiento ⁸	2014	La sífilis congénita se define como la infección ocasionada por <i>Treponema pallidum</i> transmitida de la madre al producto por circulación transplacentaria (3.70). Se establece el uso de VDRL o pruebas rápidas para el diagnóstico prenatal y tamiz neonatal de sífilis, y uso de fta (inmunofluorescencia para sífilis) en el seguimiento posnatal (8.2.1. Cuadro 4 Infecciones perinatales)
4	Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual ⁹	2014	<p>7.2.4.1 Las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud deberán promover la detección de ITS, sífilis y VIH a toda mujer embarazada y a los grupos con mayor prevalencia de ITS de manera voluntaria y gratuita</p> <p>7.4.5.2 A las mujeres embarazadas se les debe realizar la prueba de VDRL o RPR (<i>rapid plasma reagin</i>) o inmunofluorescencia para <i>Treponema pallidum</i> durante la primera visita prenatal, independientemente del trimestre de la gestación en que se encuentre y posterior al parto. El personal de salud no debe dar de alta a ninguna mujer luego del parto sin que se le haya realizado la prueba de VDRL o RPR</p> <p>7.4.5.5 El seguimiento debe realizarse con pruebas serológicas cuantitativas como el VDRL en cada trimestre y posterior al parto a los tres, seis y doce meses</p>
5	Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención ¹⁰	2016	6.2.1.6 En el caso de maltrato en mujeres embarazadas, valorar lo siguiente: infecciones genitales recurrentes durante la gestación. El diagnóstico estará apoyado, cuando sea posible, en exámenes de laboratorio y gabinete, y estudios especiales

6	Norma Oficial Mexicana NOM-007-ssa2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida ¹¹	2016	5.2.1.14 Solicitar los siguientes exámenes de laboratorio: 5.2.1.14.7 Prueba de laboratorio para detectar sífilis en la embarazada y prevenir sífilis congénita 5.2.1.14.8 La detección de VIH y sífilis debe ser ofertada sistemáticamente de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.7, del Capítulo de Referencias, de esta Norma. La prueba de tamizaje para VIH y sífilis se debe realizar en las primeras 12 semanas previa orientación y aceptación de la embarazada, a través de su consentimiento informado, enfatizando la consejería y orientación acerca de los beneficios de una prueba en etapas tempranas del embarazo para evitar transmisión vertical hacia el feto. Se debe asentar en el expediente clínico que se ofertaron ambas pruebas y la mujer debe firmar la decisión que tomó acerca de su realización. En aquellas mujeres que no se sometieron a tamizaje durante las etapas tempranas del embarazo debe ofrecerse la realización del mismo, antes del parto o en el postparto inmediato, para las medidas profilácticas o terapéuticas que apliquen
7	Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de sífilis congénita ⁴	2021	A toda mujer embarazada se le debe realizar la prueba de VDRL o RPR e inmunofluorescencia para <i>Treponema pallidum</i> durante la primera visita prenatal, independientemente del trimestre de la gestación en que se encuentre, y en aquéllas en las que no se les realizó ninguna prueba, éstas deberán ofrecerse antes del parto o postparto inmediato
8	Atención y cuidados multidisciplinarios en el embarazo, GPC-IMSS-028-22 ¹²	2022	Se recomienda realizar tamizaje para VIH (virus de inmunodeficiencia humana) con prueba rápida en el primero y tercer trimestre del embarazo. No se menciona prueba ráida para sífilis, sólo VDRL en la primera visita de control prenatal
9	Protocolo de atención integral, VIH. PAI-IMSS-006-20 ¹³	2022	Informa a las mujeres embarazadas la importancia del tamizaje de infección por VIH con prueba dual, la cual deberá realizarse: • Primera consulta en la que se presente la paciente • En el tercer trimestre de embarazo • En mujeres embarazadas que no llevaron control prenatal y que acuden en trabajo de parto
10	Guía para la detección cualitativa de anticuerpos contra el VIH y sífilis en sangre capilar, mediante prueba rápida voluntaria dual. Gobierno de México, IMSS ¹⁴	2022	2.2.17.12 Tomar la prueba rápida voluntaria dual tres veces durante el embarazo; en la primera consulta y ocho a doce semanas después de la primera y en el tercer trimestre
11	Guía para la atención prenatal en medicina familiar, IMSS ¹⁵	2023	Durante la primera consulta de MF realizar VDRL. Realizar detección de VIH/sífilis mediante la prueba rápida voluntaria dual previo consentimiento informado
12	Norma oficial mexicana NOM-010-ssa-2023, Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana ¹⁶	2023	6.3.4.2 En al menos dos momentos durante el embarazo: una prueba inicial en las primeras 12 semanas de gestación o al momento de captarla y una segunda prueba antes del parto 6.3.4.3 En aquellas mujeres que no se sometieron a la prueba deberá hacerse antes del parto o en el posparto inmediato
13	Cartilla de la mujer embarazada, IMSS ¹⁷	2024	Una prueba rápida voluntaria dual por trimestre de gestación

La detección de VIH y sífilis se debe ofrecer sistemáticamente de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana 007-ssa2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.¹¹

La prueba de tamizaje para VIH y sífilis se debe realizar en las primeras 12 semanas previa orientación y aceptación de la embarazada, a través de su consentimiento informado, enfatizando la consejería y orientación acerca de los beneficios de una prueba en etapas tempranas del embarazo para evitar afectar al feto de manera vertical.⁴ En el expediente se debe asentar que se ofrecieron las pruebas y la mujer debe firmar la decisión que tomó respecto de las mismas.⁶

En aquellas mujeres que no se sometieron a tamizaje en momentos tempranos del embarazo, se les debe ofrecer nuevamente antes del parto o en el postparto inmediato. Toda mujer que resulte positiva a VIH o sífilis debe ser enviada lo antes posible al segundo nivel de atención o establecimientos para la atención médica especializada.⁴

Existen dos tipos de pruebas serológicas para la sífilis: no treponémicas y treponémicas. Un diagnóstico presuntivo de sífilis requiere un resultado positivo de al menos uno de estos tipos de pruebas. Un diagnóstico confirmado requiere resultados positivos de ambos tipos de pruebas serológicas. El suero es la muestra de elección para las pruebas serológicas.^{18,19}

Las pruebas no treponémicas más ampliamente disponibles son las pruebas microscópicas del laboratorio de investigación de enfermedades venéreas (VDRL) y las pruebas macroscópicas de reagina plasmática rápida (RPR).^{18,19}

En la sífilis primaria puede ser necesario repetir las pruebas a las dos y cuatro semanas, para excluir la sífilis cuando hay lesiones sospechosas.^{18,19}

Las pruebas treponémicas incluyen el ensayo de hemaglutinación de *Treponema pallidum* (TPHA), el ensayo de aglutinación de partículas de *Treponema pallidum* (TPPA) y las pruebas de absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes (FTA ABS). Estas pruebas son muy concretas porque detectan anticuerpos contra antígenos treponémicos específicos. Clásicamente, una de estas pruebas se utiliza como confirmación después de una prueba no treponémica positiva. Las pruebas treponémicas suelen ser positivas (85%) durante toda la vida del paciente, independientemente del tratamiento. Por lo tanto, una prueba treponémica positiva no distingue entre infección activa e infección que ha sido tratada previamente. La RPR se sigue usando para monitorear la actividad de la enfermedad después del tratamiento.^{18,19}

La sífilis durante el embarazo está asociada a parto prematuro, aborto espontáneo, muerte perinatal, entre otras; asimismo, dos síndromes característicos de enfermedad, sífilis temprana y tardía. La clínica, el laboratorio y las anormalidades radiográficas en el recién nacido son resultado de la infección activa por *T. pallidum* y la consecuente respuesta inflamatoria, 50% de los recién nacidos (RN) son asintomáticos, la sífilis primaria se caracteriza por signos y síntomas que se presentan en los primeros dos años de vida; hepatoesplenomegalia, hepatitis, trombocitopenia, petequias, lesiones mucocutáneas, las cuales se presentan en 40 y 60%. El exantema en la sífilis congénita (sc) es oval y maculopapular, y descama, sobre todo en las palmas y las plantas, puede ocurrir condiloma lata en las áreas perioral y perianal, algunos RN desarrollan rinitis (snuffles), una descarga que en un inicio es transparente para posteriormente volverse turbia, purulenta y en ocasiones sanguinolenta. Esta descarga nasal y las lesiones bullosas en la piel contienen altas concentraciones de espiroquetas y son muy infecciosas.²⁰

El diagnóstico de sífilis congénita se realiza a través de la exploración física minuciosa del recién nacido, los hallazgos de laboratorio y los antecedentes de la mamá. En todos los RN que son hijos de madres con pruebas no treponémicas reactivas en el momento del embarazo, se debe corroborar que las mismas hayan sido confirmadas con sífilis, evaluadas en el área de Infectología y que hayan recibido tratamiento adecuado.⁴

Si a la madre no le realizaron pruebas de tamizaje durante el embarazo, ésta se deberá hacer durante el trabajo de parto o inmediatamente después del mismo, si la prueba no treponémica resultara reactiva (VDRL, RPR) en el momento del parto, los RN deberán ser explorados a detalle en busca de signos y síntomas de sífilis congénita, y se deberá realizar examen patológico de la placenta o el cordón umbilical mediante microscopía de campo oscuro (sensibilidad de 74-86% y especificidad de 85-100%) o una prueba de PCR para *T. pallidum*. Dichas pruebas también se pueden llevar a cabo en lesiones sospechosas o fluidos corporales.⁷

El uso de un solo tipo de prueba es insuficiente para establecer un caso presuntivo, ya que las pruebas no treponémicas (PNT) en particular pueden dar falsos positivos, una PNT positiva seguida de una prueba treponémica positiva (PT) confirma el diagnóstico. En nuestro país es necesario considerar y proponer una modificación a la norma para considerar el algoritmo reverso, comenzando con una PT y posteriormente titulación con PNT, y si es necesario confirmación con una segunda PT.¹⁹

De acuerdo con los cdc, las mujeres embarazadas con resultados positivos en las pruebas de detección treponémicas (por ejemplo, ensayo inmunoabsorbente enzimático [EIA], inmunoensayo por quimioluminiscencia [CIA] o inmunoblot) deben someterse a pruebas cuantitativas no treponémicas adicionales, ya que los títulos son esenciales para monitorear la respuesta al tratamiento. Las pruebas serológicas también se deben realizar dos veces durante el tercer trimestre: a las 28 semanas de gestación y en el momento del parto para las mujeres embarazadas que viven en comunidades con altas tasas de sífilis y para aquellas que han estado en riesgo de contraer sífilis durante el embarazo.²

Numerosos países informaron aumentos en los casos de sífilis congénita y en adultos después de la pandemia de COVID-19. Estimaciones recientes revelan que el número de casos nuevos de sífilis en adultos y la tasa de casos de sífilis congénita por 100 mil nacidos vivos aumentaron entre 2016 y 2022, por ello la oms recomienda que las pruebas de diagnóstico rápido dual del VIH/sífilis se puedan considerar como la primera prueba en las estrategias y algoritmos de pruebas del VIH en entornos de atención prenatal. Hasta julio de 2023, 76 países habían adoptado las pruebas de diagnóstico rápido dual del VIH/sífilis en las políticas nacionales, incluido México.^{21,22}

Definiciones operacionales de la oms^{21,22}

Los países deberían haber alcanzado y mantenido durante al menos un año el siguiente objetivo de efecto para validar la transmisión genital femenina de la sífilis: una tasa de casos de sífilis congénita de ≤50 por cada 100 mil nacidos vivos. En los objetivos de la eliminación de la transmisión perinatal de sífilis y VIH (EMTCT) se utiliza una definición de caso de vigilancia para la sífilis congénita en lugar de una definición de caso clínico.

Una definición de caso de vigilancia proporciona un conjunto uniforme de criterios para definir una condición a efectos de vigilancia de la salud pública. El uso de una definición de caso de vigilancia permite a los programas de salud pública clasificar y contar los casos de manera coherente en todas las jurisdicciones y países. Es posible que la definición de caso de vigilancia no siempre sea coherente con la definición de caso clínico y, en lo que se refiere a la sífilis congénita, no está destinada a ser utilizada por los proveedores de atención de salud para hacer un diagnóstico clínico o determinar el tratamiento.

A continuación se indica la definición de caso de vigilancia global para la sífilis congénita (oms): un nacido vivo o muerte fetal a las más de 20 semanas de gestación o más de 500 g (incluida la muerte fetal) de un nacido de una mujer con serología positiva para sífilis y sin un tratamiento adecuado para esta enfermedad. El tratamiento materno adecuado se define como al menos una inyección de 2.4

millones de unidades de bencilpenicilina benzatínica intramuscular al menos 30 días antes del parto.^{21,22}

En México un caso confirmado se define como todo caso probable de sífilis congénita en quien se haya identificado resultado positivo para Western blot IgM o se detecte *Treponema pallidum* por campo oscuro y/o inmunofluorescencia de lesiones, cordón umbilical, placenta y necropsia.⁷

Para la sífilis durante el embarazo, el único tratamiento recomendado (CDC) es penicilina G benzatínica 2.4 millones de unidades intramuscular. Ya sea en una sola dosis o en tres dosis espaciadas entre siete y nueve días, dependiendo de la etapa de la infección. Se ha informado que la tasa de éxito de este tratamiento en la prevención de la sífilis congénita es tan alta como 98%. En caso de alergia a la penicilina, tendrá que desensibilizarse.²³

El tratamiento de elección para el recién nacido es penicilina G sódica cristalina las primeras cuatro semanas de vida: 50 000 UI/kg/dosis cada 12 horas en los primeros siete días de vida, después la misma dosis cada ocho horas hasta completar 10 a 14 días de tratamiento. Después del mes de edad la dosis es de 50 000 UI/kg/dosis cada seis horas intravenoso hasta completar 10 a 14 días.^{20,23}

Discusión

En nuestro medio nos enfrentamos a tres escenarios que hemos reconocido: 1) la mujer embarazada que acude a control prenatal con su médico familiar (MF) desde el momento que se sabe embarazada, esto nos permite llevar a cabo la prueba rápida dual dentro del primer trimestre del embarazo, así como su VDRL único; 2) la mujer embarazada que acude posterior al primer trimestre a consulta de MF y a quien en ese momento independientemente de las semanas de gestación debe ofrecérsele la prueba dual y se le solicita su VDRL; y 3) la mujer que nunca acudió a control prenatal y que llega directamente a tococirugía ya sea por amenaza de aborto, peligro de parto pretermino, otras enfermedades asociadas al embarazo (preeclampsia, eclampsia, infección de vías urinarias, crisis convulsivas, etc.) o con embarazo de término en trabajo de parto sin mayores complicaciones, sin prueba previa para sífilis. En todas ellas se deberá realizar la prueba rápida voluntaria dual para VIH/sífilis en el área de tococirugía, así como en mujeres que se identifiquen factores de riesgo con pruebas negativas previas. De llevarse a cabo dicho proceso, considerando la alta confiabilidad de la prueba rápida dual, no tendríamos casos no identificados de sífilis congénita o presentaríamos una disminución en la incidencia de casos nuevos, lo que definitivamente no está ocurriendo.

Para lograr la eliminación de la sífilis congénita en México debemos asegurarnos de que las mujeres cuenten con las pruebas de diagnóstico necesarias y en el momento oportuno, asimismo, que dichos resultados estén reportados en el expediente clínico.¹ Herrera-Ortiz y colaboradores²⁴ mencionan una problemática que aún está vigente en nuestro país, la comparación y contraste de documentos nacionales pone de manifiesto la necesidad de actualizar los estándares en cuanto al protocolo detallado y específico de atención primaria, el seguimiento de la mujer, sus contactos sexuales y sus hijos (incluidos los mortinatos), así

como las nuevas pruebas diagnósticas, las pruebas rápidas y el algoritmo inverso con el fin de ayudar a eliminar la transmisión materno-infantil de la sífilis en México.

Al existir tantos documentos (NOM, guías, protocolos, manuales, cartillas, etc.), hay confusión en el personal en cuanto a las acciones necesarias para la prevención de la sífilis congénita, por lo que requerimos un marco normativo actualizado y homogéneo.

Las NOM están diseñadas para garantizar la calidad, seguridad y eficiencia de productos y servicios en México. Su cumplimiento no sólo es una obligación legal, sino una estrategia crucial para el crecimiento y sostenibilidad de cualquier empresa en el ámbito nacional.^{1-6,12}

Las NOM publicadas antes de 2020 no mencionan la prueba rápida dual de alta confiabilidad para diagnóstico de VIH/sífilis, por lo que es necesaria una actualización.¹⁻⁶

La prueba voluntaria dual para VIH/sífilis se está llevando a cabo en nuestra institución (Hospital General de Zona IMSS 2,) desde 2020 en cada uno de los tres trimestres del embarazo cuando la mujer se presenta a atención prenatal. Dicha prueba se lleva a cabo en los módulos de medicina preventiva por enfermeras especialistas en medicina de familia, quienes por iniciativa propia diseñaron un formato donde registran las pruebas por persona con la firma de aceptación voluntaria de la prueba.

En torno a la sífilis congénita existen diversas áreas de oportunidad que podrían beneficiarse de cambios profundos a las normativas existentes sobre el momento de la realización de la prueba, el tipo de pruebas que están al alcance, así como los algoritmos de diagnóstico disponibles.²⁵

Los países deberían considerar la posibilidad de incorporar las pruebas de diagnóstico rápido dobles del VIH/sífilis como primera prueba en la atención prenatal, para apoyar los esfuerzos encaminados a eliminar la transmisión materno-infantil de VIH y sífilis, independientemente de la prevalencia del VIH.²⁶

Conclusiones

La ausencia de una base normativa clara y uniforme que regule la realización obligatoria-voluntaria (obligatoria para que el personal de salud la solicite-voluntaria para la mujer) de pruebas de laboratorio para la detección de sífilis en mujeres embarazadas representa un obstáculo crítico para abordar de manera efectiva esta problemática de salud pública.

Sin un marco normativo sólido que asegure el acceso universal a estas pruebas, junto con su integración formal en los sistemas de salud, será imposible garantizar el tamizaje oportuno, el tratamiento adecuado y la prevención de la transmisión vertical de sífilis.

La falta de reglamentación específica crea inconsistencias en la implementación, dificulta la asignación de recursos y perpetúa las disparidades en la atención, especialmente en poblaciones vulnerables.

Si no se establece una obligación legal que respalde y priorice el diagnóstico y seguimiento de la sífilis en el embarazo, cualquier esfuerzo para erradicar esta enfermedad será insuficiente y fragmentado.

Por lo tanto, la creación y aplicación de políticas claras y vinculantes no sólo es esencial, sino que constituye

la base indispensable para garantizar el acceso equitativo, reducir la incidencia de sífilis congénita y avanzar hacia su erradicación. Sin esta base el problema persistirá como un reflejo de fallas estructurales en el sistema de salud.

Sugerimos llevar a cabo, en todos los estados de la República Mexicana, el análisis de los resultados de estas pruebas, validar la necesidad de tres pruebas duales rápidas durante el embarazo y el VDRL único en el primer trimestre, considerando el factor económico y el gasto de recursos en un país como el nuestro, que además de

realizar las acciones pertinentes en materia de salud pública y erradicar la sífilis congénita, debería analizar el gasto ejercido en este tipo de programas, ya que probablemente haya desperdicio de recursos inadmisible, la prevención debe aplicarse a perfiles de riesgo maternos específicos.

Conflictos de interés: los autores no tienen conflictos de interés.

Financiamiento: ninguno.

Referencias

1. Lawrence, S., "Syphilis in Remington and Klein's". En *Textbook of infectious diseases of the fetus and newborn infant*, 9^a ed., p. 427.
2. McDonald, R., O'Callaghan, K., Torrone, E. et al., Vital signs: missed opportunities for preventing congenital syphilis: United States, 2022", *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2023, 72 (46).
3. Gilmour, L. y Walls, T., "Congenital syphilis. A review of global epidemiology", *Clin Microb Rev*, 2023, 36 (2): 1-12.
4. Dirección General de Epidemiología, Dirección de Vigilancia Epidemiológica en Enfermedades Transmisibles, "Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de sífilis congénita", 2021.
5. Batista, L., Machado, E., Henríques, B. et al., "Maternal and perinatal risk factors associated with congenital syphilis", *Trop Med Int Health*, 2023, 28: 442-453.
6. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, "Del expediente clínico", México, *Diario Oficial de la Federación*, 2012.
7. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, "Para la vigilancia epidemiológica", México, *Diario Oficial de la Federación*, 2013.
8. Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, "Para la prevención y control de los defectos al nacimiento", México, *Diario Oficial de la Federación*, 2014.
9. Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2014, "Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual", México, *Diario Oficial de la Federación*, 2017.
10. Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, "Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención", México, *Diario Oficial de la Federación*, 2009.
11. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, "Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio", México, *Diario Oficial de la Federación*, 2016.
12. "Atención y cuidados multidisciplinarios en el embarazo", GPC-IMSS-028-22.
13. Protocolo de atención integral, VIH. PAH-IMSS-006-20.
14. Guía para la detección cualitativa de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana y sífilis en sangre capilar, mediante prueba rápida voluntaria dual, Instituto Mexicano del Seguro Social, noviembre de 2022.
15. "Guía. Atención prenatal en medicina familiar", Gobierno de México, Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Atención Médica, Coordinación de Unidades de Primer Nivel, División de Atención Prenatal, Planificación Familiar y Control del Niño, 2023.
16. Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA-2023, "Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana", México, *Diario Oficial de la Federación*, 2023.
17. Cartilla de la mujer embarazada, Gobierno de México, Instituto Mexicano del Seguro Social.
18. Satyaputra, F., Hendry, S., Braddick, M., Sivabalan, P. y Norton, R., "The laboratory diagnosis of syphilis", *J Clin Microbiol*, 2021, 59 (10): e0010021.
19. Papp, J.R., Park, I.U., Fakile, Y., Pereira, L., Pillay, A. y Bolan, G.A., "CDC laboratory recommendations for syphilis testing, United States, 2024", *Morbidity and Mortality Weekly Report, Recomm Rep*, 2024, 73 (1): 1-32.
20. Cooper, J. y Sánchez, P., "Congenital syphilis", *Sem Perinatal*, 2018, 42 (3): 176-189.
21. World Health Organization, *WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women*, Ginebra, World Health Organization, 2017. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789241550093>.
22. World Health Organization, "Implementing the global health sector strategies on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2022-2030: report on progress and gaps 2024".
23. Workowski, B., Bachmann, L., Chan, P. et al., "Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021", *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2021, 70 (4).
24. Herrera Ortiz, A., López Gatell, H., García Cisneros, S. et al., "Congenital syphilis in Mexico. Analysis of national and international standards from the perspective of laboratory diagnosis", *Gac Med Mex*, 2019, 155: 430-438.
25. López-Gatell, H., Cortés Ortiz, M.A. y Espinosa Tamez, P., *Prevención y atención de la transmisión materno-infantil de VIH y sífilis congénita en México. Análisis y lineamientos para un plan estratégico hacia la eliminación de la TMVIHSC*, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, 2019.
26. Rodríguez, P.J., Roberts, D.A., Meisner, J., Sharma, M. et al., "Cost-effectiveness of dual maternal HIV and syphilis testing strategies in high and low HIV prevalence countries: a modelling study", *Lancet Global Health*, 2020, 9 (1): e61-e67.