



Salud

Secretaría de Salud



CONAMED

COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

TEMAS SELECTOS 2025





**Temas
Selectos
2025**

**Sífilis y Embarazo: Deficiencias
en la calidad de la atención
y sus consecuencias.**

Presentación de un caso

Impartida por el:
Dr. Mario Sergio Ortega Chávez,
*Comisionado Coahuilense de
Conciliación y Arbitraje Médico*

Viernes 04 de abril
de 10:00 a 12:00 horas
(Hora CDMX)

“Si haces daño, recibirás un castigo

¿Qué castigo?

El no haber cumplido con tu deber”.

Sentencia de Zeus

29 junio 2022. Paciente femenino de 37 años de edad, sin antecedentes de enfermedades crónicas de importancia. AGO de GIII CII con prueba positiva de embarazo y síntomas gestacionales. FUM 20/05/2022. Niega sangrado o síntomas infecciosos. Us saco gestacional único e intrauterino. Eco embrionario positivo y FCF presente. Se indican vitaminas no especificadas.

El 8 de julio 2022. Control prenatal. Refiere la paciente sangrado transvaginal. Us FCF presente y hematoma pequeño. Utrogestan 100 mg c/12 y laboratorios prenatales.

3 agosto 2022. Refiere náusea ocasional, peso de 63 kg. 121/76, no sangrado, no infección, Us probable femenino FCF normal FPP 21 febrero 2023. resultados de laboratorio pendientes. química 27 elementos, Bh, grupo y Rh, Coombs indirecto, EGO en rango normales.

VDRL positivo 1:16. Indicación del laboratorio. Cualquier resultado positivo confirmarse con método treponémico como FTA. **médico no atiende laboratorio, no Dx. No tratamiento.**

7 de septiembre 2022. Paciente con 16.1 semanas de gestación, asintomática, con peso de 64.3 kg. Ta 125/84. Us femenino aparentemente sano con FCF 138 x'. Se solicita Us estructural.

24 octubre 2022. Embarazo de 21.6 semanas. Asintomática. movimientos fetales presentes, no sangrado transvaginal ni infección. Us con PUVI femenino de 490 gr y LA normal, FCF 146 x'. Peso de 67 kg. TA 93/61.

28 de noviembre 2022. Ecocardiografía morfológica y funcional normal.

28 diciembre 2022. Paciente con 32.1 semanas de gestación, movimientos fetales activos, con un peso de 1,800 gr. FCF 146x' no se observan desprendimientos placentarios. Peso de 72.4 kg Ta 135/85, sangrado leve.

29 y 30 de diciembre 2022. Internada en centro hospitalario privado por presentar contracciones uterinas y sangrado transvaginal. Se le dan medicamentos uteroinhibidores y para maduración pulmonar fetal. Dada de alta a domicilio el día 31 de diciembre.

1º de enero 2023. Nuevamente contracciones y fuerte sangrado el día 2 de enero del 2023. Acude a hospital y es egresada con medicamentos e indicaciones.

3 enero 2023. Ingresa a las 5:16 hrs por actividad uterina refractaria 110/82 FC 82 x' Fr 16 x' Temp. 36.4 ID. Embarazo de 33 semanas de gestación + T. de parto. Cuadro doloroso intenso. ID. DPPNI.

Tratamiento: Operación cesárea

Pronóstico: Reservado

PUV de 1540 gr. lloró y respiró al nacer 7:32 hrs. líquido amniótico se reporta de aspecto verde turbio. Sangrado transoperatorio de 200 CC. pasa a UCIN por prematurez y sepsis neonatal temprana.

La recién nacida presentó lesiones dermatológicas de piel desnuda en plantas y palmas (tópicos reepitelizantes). Perfil STORCH IGM anti rubeola 0.23 (menor a 0.8) IGM toxoplasma gondii 0.20 (menor 0.8), IGM citomegalovirus 0.15 (menor a 0.7) **IGM herpes 1 y 2 + 3.5 (reactivo mayor a 1) VDRL 1:32.** BH HB 11.1 HTO.33.7% leucocitos 8,900 Lin 58% plaquetas 183, 000 PCR 14 mg.

Diagnóstico de pediatría:

Neumonía neonatal

Apnea del prematuro

Sepsis neonatal temprana

Sífilis congénita

Herpes simple.

Tratamiento: Ingreso 03/01/23

Citrato de cafeína, NCPAP (6 días de vida), Epitheliale, Eucerin Aquaport, Buprenorfina, Penicilina G Sódica Cristalina y Amikacina, Aciclovir, Sol. Endovenosas, campana cefálica. Alimentación por sonda. Valorada por Cardiopediatría por inmadurez e infectología pediátrica.

Egreso: 13/01/23

Pendientes: Aciclovir cumplir esquema de 21 días, valoración por Oftalmología, Neuropediatría, toma de Rx de huesos largos, controles de VDRL, estudios de imagen para evaluar proceso neumónico, seguimiento de laboratorio. Monitorización en cuna radiante.



Ingreso 13/01/2023. Egreso 21/03/2023

Diagnósticos de ingreso:

RNPT 31 SDG

Síndrome de Distress Respiratorio

Sepsis Neonatal Temprana

Sífilis Congénita

Infección por VHS

Lesiones Dermatológicas Secundarias.

Sífilis

La sífilis, es un parásito obligado del hombre, no se conoce un reservorio animal.

El primer individuo del género homo diagnosticado de treponematosis, es un fósil de homo erectus de hace 1.6 millones de años, sin embargo, no se han identificado restos humanos enfermos anteriores a 15,000 años. Estudios evolutivos basados en una aparición tan temprana dan resultados poco probables. Se cree que el fósil del homo erectus estuvo afectado por una cepa no relacionada con las actuales.

Algunos documentos históricos apoyan que la sífilis llegó a Europa desde América.

Gonzalo Fernández de Oviedo. "Historia General y Natural de las Indias".

Bartolomé de las Casas. "Historia de Indias".

El médico Ruy Díaz de Isla "Tratado Contra el Mal Serpentino".

Girolamo Francastoro "Syphilidis Sive de Morbo Gallico Libri III".

Tradicionalmente se considera que en Europa, la sífilis apareció en forma de epidemia en 1494 y su expansión se vio propiciada por el asedio de Nápoles de 1495.

En esa ocasión un grupo de 800 prostitutas se sumaron a las tropas francesas entre los ejércitos y la población y contribuyó a diseminar la sífilis que se denominó "Morbus Gallicus"; mientras que los franceses le denominaron "Mal Napolitain o enfermedad de Nápoles". Posteriormente migrando a varios países de Europa y al resto del mundo.

Los paleopatólogos modernos, que apoyan el origen americano sostienen que los restos óseos encontrados en Europa con posibles signos de sífilis no son una prueba concluyente y proponen una modificación de la hipótesis Colombina y que fue una forma no venérea de la sífilis que evolucionó rápidamente a una enfermedad de transmisión sexual para adaptarse a las condiciones del viejo mundo.

En México, la sífilis es un padecimiento sujeto a vigilancia epidemiológica nacional de notificación obligatoria e inmediata conforme a la Ley General de Salud en su Artículo 3º en materia de salubridad general: XV. La prevención y el control de enfermedades trasmisibles.

Cap. I disposiciones comunes.

Art.133

Fracciones I, II.

Cap. II enfermedades transmisibles

Art.134

VIII. Sífilis, Infecciones gonocócicas, Virus del Papiloma humano y otras enfermedades de transmisión sexual.

Art. 135; Art. 136 I, II, III, IV; Art. 137; Art.138; Art. 139 I, II, III, IV, V. VI, VII, VIII; Art. 140.

NOM-007-SSA2-2016

NOM-010-SSA2-2018 (5.13;15.14;15.159; 6.3.4.2)

NOM-017-SSA-2012 (7.12.7.14.54; 12.6.3.3)

NOM-034-SSA-2013

NOM-039-SSA2-2014 (7.4.5; 7.4.5.1; > 7.4.5.7.1)

NOM-046-SSA-2005

NOM-253-SSA-1-2012 (6.10.6.3; 6.10.6.3.4; 9.4.9;
4.9.1.; 9.4.9.2).

La sífilis, es una enfermedad de transmisión sexual adquirida por contacto directo con una lesión activa, por transfusión sanguínea??? o por vía vertical. La infección puede transmitirse al feto en cualquier momento del embarazo.

En México, desde el año 2000 al 2021 se reportaron un total de 2,622 casos de sífilis congénita.

Es un padecimiento sujeto a una estricta vigilancia epidemiológica y de notificación inmediata.

La sífilis o lúes, causada por el *treponema pallidum* es una espiroqueta gram negativo.

Se adhiere a las células epiteliales donde comienza su replicación y se disemina a través del sistema linfático y en el torrente sanguíneo penetrando la barrera hematoencefálica hasta en el 40% de las personas con sífilis.

Clínicamente la sífilis se divide en una serie de etapas:

- a. Fase de incubación
- b. Sífilis primaria
- c. Secundaria
- d. Latente
- e. Tardía o terciaria
- f. Neurosífilis

Exámenes de Laboratorio

Se debe solicitar una prueba no treponémica VDR, RPR a toda mujer embarazada cuando inicia su control prenatal, sin importar la edad gestacional.

Si la prueba inicial es negativa debe repetirse a las 28 semanas o al inicio del tercer trimestre. Durante este período, el tratamiento materno aún puede ser efectivo para prevenir la SC.

Hay dos tipos de pruebas en suero o plasma:

Inespecífica (no treponémica): **VDRL** (Venereal Disease Research Laboratory) y la prueba rápida **RPR** (reaginina rápida en plasma).

Específica (treponémica): **FTA-ABS** (anticuerpos treponémicos fluorescentes absorbidos reactivos) y **MHA-TP** (micro aglutinación anticuerpos a treponema pallidum).

En todas las madres en las que haya una prueba de VDRL o RPR positiva, intencionalmente se debe buscar lesiones de la sífilis primaria, como el chancro en los genitales y adenopatías.

Así como una lesión secundaria, que afecte principalmente la piel, con el fin de clasificar el estadio de la enfermedad.

Madres Positivas VDRL

Al momento del parto siempre debe realizarse otra serología y no debe autorizarse el egreso hospitalario del binomio madre e hijo sin conocer el resultado (NOM-039-SSA2-2014).

Es muy recomendable que ante la eventualidad del aborto por muerte fetal se realice un examen no treponémico a la madre y al aborto o al feto.

La sífilis, es una infección congénita grave, pero prevenible, que puede eliminarse mediante la detección oportuna y el tratamiento adecuado de las mujeres embarazadas con sífilis.

El riesgo de que el feto sufra efectos perjudiciales es mínimo cuando la madre recibe el tratamiento adecuado en las primeras fases de la gestación (de ser posible antes del segundo trimestre).

Sífilis Gestacional

Mujer Gestante, puérpera o con aborto reciente que tenga al menos una prueba no treponémica (VDRL O RPR) positiva con títulos iguales o mayores a 1:8 diluciones o en menos diluciones (1:2 o 1:4) siempre que tenga una prueba treponémica (FTA-ABS O TPH) positiva.

Sífilis Congénita

Dependiendo del período de aparición de la sintomatología, se clasifica en:

Temprana (antes de los dos años de vida).

Tardía (después de dos años de vida).

La mayoría de los recién nacidos con sífilis congénita son asintomáticos al nacer (60-90%).

La sífilis es la primera causa mundial de muerte fetal con más de 212,000 casos anuales.

Sífilis Congénita Temprana

El R.N. puede presentar bajo peso al nacer, congestión nasal, lesiones mucocutáneas, hepatoesplenomegalia con PFH alteradas, hiperbilirrubinemia, linfadenopatía, rinitis, rash maculopapular palmas y plantas, vesículas, descamación, coriorretinitis, glaucoma, opacidad de la córnea y ceguera.

Sífilis Congénita Tardía

La sintomatología se presenta sólo en el 2-3% de los enfermos, son secuelas que padecen después de los dos años de edad en los casos sin tratamiento.

Frente olímpica, nariz en silla de montar, mandíbula prominente, tibias en forma de sable, sinovitis, queratitis intersticial (fotofobia, dolor, visión borrosa, hiperemia conjuntival, miosis y vascularización de la córnea).

Compatible con Sífilis Congénita

Aborto, mortinato o nacido vivo de madre con sífilis gestacional sin tratamiento o tratamiento inadecuado, independientemente de que el producto presente o no signos de enfermedad o del resultado de las pruebas no treponémicas.

Caso Probable de Sífilis Congénita

Todo recién nacido con una prueba no treponémica (VDRL o RPR) o treponémica (Elisa, TPPA) positiva, independientemente del antecedente materno, y/o con manifestaciones clínicas sugestivas de s.c.

Caso Confirmado de Sífilis Congénita

Un título de RPR o VDRL que es cuatro veces más alto que el título materno sugiere sífilis congénita.

Tratamiento

- S. Primaria: PGB 2.4 Millones De Unidades IM D.U.
- S. Secundaria: PGB 2.4 millones de unidades IM c/semana por tres semanas.
- S. Embarazo: PGB 2.4 millones UI I.M. D.U. o penicilina g procaínica 1.2 millones de UI I.M./día por 10-14 días.

Sífilis Congénita

RN de Madres no tratadas correctamente.

Penicilina G Sódica cristalina 200,00 a 300,00 UI/KG/día en cuatro dosis (cada 6 hrs)/10 días.

Penicilina G Procaínica 50,000 UI/KG IM diario por 10 días.

Penicilina G Benzatínica 50,000 UI/KG IM dosis única.

Sífilis Latente solo por Laboratorio

Latente temprana menos de un año.

Latente tardía más de un año.

Latente primaria temprana es de 40%.

Latente tardía menos del 10%.

La posibilidad de transmisión de sífilis no tratada se aproxima al 100% con un porcentaje del 40% de muerte fetal en R.N. infectados.

Conclusión

La prueba de tamizaje para VIH y sífilis se debe realizar en las primeras 12 semanas de gestación 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.

A las mujeres que no se sometieron a tamizaje en las etapas tempranas del embarazo, se puede realizar el mismo antes del parto o en el post parto inmediato.

La infección puede transmitirse en el embarazo desde la novena semana, pero generalmente sucede después de la 16ava. La ausencia del tratamiento adecuado durante el embarazo, conduce a resultados adversos como la muerte fetal tardía, prematuridad y muerte neonatal, bajo peso al nacer y S.C.



Se conoce como la Lex Artis Médica o Estado del Arte Médico, al conjunto de normas o criterios valorativos que el médico, en posesión de conocimientos, habilidades destrezas, debe aplicar en una situación concreta de un enfermo, y que han sido aceptado universalmente por sus pares.

La responsabilidad médica profesional, es el resultado de mala praxis médica, la cuál puede deberse a negligencia, impericia o imprudencia.

De acuerdo al expediente clínico, de la paciente no existe alguna nota de haber comentado el resultado del VDRL, de hacer el diagnóstico, de confirmarlo con RPR o pruebas treponémicas, de un seguimiento de la enfermedad y menos de establecer el tratamiento oportuno y adecuado.

El médico incumple con la obligación de informar a la paciente del proceso infeccioso que presenta y de los riesgos que puede asumir en la evolución de su embarazo. de hacer notificación oportuna a las autoridades sanitarias correspondientes.

Existiendo una negligencia y una "Impericia Escrita", es clara la trasgresión a la Lex Artis Médica, por no actuar en forma profesional y adecuada.

A toda mujer embarazada se le debe realizar la prueba VDRL O RPR (inespecíficas no treponémicas).

FTA-ABA y MHA-TP (específicas treponémicas). El diagnóstico presuntivo de la enfermedad exige al menos uno de esos dos tipos positivos.

Si la prueba inicial es negativa, debe repetirse a las 28 semanas o al inicio del tercer trimestre del embarazo.

Durante este período, el tratamiento materno adecuado puede ser adecuado para prevenir la sífilis congénita. al momento del parto debe realizarse otra serología.

La Sífilis, es una infección congénita grave pero prevenible, se puede eliminar mediante la detección oportuna y el tratamiento adecuado a las mujeres embarazadas con sífilis.

No se valoró los resultados de laboratorio solicitados, por lo que quedó incompleto el protocolo de estudio para prescindir o confirmar la presencia de sífilis en la paciente y, consecuentemente la sífilis congénita en la R.N. (si se realizó el citado estudio, pero, no fue valorado por el médico tratante 3.VIII.2023).

El no establecer nota de apreciación, seguimiento y tratamiento ante dicho resultado, se incurrió en una grave omisión en la atención prenatal.

La detección de la sífilis, tiene varios momentos claves para poder evitarla o tratarla y que no se de la trasmisión congénita. cuando se realiza durante el parto, o posterior al parto como consecuencias de manifestaciones clínicas en el R.N. entonces se puede hablar de fallas en varios eslabones como son promoción, prevención y detección oportuna.

Establecimiento de una responsabilidad civil profesional de mala práctica médica por negligencia, al haber incurrido en omisión al no haber completado los estudios para descartar o confirmar la presencia de sífilis en el embarazo generando sífilis congénita presentada en la R.N. ocasionando un daño.

Negligencia por omisión al no haber hecho el DX y, por lo tanto, el tratamiento oportuno de sífilis en el embarazo. Dicha omisión fue causa determinante para el desarrollo de sífilis congénita en la R.N.

Resuelve

La Comisión Coahuilense de Conciliación y Arbitraje Médico, actuando como vía arbitral para resolver sobre el fondo del presente asunto, lo declara PROCEDENTE.



"Debemos hacer todo lo posible para evitar los errores y, precisamente por eso, hemos de recordar lo que cuesta evitarlos y que nadie lo consigue completamente".

Karl Popper



GRACIAS POR SU ATENCIÓN