

SIFILIS

Detección de anticuerpos para *Treponema pallidum*
en Familias que viven en el basurero
de la zona 3)

HAIDA NOEMI MENDOZA ARRIAGA

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

	CONTENIDO	PAGINA
I.	INTRODUCCION	1
II.	DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III	JUSTIFICACION	3
IV	OBJETIVOS	4
V	REVISION BIBLIOGRAFICA	5
VI	METODOLOGIA	26
VII.	PRESENTACION DE RESULTADOS	32
VIII.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	42
IX.	CONCLUSIONES	45
X.	RECOMENDACIONES	46
XI.	RESUMEN	47
XII.	BIBLIOGRAFIA	48
XIII.	ANEXO I	51
	ANEXO II	54

I. INTRODUCCION

La Sífilis, es una enfermedad sistémica producida por la espiroqueta del *Treponema Pallidum*, con excepción de su forma congénita se adquiere casi exclusivamente por contacto íntimo; teniendo mayor incidencia entre los 20-24 años, le siguen los intervalos de 25 -29 años y 15-19 años y su mayor prevalencia en grupos de nivel educativo y socioeconómico bajo; evidenciando mayor riesgo en el grupo que tienen múltiples compañeros sexuales y homosexuales.

Considerando a la Sífilis entre el grupo de las principales enfermedades de transmisión sexual y sabiendo que en Guatemala existen áreas marginales en las cuales las condiciones de vida son precarias; los predispone a enfrentar una serie de limitaciones económicas, sociales, educacionales y de salud; por lo que es de interés realizar este estudio con las familias que viven en el basurero de la zona 3, ya que sus condiciones de vida los hace vulnerables a cualquier enfermedad.

Se encuestaron 59 familias, quienes son beneficiadas por la Casa del Alfarero, de quienes se obtuvieron 129 muestras serológicas para la detección de anticuerpos; las que se procesaron en el Laboratorio Multidisciplinario de la Facultad de Ciencias Medicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala; las cuales fueron VDRL Negativos.

No se encontró ningún caso VDRL positivo y en la historia una paciente refirió haber tenido Sífilis en el pasado; por lo que se concluyó que la prevalencia de Sífilis por antecedentes es de 0.6%, sin encontrar casos nuevos.

Por lo que esperamos que la presente información sea de beneficio para la Casa del Alfarero y los pobladores del basurero de la zona 3.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

Sífilis es una enfermedad infecciosa sistémica causada por *Treponema pallidum*, por lo general es transmitido sexualmente por otro sujeto infectado. Normalmente no se producen síntomas importantes, ni en la fase del chancro primario, ni en la fase secundaria por lo que posteriormente la enfermedad entra en un período de latencia que duran años o décadas y que en su fase terciaria cursa con lesiones graves. El comportamiento epidemiológico de esta enfermedad involucra a todos los patrones culturales manifestándose con mayor gravedad entre los grupos sociales económicos bajos, quienes por sus características precarias de desarrollo se tornan en un grupo altamente vulnerables. Es por esto que el estudio constituyó un grupo de 50 familias beneficiadas por el Ministerio Casa del Alfarero; en los cuales se buscó la presencia de anticuerpos contra *Treponema pallidum* (T. Pallidum), por medio del Venereal Disease Research Laboratory (VDRL); como no hubo ningún caso positivo para VDRL no se realizó la prueba de FTA-ABS.

III. JUSTIFICACION

En Guatemala existen áreas marginales en las cuales las condiciones de vida son precarias, lo que los predispone a enfrentar una serie de limitaciones económicas, sociales, educacionales y de salud; generando modos de vida tales como abuso sexual, maltrato infantil, desintegración familiar, alcoholismo, drogadicción y promiscuidad. Estas características de vida conlleva a padecer múltiples enfermedades entre las cuales figuran las de transmisión sexual. Una de ellas es la Sífilis que es endémica a nivel mundial y en Guatemala se registra un promedio anual de 597 casos, según el boletín epidemiológico anual de agosto de 1996, con una tasa de letalidad de 2.6%. Ver. anexos

Esto evidencia que la Sífilis prevalece y que es necesario realizar estudios en grupos de riesgo como las familias que son beneficiadas por Casa del Alfarero, para poder así orientar y educar a la población para prevenir las enfermedades de transmisión sexual.

IV. OBJETIVOS

GENERALES:

- Detectar la prevalencia de Sífilis en las familias que son beneficiadas por el Ministerio "Casa del Alfarero".

ESPECIFICOS:

- Determinar Anticuerpos Inespecíficos (VDRL), en las familias que son beneficiadas por el Ministerio "Casa del Alfarero".
- Confirmar la seropositividad del VDRL, por medio de Absorción de Anticuerpos Fluorescentes contra el Treponema (FTA-ABS).
- Detectar prácticas y hábitos sexuales que los llevan a contraer enfermedades venéreas.
- Capacitar en forma ilustrativa y consejería a las familias que resulten con prueba seropositiva o negativa, en enfermedades de transmisión sexual.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA FAMILIA

La familia es un conjunto de personas que conviven en un mismo techo o en un mismo domicilio, sirviendo la casa como un punto localizado de sus actividades y su vida. El concepto propio de familia que es una rúbrica que une a los individuos que llevan la misma sangre. Cualquiera que sea el concepto, la familia tiene mucha importancia como núcleo de toda sociedad. (18)

Por otro lado, el comportamiento de las personas dentro de la sociedad está determinado por una serie de valores, normas, ideas y concepciones que es inculcado a través de los aspectos ideológicos de la sociedad, siendo uno de ellos la familia que juega un papel fundamental en la educación en los primeros años de la vida, enseñando valores y normas que conforman la ideología dominante de nuestra sociedad. Pero muchas veces la familia se desintegra por causas como fallecimiento de uno de los padres, abandono o divorcio de cualquiera de los dos, presencia de madrastra o padrastro en el hogar con quienes los hijos tienen malas relaciones asociadas a un nivel socioeconómico bajo que limita la satisfacción de sus necesidades básicas y la falta de fuentes de trabajo, tanto para ellos como para sus padres, influyendo todo esto en una deficiente estructura familiar. (17,19,20)

Además de lo anterior, la explotación de que son objeto al devengar un salario muy bajo que les permita satisfacer sus necesidades básicas y caen muchas veces en ambientes inadecuados, donde se relacionan con personas que influyen negativamente en el caso de muchas mujeres que carecen de medios económicos para el sostenimiento de ella, sus hijos y hasta parientes cercanos, son incitadas a ejercer el comercio sexual, las cuales posiblemente

vienen de hogares desintegrados, padres alcohólicos o con un nivel educacional deficiente. Lo que los induce a buscar trabajos que aunados con sus características personales encuentran con pocos salarios y buscando la manera de satisfacer todas sus necesidades; terminan unos comercializando su cuerpo, otros como las familias que viven en el basurero de la zona 3, pasan la mayor parte del día dentro de montañas de podredumbre, donde el ambiente apesta. Sus trajes están rotos y sus rostros tiznados; recogiendo material reciclable como papel, vidrio, aluminio, metales y plástico. Este modo de vida los lleva a padecer múltiples enfermedades que los hace pertenecer a grupos de riesgo principalmente en las enfermedades de transmisión sexual dentro de las cuales se hace énfasis a la Sífilis.

MENORES EN ESTRATEGIAS DE SOBREVIVENCIA

Son menores que están en la calle, que para efecto de atender sus necesidades básicas y la de su grupo familiar, participan en la actividad económica, indirecta o marginal. (28)

Se refieren a menores que mantienen el vínculo familiar, generan ingresos en respuesta a situaciones socialmente impuestas dentro de la actividad económica formal, informal o marginal; esta actividad se desarrolla en la calle, fuera del núcleo familiar a tiempo total o parcial, pueden o no percibir remuneración por el trabajo o labor desarrollada, que pueda ser en dinero, especie o servicios, la cual es destinada para el mismo menor, para el grupo familiar o terceras personas. (23,28)

En Guatemala, la existencia del menor trabajador es un fenómeno real, como consecuencia de la situación de pobreza y marginación de los hogares de origen. Es un indicador de la desigual distribución de la riqueza, ya que para la subsistencia de ellos y su grupo familiar, los menores deben de generar ingresos. (17,20,23,28)

Se definen tres subcategorías de menores:

- a) Trabajadores en el sector formal: Trabajan en empresas y organizaciones que deben gozar de prestaciones laborales comprendidos entre los 14 y 18 años, en Guatemala se emplean niños a partir de 6 a 7 años, sin goce de prestaciones. (28)

- b) Trabajadores en el sector informal: Su situación familiar es de pobreza, que en forma dependiente e independiente trabajan en condiciones de extrema dificultad, sin protección laboral, discriminados salarialmente sin horario ni condiciones de seguridad.

Por ejemplo; vendedores, ayudante de taller, lustradores, servicios de limpieza, recolectores de basura, etc. (19,20,23,28)

- c) Menores en actividades marginales de ingreso: Son los que realizan actividades no estrictamente laborales, con la finalidad de obtener ingresos para su sobrevivencia. (28)

RESPUESTA INSTITUCIONAL:

No existen en Guatemala programas y políticas orientadas a proporcionar en forma preferente capacitación laboral en oficios y luego trabajo a los menores, en el caso de los que laboran en el sector formal, que por su edad y nivel de escolaridad, son objeto de violación de sus derechos laborales. Aún el sistema de seguridad no cubre a los trabajadores menores, debido a que la mayoría de los casos no son declarados. En situación de desventaja se encuentran los menores trabajadores del Sector Informal. (19,28)

El ministerio de trabajo y previsión social cuenta con dependencia para el control de trabajo, pero en el caso de los menores, no ha tenido significación. El apoyo de algunos programas de capacitación para trabajadores menores pobres contribuye a aportar factores positivos, pero no resuelve el problema a pesar de los esfuerzos de las ONGs. (19,20,28)

Dentro de los menores en circunstancias especialmente difíciles constituyen una especie de producto de una situación social sin contar con ellos, y que al no ser reconocidos como fruto de las contradicciones de la organización económico social, se les persigue, se le margina, y reciben la etiqueta de delincuentes o inadaptados sociales en vez de proveerles de lo que la sociedad les

ha negado; salud, alimentación, educación, amor y respeto. Esta confusión se debe a que en altos porcentajes involucran en actividades marginales de ingreso. (20,28)

Se tiene evidencia que la menor está más expuesta a riesgos de explotación debido a la discriminación cultural, dentro de las decisiones del hogar (la mujer a la cocina y el hombre a trabajar y prepararse). Lo que implica que la menor salga a la calle a realizar ocupaciones que son una extensión del trabajo del hogar y en ella, sujeta a riesgo de la explotación sexual, debida a su no calificación que le permita realizar otra actividad. (20,28)

El ministerio "Casa del Alfarero" es una asociación Cristiana Evangélica, no lucrativa que se sostiene a base de donaciones. Sirve a la gente que vive y trabaja en el basurero de la zona 3 de la ciudad de Guatemala, ayudando y enseñando a las personas a que se valgan por sí mismos. Esta organización inició en 1986 por Lisbeth Piedrasanta y Gladys Acuña. (27)

Para ello se desarrollan programas en las siguientes áreas: Vida Cristiana, Educación, Salud, Social, Económico y Asistencial. (27)

En Guatemala se describen áreas de mayor precariedad dentro de las cuales se encuentra el área de la zona 3, con un índice de precariedad de 3.85. y se creó en 1953 a 1954. Actualmente cuenta con 62 familias que viven en condiciones infrahumanas, por la misma razón se creó el Ministerio "La Casa del Alfarero" como ayuda a estas familias en diferentes situaciones. (28)

La palabra Sífilis deriva del latín, de un poema titulado: Syphilis Silve Morbus Gallicus, escrito en el siglo XVI, por un médico llamado Fracastoro. Este poema, Sífilis era el nombre de un héroe pastor que resultó castigado porque levantó altares prohibidos en las montañas. (3,22)

El aparecimiento de la Sífilis en Europa, alrededor del año del siglo XV; presumiblemente tuvo conexión con el descubrimiento de América, ya que el inicio de ésta se dio poco después del regreso de Colón de la Antillas, dando con esto origen a la Teoría Colombina, la cual sostiene que la enfermedad fue importada hacia una población no inmune, por los marinos que regresaban. (22)

Existiendo también la Teoría Pre-colombina, la cual afirma que la Sífilis había estado presente en Europa con anterioridad al viaje de Colón, pero no fue reconocida probablemente por confundirse con otras enfermedades, (posiblemente Lepra). (3,22)

Sífilis y Gonorrea estaban consideradas como la misma enfermedad, debido a los experimentos realizados por John Hunter en el siglo XVII, quien se inoculó pus de un paciente con gonorrea, sufriendo después gonorrea y Sífilis, siendo mortal posteriormente para éste, llegando así a la conclusión de que eran dos entidades diferentes, y en 1839 se hizo una diferenciación clara entre Sífilis y Gonorrea, por Phillippe Ricord, mostrando experimentos por inoculación en hombres. (3,22)

En 1903 comenzó una rápida serie de importantes adelantos al lograrse la inoculación de Sífilis en primates por Metchikoff y Powe. En 1905, Hoffman y Schaudin aislaron la Espiroqueta pallida y en ese mismo año, Karl Reuter descubrió por primera vez el *Treponema Pallidum* en una aorta con Sífilis, usando el campo obscuro.

En 1906 los principios de fijación del complemento demostrados por Jules Bordet y Octave Gougeon, son aplicados por Agust Wasserman para estudiar el suero de pacientes. (22)

En 1908 Salvarsan reemplazó los tratamientos dados previamente con Mercurio, el que introdujo en la terapia en 1947, cuyo uso prolongado presentaba muchas vicisitudes con la excepción del Potasio Yodado, que fue el único tratamiento eficaz, hasta que Ehrlich introdujo Arsenicales en la práctica clínica en 1910, llamándosele la Bala Mágica. Las sales de Bismuto también fueron beneficiosas y se usaron con frecuencia en combinaciones con los arsenicales durante la primera y segunda guerra mundial. (3,22)

En 1943 se introdujo la Penicilina para el tratamiento de Sífilis por Sir Alexander Fleming, su descubridor, y hasta la fecha ha sido el tratamiento de elección. (18)

DEFINICION

Infección venérea, producida por la espiroqueta *Treponema Pallidum*, que normalmente se transmite por contacto sexual y se caracteriza por distintos estadios o efectos en un período de años. Puede afectar a cualquier órgano o sistema. La espiroqueta puede atravesar la placenta humana provocando Sífilis congénita. (2,11,18)

ETIOLOGIA

Estos microorganismos, son espirales delgadas que miden alrededor de 0.2 micras de ancho y 5 a 15 micras de largo; las vueltas de espirales están espaciadas regularmente unas de otras a una distancia de una micra. (9,29)

Tienen movimiento característico debido a que alrededor de su núcleo protoplasmático central, está enrollado un haz de tres a cuatro fibrillas axiales, que le proporciona al músculo esta movilidad, rotando constantemente sobre flagelos agrupados en haces; generalmente el eje mayor de la espiral es recto, pero algunas veces pueden encurvase en tal forma que el organismo forma por momentos un círculo completo, retornado luego a su posición normal recta. Se diferencia con las espiroquetas no patógenas por sus estructuras y movimientos. (2,9)

La Espiroqueta Pallida no puede ser cultivada en medio artificial, por lo que se requieren células vivientes para esto. La mitosis se da alrededor de 30 horas lo cual explica el largo tiempo de incubación de la enfermedad y lo necesario para su tratamiento prolongado, en vista de esto las espiroquetas son susceptibles a los antibióticos solamente durante la mitosis. (9,29,31)

Las Espiroquetas sobreviven fuera del torrente sanguíneo solamente por 5 horas, pero son viables en transfusiones preservadas a 4 grados centígrados durante 72 horas. Mueren con elevaciones de la temperatura a 42 grados centígrados o sea el calentamiento por encima de la temperatura corporal; este hecho constituía en parte, las bases para la terapia febril de la Sífilis. También es muy susceptible a los antisépticos por muy ligeros que éstos sean. (2,9)

PATOGENIA Y RESPUESTA DEL HUESPED

El *Treponema Pallidum* puede penetrar la mucosa normal y también a través de abrasiones menores de las superficies epiteliales. Se considera una enfermedad sistémica debido a que se han evidenciado casos de Sífilis en donadores de sangre en período de incubación.

Sin embargo, las primeras lesiones aparecen en el sitio de inoculación primaria implantándose grandes números de espiroquetas. La multiplicación del microorganismo es muy lenta, con un tiempo de división cercano a 33 horas; lo que explica la naturaleza prolongada de la enfermedad y el período de incubación también bastante largo. (9,29,30)

La membrana externa del *Treponema pallidum* (*T. Pallidum*), tiene similitud estructural con la de bacterias gramnegativas, no hay endotoxinas con actividad biológica y pueden adherirse de manera específica a las células del huésped.

La lesión patológica primaria es una endarteritis focal. Hay incremento en el número de células de la capa adventicia, obliteración endotelial y presencia de reacción inflamatoria alrededor de los vasos afectados. Linfocitos, células plasmáticas y monocitos predominan en la lesión inflamatoria, en algunos casos se observan también células polimorfonucleares. Es frecuente que la luz del vaso se obstruya. La cicatrización se acompaña de fibrosis considerable. Los treponemas suelen observarse en las lesiones iniciales de la Sífilis y en algunas lesiones tardías, como las de la meningoencefalitis o paresia general. (9)

La inoculación intracutánea y antígenos con purificación parcial de *T. Pallidum* en pacientes con Sífilis en diversas etapas, muestra que surge hipersensibilidad celular tardía sólo en la Sífilis secundaria avanzada, mientras está presente de manera invariable en la Sífilis latente. Es factible que haya hiporrespuesta transitoria de linfocitos contra los antígenos de treponema en pacientes con Sífilis primaria y secundaria. El huésped responde a la infección con la formación de anticuerpos numerosos, además en algunos casos se forman complejos inmunitarios y circulantes. Se identifica el síndrome nefrótico en algunos casos de Sífilis secundaria y las

biopsias renales de tales pacientes muestran glomerulonefritis membranosa que se caracteriza por depósitos focales en la membrana basal subepitelial. Estos depósitos contienen IgG, el componente C3 del complemento y anticuerpos antitreponema. (9)

EPIDEMIOLOGIA

Considerando a la Sífilis entre el grupo de las principales enfermedades de transmisión sexual, se puede decir en general, que ésta depende de un delicado equilibrio entre las infecciones provocadas por el conjunto de los portadores asintomáticos y las infecciones secundarias que de ellas se derivan. La Sífilis, con excepción de su forma congénita, se adquiere casi de manera exclusiva por contacto íntimo con las lesiones infecciosas de las Sífilis primarias o secundaria (chancro, placas mucosas). Es usual que esto ocurra durante el coito, incluidos el anogenital y bucogenital. También puede presentarse la enfermedad por medio de transfusiones sanguíneas, fomites contaminados, infección intraútero, dándose éstas con poca frecuencia. (3)

X Tiene mayor incidencia entre los 20 a 24 años de edad, le siguen los períodos de 25 a 29 años y 15 a 19 años y su mayor prevalencia en grupos de nivel educativo y socio-económico bajo; evidenciando mayor riesgo en el grupo que tienen diferentes compañeros sexuales y homosexuales. (3,22,26)

En países de Latinoamérica y Estados Unidos se ha detectado a grupos de personas que están en alto riesgo de contraer dicha enfermedad como lo son los homosexuales, bisexuales, reclutas militares, presidiarios, personal de salud que trabaja con sueros o lesiones sifilíticas y personas que ingresan al hospital.

En Guatemala debido a un deficiente control epidemiológico, poca o ninguna búsqueda de contactos sifilíticos, falta de información de enfermedades de transmisión sexual a todo nivel de enseñanza media y diversificado, por lo que se puede evidenciar el comportamiento de la Sífilis según tasas publicadas en el Boletín Epidemiológico Nacional de agosto de 1996; de la siguiente manera: en el año 1989 11.6%; 1990 10.2%; 1991 7.1%; 1992 4.6179%; 1993 6.08%; 1994 2.98% y 1995 2.56%. (16,26)

CLASIFICACION

La Sífilis se puede clasificar según el tiempo y la forma como contraer la infección en adquirida y congénita.

La Sífilis adquirida se reclasifica en :

- Primaria
- Secundaria
- Latente
- Terciaria o Sífilis tardía

La Sífilis adquirida, se transmite por contacto sexual de una persona previamente infectada y según sus manifestaciones clínicas se presenta:

a) SÍFILIS PRIMARIA

La lesión característica es el chancro; que es una ulcera indurada de más o menos 10 cms, la cual se manifiesta unos pocos días. Esta aparece de 2 a 6 semanas después de inoculado el microorganismo. Las induraciones se caracterizan por ser indoloras; linfadenopatía regional e indolora. Los chancros desaparecen sin tratamiento de 6 a 8 semanas.

b) SÍFILIS SECUNDARIA

Las manifestaciones secundarias pueden aparecer de 2 a 12 semanas más tarde del apareamiento del chancro primario. Las infecciones secundarias aparecen después de la infección primaria sin tratamiento. (9,29,30,31)

c) SÍFILIS RECURRENTE

Es una Sífilis secundaria que no ha sido diagnosticada o que ha sido mal tratada, con la excepción que no es asintomática, puede ser fulminante y llevar a la muerte.

c) SÍFILIS LATENTE

Se caracteriza por no presentar sintomatología clínica, haciendo diagnóstico al encontrar positiva una prueba específica normal de LCR.

El *Treponema Pallidum* todavía puede invadir en forma intermitente la corriente sanguínea, durante esta etapa las mujeres embarazadas con sífilis latente pueden infectar al feto in-útero y se ha transmitido la sífilis por transfusión a partir de pacientes con sífilis latente de muchos años de duración.

Existe sífilis latente temprana, la cual comprende los dos primeros años después de la infección, durante la cual puede ocurrir una recaída de lesiones mucocutáneas. La sífilis tardía se inicia dos años después en el paciente no tratado, hasta encontrar síntomas terciarios. Ha disminuido la sífilis latente debido a la introducción de la penicilina para enfermedades infecciosas agudas, la cual puede ser curativa dependiendo de los mecanismos inmunes del paciente.

d) SÍFILIS TERCIARIA

Las manifestaciones se presentan desde benignas como cambios en la piel y huesos, hasta malignas que afectan sistemas cardiovascular y Sistema Nervioso Central; esta es muy rara.

Los síntomas terciarios los desarrollan solamente una tercera parte de los pacientes no tratados y no inician manifestaciones tempranas de 10 a 15 años después de la infección. Se divide en Sífilis benigna tardía, la cual se caracteriza por lesión granulomatosa necrótica y una endoartritis obliterante de los pequeños vasos, denominándosele a ésta lesión Goma; Sífilis cardiovascular, aórticos, involucrado válvulas aórticas dando como resultado una insuficiencia aórtica; neurosífilis, la cual se puede dividir en asintomática, cuando existen pruebas de LCR positivas para VDRL, sin que existan signos y síntomas de la enfermedad neurológica y sintomática cuando incluye Tabes Dorsal o una Sífilis meningovascular produciendo una paresia general. (9)

SÍFILIS CONGENITA ✕

Es transmitida al feto por vía transplacentaria a través de las vellosidades coriales después de la 18 ava. Semana de embarazo, porque antes la barrera formada por las células de Langhans lo impide. Sin embargo algunos datos recientes muestran que pueden descubrirse espiroquetas en fetos abortados hasta de nueve a diez semanas de gestación. (21)

La infección en el feto puede causar muerte fetal intra-útero, aborto, parto prematuro, disminución del crecimiento intrauterino o muerte neonatal.

Puede clasificarse en: a) Sífilis Congénita Temprana y b) Sífilis Congénita Tardía.

a) Sífilis Congénita Temprana: Se observa en el período perinatal, pero puede desarrollarse hasta dar de alta al lactante en el hospital.

Las manifestaciones más características son: Hepatoesplenomegalia, rinitis serosanguinolenta, lesiones mucocutáneas (por lo general inicia con una erupción vesicular

ampollosa y un exantema maculopapular eritematoso, aunque presenta diversas morfologías), anormalidades óseas, bajo peso, ictericia, inquietud e irritabilidad, pseudoparálisis de Parrot, dactilitis sifilítica, síndrome nefrótico, gastroenteritis, peritonitis, pancreatitis, neumonía, glaucoma, corioretinitis, hidropesía no inmunitaria y masas testiculares.(1,21)

b) Sífilis Congénita Tardía: Se considera como manifestaciones que aparecen después de los dos años o cuatro años de edad, en época de la segunda dentición o la pubertad. Y esta se debe primordialmente a la inflamación crónica de los huesos, dientes y el sistema nervioso central. Las alteraciones esqueléticas debidas a periostitis persistente o recurrente y engrosamiento asociado del hueso son: abombamiento frontal, una prominencia ósea de la frente (frente olímpica); engrosamiento uni o bilateral de la porción esternoclavicular de la clavícula (signo de Higoumenakis); un arqueamiento anterior de la porción media de la tibia (espinillas en sable); y escápula escafoidea, una convexidad a lo largo de su borde medial.

Las anomalías dentales son frecuentes y consisten en: 1) dientes de Hutchinson, que son: los incisivos centrales superiores con forma de estaquilla o tonel que surgen durante el sexto año de vida. 2) esmalte anormal, que produce una muesca a lo largo de la superficie mordiente y 3) molares en mora. (31)

La nariz en silla de montar, una depresión de la raíz nasal es el resultado de la rinitis sifilítica, que destruye el hueso y el cartílago adyacentes. Las rágades son cicatrices lineales que se extienden en un patrón radial a partir de lesiones mucocutáneas previas de la boca, el ano y los genitales. La paresia juvenil, una rara infección meningovascular latente, aparece típicamente durante la adolescencia, con cambios en el comportamiento, convulsivos focales o pérdida de la función intelectual. La sordera por

afectación del octavo par puede ser unilateral o bilateral, aparece a cualquier edad, se presenta inicialmente con vértigo y pérdida de audición en los tonos altos y progresa hasta la sordera permanente.

La articulación de Clutton es una sinovitis unilateral o bilateral que afecta a las extremidades inferiores (habitualmente a la rodilla) y que se presenta como una hinchazón indolora de la articulación con líquido sinovial estéril; la remisión espontánea se suele producir después de un período de varias semanas. Las gomas de los tejidos blandos y la hemoglobinuria paroxística por frío son fenómenos de hipersensibilidad poco frecuentes.

b) Sífilis en el Embarazo: ✕

El curso de la sífilis no se altera por el embarazo, el chancro frecuentemente pasa inadvertido o es interno, con frecuencia se confunde al chancro con el herpes genital. El riesgo de infección fetal depende del grado de espiroquetemia materna (mayor en la etapa secundaria que en las etapas primaria o latente) y de la edad gestacional del feto. Los treponemas pueden cruzar la placenta en todas las etapas del embarazo; pero la afección fetal es poco común antes de la dieciocho semanas debido a la inmunocompetencia fetal que posteriormente a esto el feto es capaz de producir una respuesta inmunitaria y puede producirse daño tisular; mientras más tempranamente en el embarazo se exponga el feto, más grave es la infección fetal y mayor el riesgo de parto prematuro u óbito.(21)

DIAGNOSTICO ✕

Existen diferentes métodos para establecer el diagnóstico de sífilis en el ser humano. Además de contar con la ayuda de manifestaciones clínicas que se presentan en dicha patología, existen pruebas en las cuales puede diagnosticarse directamente por

identificación serológica o por microscopio. Las pruebas serológicas para la sífilis se encuadran en dos categorías: no

treponémicas o también llamadas pruebas de fluoculación (VDRL, Kahn, Kline, Hinton, Mazzine, RPR, ART) y antitreponémicas específicas. Las primeras detectan anticuerpos IgG o IgM contra un antígeno lipóideo inespecífico de origen oscuro (cardiolipina) y las últimas miden anticuerpos específicos para *T. pallidum*. En muchos laboratorios la tradicional prueba en placa no treponémica VDRL (de Venereal Disease Research Laboratory) y la prueba de Kolmer han sido sustituidas por otras más sensibles, como la prueba en carta de reagina en plasma (RPRCT, de rapid plasma reagin card test) o la prueba reagínica automatizada (ART, de automated reagin test). El VDRL, no son pruebas específicas para la infección activa y pueden ser falsamente positivas, sobre todo en presencia de estimulaciones inmunitarias, tales como infección, inmunización, enfermedades colágeno-vasculares, embarazo y drogodependencia. (22,32)

La principal prueba de anticuerpos antitreponémicas de uso clínico es la absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes (FTA-ABS, de fluorescent treponemal antibody absorption), que es una prueba de inmunofluorescencia indirecta que usa *T. Pallidum* fijado como antígeno para medir los anticuerpos antitreponémicos séricos: es sensible y específica. Los anticuerpos se detectan en las primeras fases de la infección y permanecen detectables en las infecciones latentes y tardías. (3,4,11,13,15)

CAMPO OSCURO

Este test microscópico es esencial para evaluar las lesiones cutáneas, como el chancro de la sífilis primaria, o los condilomas lata de la sífilis secundaria. También por medio de aspiración salina de los ganglios linfáticos cuando se presentan lesiones maculopapulosas secas.

Las muestras tomadas para microscopio son líquidos exprimidos de las lesiones superficiales tempranas; la secreción es

mezclada con una gota de solución salina colocándose en un portaobjetos, cubriéndose y presionándose con un cubreobjetos examinando directamente con lentes u objeto de inmersión e iluminación en campo oscuro.

Los diagnósticos microscópicos requieren considerable experiencia, algunas veces puede ser muy dificultosa la diferenciación entre la espiroqueta pallida con espiroquetas no patógenas. Los treponemas desaparecen en las lesiones a las pocas horas de haberse iniciado el tratamiento con antibióticos. (3,18,21,22)

INMUNOFLUORESCENCIA

Se extiende líquido tisular en un portaobjetos, se seca al ambiente. Se fija, se colorea con suero antitreponema marcado con fluoresceína y se examina con el microscopio de luz ultravioleta para observar las espiroquetas fluorescentes. (21)

METODO PARA LA PRUEBA CUALITATIVA DEL VDRL

Se procede a colocar 5cc de sangre en el tubo de ensayo respectivo por el número de orden, luego se deja coagular la sangre por 30 minutos en el tubo, se centrifuga por espacio de 5 minutos a 3,000 RPM, luego se descomplementan los sueros a 56 grados por media hora en baño de María. Se prepara el antígeno a 0.4 de buffer, 0.5 de antígeno y 4.1 de buffer. En un frasco de fondo plano, de boca ancha con capacidad para 20 ml se colocan: 0.4 de buffer diluyente, se agrega en forma rotativa y lenta 0.5 de antígeno gota a gota. Luego agregar 4.1 de buffer diluyente deslizándolo por la

pared del frasco y se deja reposar durante 5 minutos, se colocan 50 lambdas de suero en las láminas de los anillos adecuados, se agrega una gota de antígeno y después se pone a rotar por 5 minutos. Luego se lee al microscopio y se hacen diluciones si es positivo: 1:1, 1:2, 1:4, 1:8, 1:16, 1:32 y 1:64 (22,31)

La aglutinación se interpreta como positiva de la siguiente manera:

Ninguna aglutinación o ligeras Irregularidades.	NEGATIVO
Acúmulos pequeños	POSITIVO DEBIL
Acúmulos medianos o grandes	POSITIVO

PRUEBA DE ANTICUERPOS FLUORESCENTES CONTRA TREPONEMA .

FTA-ABS Se emplea inmunofluorescencia indirecta (*Treponema Pallidum* muerto más suero del paciente, más gammaglobulina humana marcada). Tiene la ventaja de combinar una sensibilidad elevada con respecto a la sífilis precoz en distintas fases, con una especificidad notable. Se usa también sobre todo para confirmar pruebas positivas no treponémicas (reaginas).

Proporciona excelentes resultados desde el punto de vista de la especificidad y la sensibilidad para los anticuerpos sifilíticos.(3,18,21)

FTA-ABS positivo o negativo, se interpreta de acuerdo a los controles. La fluorescencia debe aparecer verde limón en todo el *treponema*. Positivo: fluorescencia 2 (++) a 4 (++++), Positivo Débil: fluorescencia 1(+) y Negativo: No fluorescencia.(3,18,21)

Existen otros estudios como: Detección de los anticuerpos de inmunoglobulina G para *Treponema Pallidum* (DCL-G Testing) el cuál fue comparado con RPR y se demostró que el primero tiene una sensibilidad y especificidad de un 100% y el segundo 99.8%; lo que comprueba que DCL-G es más simple, eficiente y es un método actualizado para confirmación serológica evidente de sífilis en el pasado como en el presente. (13,22)

En Gambia se realizó un estudio con 826 mujeres embarazadas en el área rural de las cuales 77 (9.3) fueron seropositivas para la infección por *Treponema* con RPR y TPHA (hemaglutinación del *treponema pallidum*). Las muertes perinatales en las mujeres seropositivas fue de 39.0 /1000 y en las mujeres seronegativas 77.6/1000, lo que evidencia que los bebés de las mujeres de Gambia que son seropositivas embarazadas no están en mayor riesgo de tener muertes perinatales que las seronegativas. (5)

Se ha estudiado la seropositividad de adolescentes con VIH más Sífilis la cual fue de 9 (15.3%). Y de los pacientes con Sífilis 57.4% fueron negros, 42.6% hispanas, 16.4% hombres con un promedio de edad de 18.1 y 83.6% fueron mujeres con edad promedio de 17.8. Solo una persona usó drogas y de sexo femenino, 4 del sexo masculino manifestaron mantener relaciones con otros hombres. El 27.8% tuvieron Sífilis primaria, 19.7% Sífilis secundaria y el 52.5% Sífilis en fase latente. Enfermedades de transmisión sexual estuvieron presentes en un 90% en hombres, en un 80% en mujeres. Gonorrea fue la más prevalente en hombres en un 89% y Chlamydia en mujeres en un 35%. La historia de chancro y/o Herpes estuvo presente en un 16.4%. En conclusión el diagnóstico de Sífilis es un factor de riesgo para detectar HIV. (4,8,14)

TRATAMIENTO

Existen diferentes esquemas de tratamiento, por lo cual se describirá el proporcionado en junio de 1994, por el Centro de Controles de Enfermedades (CDC). (26)

SÍFILIS TEMPRANA *

Penicilina benzatínica, 2.4 millones de unidades IM en única dosis.

TRATAMIENTOS OPCIONALES:

Doxiciclina durante dos semanas, 100 mg bucal dos veces al día o tetraciclina 500 mg 4 veces al día.

SÍFILIS TARDIA +

Penicilina Benzatínica 7.2 millones de unidades IM dosis total, administradas en 3 dosis de 2.4 millones de unidades con una semana de diferencia.

TRATAMIENTOS OPCIONALES:

Doxiciclina durante 4 semanas, 100 mg bucales 2 veces al día, o tetraciclina 500 mg bucal 4 veces al día.

* Incluye Sífilis Primaria, Secundaria y latente temprana.

+ Incluye Sífilis latente tardía, Gomas y Sífilis cardiovascular.

NEUROSIFILIS

Penicilina G cristalina 12-24 millones de U/día IM durante 10 a 14 días.

Penicilina G Procaina 2.4 millones de U/día, IM durante 10 a 14 días.

Se puede asociar con probenecid 500 mg por vía oral 4 veces al día durante 10 días. Seguidas de Penicilina G Benzatínica 2.4 millones de U IM durante 3 semanas. (18,21,26)

CONGENITAS

Penicilina G cristalina 50,000 U/Kg/24 horas IM o IV durante 14 días. (21,26)

Penicilina G procaina 50,000 U/Kg/24 h IM diariamente durante 14 días. (31,32)

VI. METODOLOGIA

DISEÑO DE LA INVESTIGACION:

Todas las familias que son beneficiadas por el Ministerio Casa del Alfarero que cumplieron con los criterios de inclusión durante los meses de agosto y septiembre de 1997.

RECURSOS:

HUMANOS:

Asesora: Dra. Alitzá Juárez de Adreta.

Revisora: Dra. Patricia Vélez

Familias beneficiadas por el Ministerio "Casa del Alfarero".

Personal Laborante del Ministerio "Casa del Alfarero".

Personal de Laboratorio Multidisciplinario (Ingrid Verganza).

MATERIALES:

Equipo de Hipodermia

Frascos para recolectar muestras (tubos de ensayo)

Boleta Recolectora de Datos y de Autorización

Reactivos (VDRL y FTA-ABS)

Equipo del Laboratorio Multidisciplinario de la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC).

VARIABLES A ESTUDIAR:

EDAD: Definición conceptual: cantidad de años vividos desde el nacimiento.

Definición Operacional: Cantidad de Años vividos.

Escala de Medición: Intervalos.

SEXO: Definición conceptual: Diferencia física entre un hombre y una mujer.

Definición Operacional: Masculino y Femenino.

Escala de Medición: Nominal.

(ETS): Definición Conceptual: Es toda enfermedad que se pueda transmitir a través del contacto sexual.

Definición Operacional: Enfermedad transmitida por contacto sexual que refiera el entrevistado.

Escala de Medición: Nominal.

RELACION

SEXUAL: Definición Conceptual: Es todo contacto sexogenital que tienen dos seres humanos.

Definición Operacional: Es toda relación sexual que refiera el encuestado haber tenido.

Escala de Medición: Nominal.

UTILIZACIÓN DE METODO ANTICONCEPTIVO:

- Definición Conceptual: Todo método de anticoncepción en la práctica sexual.
- Definición Operacional: Utilización de algún Método de protección.
- Escala de Medición: Nominal.

PREVALENCIA:

- Definición Conceptual: El número total de casos de enfermedades o personas enfermas, en una población específica, sin distinción entre casos antiguos y nuevos.
- Definición Operacional: El número de casos seropositivos que se encuentren.
- Escala de Medición: Nominal (Positivo – Negativo).

ANTICUERPOS INESPECIFICOS O ESPECIFICOS PARA TREPONEMA PALLIDUM:

- Definición Conceptual: En presencia de enfermedad actúan contra un antígeno lipoideo inespecífico de origen oscuro (Cardiolipina).
- Definición Operacional: Prueba por VDRL o FTA-ABS positiva del paciente en estudio.
- Escala de Medición: Positivo/Negativo.

PROCEDIMIENTO

Con previa autorización por el Ministerio Casa del Alfarero, se procedió a realizar el trabajo de campo, haciendo visitas domiciliarias, con calendario establecido, abarcando los doce sectores en los cuales están distribuidas las familias, acompañada por un representante de dicho Ministerio; posteriormente con previa autorización por el representante de familia por escrito, se procedió a llenar boleta de recolección de datos (ver anexo) y posteriormente a la extracción de una muestra serológica con jeringa estéril con previa asepsia y luego depositándola en tubos de ensayo para ser transportadas por cadena de frío, por medio de una hielera al Laboratorio Multidisciplinario de la Facultad de Ciencias Medicas de la USAC; donde se procesaron los VDRL, y se confirmarían con FTA-ABS en caso que el VDRL sea positivo. Además se impartieron charlas educativas acerca de enfermedades de transmisión sexual.

Criterios de Inclusión:

- Todas las familias que sean beneficiadas por el Ministerio "Casa del Alfarero".
- Que den su consentimiento para entrar al estudio.

Criterios de Exclusión:

- Todas las familias que residan dentro el perímetro del basurero de la zona 3, que no asistan al Ministerio "Casa del Alfarero", que no den su consentimiento, para entrar al estudio.

Se tomaron como positivos aquellas personas que tengan VDRL positivo 1:8 y que FTA-ABS sea también positivo. Se tabularon todos los datos y se elaboraron cuadros estadísticos para el análisis.

HIPOTESIS

Todas las familias que asisten al Ministerio "Casa del Alfarero", tienen una alta prevalencia de anticuerpos de la Sífilis por los factores de riesgo a que están expuestos.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO NUMERO 1

POBLACION INVESTIGADA SEGÚN SEXO Y EDAD DE LAS 59 FAMILIAS BENEFICIADAS POR LA CASA DEL ALFARERO. AGOSTO-SEPTIEMBRE DE 1997.

EDAD	MASCULI NO	PORCENT AJE	FEMENIN O	PORCENT AJE	TOTAL	PORCENT AJE
MENOR DE 10 AÑOS	12	8.11	21	14.18	33	22.29
10-20 AÑOS	17	11.49	12	8.10	29	19.59
21-30 AÑOS	6	4.05	25	16.89	31	20.94
31-40 AÑOS	8	5.40	30	20.30	38	25.70
41-50 AÑOS	2	1.35	9	6.08	11	7.43
MAYOR DE 50 AÑOS	2	1.35	4	2.70	6	4.05
TOTAL	47	31.75	101	68.25	148	100

FUENTE: BOLETA RECOLECTORA DE DATOS.

Se puede observar que el grupo etareo que predomina es el femenino en intervalo de 31 - 40 años, que no corresponden según la literatura a los reportados con mayor riesgo; pero que concuerdan con estadísticas de crecimiento poblacional que evidencian que en el grupo infantil predomina el sexo masculino, pero a medida que crece se invierte la pirámide poblacional y predomina el sexo femenino.

CUADRO NUMERO 2

ESTADO CIVIL DE LOS CONYUGUES DE LAS 59 FAMILIAS BENEFICIADAS POR LA CASA DEL ALFARERO. AGOSTO-SEPTIEMBRE DE 1997.

ESTADO CIVIL	TOTAL	PORCENTAJE
CASADOS	16	27.12
UNIDOS	26	44.07
VIUDA	5	8.47
SOLTERA	12	20.34
TOTAL	59	100

FUENTE: BOLETA RECOLECTORA DE DATOS.

Este cuadro demuestra que el estado conyugal que predomina es el unido; considero que probablemente se deba al número de parejas sexuales que han tenido (ver cuadro # 5), o a sus creencias religiosas que influyen en la elección de su estado marital.

CUADRO NUMERO 3

PROCEDENCIA DE LAS 59 FAMILIAS BENEFICIADAS POR LA CASA DEL ALFARERO. AGOSTO-SEPTIEMBRE 1997.

LUGAR DE ORIGEN	TOTAL	PORCENTAJE
CAPITAL	108	72.97
DEPARTAMENTO	40	27.03
TOTAL	148	100

FUENTE: BOLETA RECOLECTORA DE DATOS.

La mayor concentración poblacional corresponde a la ciudad capital, son pocos los inmigrantes; lo cual no representa riesgo para padecer dicha entidad.

CUADRO NUMERO 4

INICIO DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL DE LAS PAREJAS ENCUESTADAS DE LAS 59 FAMILIAS BENEFICIADAS POR LA CASA DEL ALFARERO. AGOSTO-SEPTIEMBRE DE 1997.

EDAD	MASCULI NO	PORCENT AJE	FEMENIN O	PORCENT AJE	TOTAL	PORCENT AJE
11-16 AÑOS	9	6.08	31	20.95	40	27.03
17-18 AÑOS	21	14.19	17	11.49	38	25.68
18 AÑOS	13	8.78	9	6.08	22	14.86
NO HA TENIDO RELACIO NES	19	12.84	29	19.59	48	32.43
TOTAL	62	41.89	86	58.11	148	100

FUENTE: BOLETA RECOLECTORA DE DATOS.

Se puede observar que la primera relación sexual se inició en etapas de la adolescencia con mayor frecuencia en el sexo femenino, que en el masculino; esto se debió probablemente a que existió mayor sinceridad al responder por este sexo, y de acuerdo con la literatura la mayor incidencia se observa en etapas de edad reproductiva y predominantemente en el sexo femenino.

CUADRO NUMERO 5

NUMERO DE CONYUGUES QUE HAN TENIDO LAS PAREJAS ENCUESTADAS BENEFICIADAS POR LA CASA DEL ALFARERO. AGOSTO-SEPTIEMBRE DE 1997.

PAREJAS SEXUALE S	MASCULI NOS	PORCENT AJE	FEMENIN O	PORCENT AJE	TOTAL	PORCENT AJE
UNO	34	80.95	19	32.76	53	53
DOS	8	19.05	38	65.52	46	46
TRES			1	1.72	1	1
TOTAL	42	100	58	100	100	100

FUENTE: BOLETA RECOLECTORA DE DATOS.

El mayor porcentaje lo obtuvo el sexo femenino con dos parejas sexuales; lo que demuestra que su vida sexual ha iniciado a muy corta edad y así mismo su vida conyugal, y según literatura este es un factor de riesgo principalmente los que han tenido diferentes compañeros sexuales.

CUADRO NUMERO 6

TIPO DE RELACIONES SEXUALES DE LAS PAREJAS ENCUESTADAS QUE SON BENEFICIADAS POR LA CASA DEL ALFARERO. AGOSTO-SEPTIEMBRE DE 1997.

TIPO DE RELACION	TOTAL	PORCENTAJE
HETEROSEXUAL	100	100
HOMOSEXUAL	0	0
BISEXUAL	0	0

FUENTE: BOLETA RECOLECTORA DE DATOS.

CUADRO NUMERO 7

FIDELIDAD CONYUGAL EN LAS PAREJAS ENCUESTADAS QUE SON BENEFICIADAS POR LA CASA DEL ALFARERO. AGOSTO-SEPTIEMBRE DE 1997.

RESPUESTA	TOTAL	PORCENTAJE
SI	100	100
NO	0	0

FUENTE: BOLETA RECOLECTORA DE DATOS.

Estos cuadros demuestran que el 100 % de sus relaciones han sido heterosexuales y solo con su pareja, lo cual es un factor que los protege del riesgo de adquirir Sífilis.

CUADRO NUMERO 8

USO DE PRESERVATIVOS EN LA RELACION SEXUAL EN LA POBLACION ENCUESTADA DE LAS FAMILIAS BENEFICIADAS POR LA CASA DEL ALFARERO. AGOSTO-SEPTIEMBRE DE 1997.

FRECUE NCIA	EDAD	MASCU LINO	PORCEN TAJE	FEMENI O	PORCEN TAJE	TOTAL	PORCEN TAJE
SIEMPR E							
CASI SIEMPR E							
ALGUN AS VECES	11-16 AÑOS	1	2.33			1	1
	17-18 AÑOS	1	2.33			1	1
CASI NUNCA							
NUNCA	11-16 AÑOS	8	18.60	31	54.39	39	39
	17-18 AÑOS	20	46.51	17	29.82	37	37
	18 AÑOS	13	30.23	9	15.79	22	22
TOTAL		43	100	57	100	100	100

FUENTE: BOLETA RECOLECTORA DE DATOS.

Esto demuestra que el mayor porcentaje de la población encuestada nunca utiliza preservativo en sus relaciones sexuales, esto puede deberse a la falta de conocimiento, por sus costumbres religiosas o porque sus relaciones intimas son con su conyugue.

CUADRO NUMERO 9

SABE SI SU PAREJA CON QUIEN TIENE RELACIONES SEXUALES TIENE ALGUNA ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL DE LOS ENCUESTADOS QUE SON BENEFICIADOS POR LA CASA DEL ALFARERO. AGOSTO-SEPTIEMBRE DE 1997.

RESPUESTA	TOTAL	PORCENTAJE
SI	0	0
NO	100	100

FUENTE: BOLETA RECOLECTORA DE DATOS.

CUADRO NUMERO 10

TENDRIA RELACIONES SEXUALES PADECIENDO UNA ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL DE LAS PAREJAS BENEFICIADAS POR LA CASA DEL ALFARERO. AGOSTO-SEPTIEMBRE DE 1997.

RESPUESTA	TOTAL	PORCENTAJE
SI	0	0
NO	100	100

FUENTE: BOLETA RECOLECTORA DE DATOS.

En los cuadros anteriores se puede observar que el 100% de las parejas desconoce si su conyugue tiene alguna enfermedad venérea o si tendría relaciones con él padeciendo alguna enfermedad de transmisión sexual, siendo factor de riesgo para presentar la enfermedad.

CUADRO NUMERO 11

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL DE LAS PAREJAS BENEFICIADAS POR LA CASA DEL ALFARERO. AGOSTO-SEPTIEMBRE DE 1997.

RESPUESTA	TOTAL	PORCENTAJE
SI	2	2
NO	98	98

FUENTE: BOLETA RECOLECTORA DE DATOS.

Este cuadro evidencia que el mayor porcentaje de las personas encuestadas no tienen antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, a pesar de ser un área marginal.

CUADRO NUMERO 12

ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL QUE HAN PADECIDO LAS 59 FAMILIAS QUE SON BENEFICIADAS POR LA CASA DEL ALFARERO. AGOSTO-SEPTIEMBRE DE 1997.

ENFERM EDAD	EDAD	FEMENI NO	PORCEN TAJE	MASCU LINO	PORCEN TAJE	TOTAL	PORCEN TAJE
GONOR REA	27 AÑOS			1	6.25	1	6.25
SÍFILIS	27 AÑOS	1	6.25			1	6.25
CHANC ROIDE							
HERPES GENITA L							
PAPILO MA							
VAGINI TIS	25-49 AÑOS	14	87.5			14	87.5
ESCABI OSIS							
TOTAL		15	93.75	1	6.25	16	100

FUENTE: BOLETA RECOLECTORA DE DATOS.

La enfermedad que más han padecido es la Vaginitis; la cual presenta mayor porcentaje, que la Sífilis y Gonorrea. Lo cual esta de acuerdo con la literatura descrita.

VIII. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En base al instrumento de medición de las variables utilizadas, se obtuvo la información anteriormente presentada, con el siguiente análisis y discusión:

Guatemala es un país subdesarrollado, y debido a un deficiente control epidemiológico, con poca o ninguna búsqueda de contactos sifilíticos, y la falta de fomentar la información de enfermedades de transmisión sexual a todo nivel de enseñanza, y principalmente en áreas marginales, por lo que se puede evidenciar el comportamiento de la Sífilis según tasas publicadas en el Boletín Epidemiológico Nacional de agosto de 1996; mostrando que en 1995 era de 2.56% (16, 26). Además existen áreas de mayor precariedad, dentro de las cuales se encuentra el área de la zona 3; ya que cuentan con factores de riesgo, por su nivel socioeconómico bajo y viviendo en condiciones infrahumanas; por lo que fue de interés realizar este estudio en el Ministerio Casa del Alfarero, que es una asociación Cristiana Evangélica, que tiene a su cargo 62 familias que habitan en el basurero de la zona 3, las que dependen de una u otra forma para subsistir trabajando de Guajeros; con quienes desarrollan programas en las siguientes áreas: Vida Cristiana, Educación, Salud, Social, Económico y asistencial.

En esta población fueron evaluados factores de riesgo para detectar la presencia de Sífilis; en donde el número de parejas sexuales es un factor de riesgo y en esta población como lo demuestra el cuadro número 5 el mayor porcentaje lo obtuvo el sexo femenino con dos parejas sexuales, lo cual este dato no es de su vida actual, siendo factor protector para contraer dicha enfermedad y por historia se obtuvo el antecedente de enfermedad de transmisión sexual en dos pacientes uno con gonorrea y otro con sífilis; y además se encontró vaginitis en catorce pacientes (Ver Cuadros Números 11 y 12); según estudios realizados se encontró la presencia de enfermedades de transmisión sexual, lo que es factor de

riesgo para la detección de Sífilis. (4,8,14)

Al realizar las pruebas serológicas, se pudo demostrar que no hay presencia de anticuerpos para **Treponema Pallidum**; siendo todos VDRL negativos; esto puede deberse a que nuestra población tiene relaciones heterosexuales y no son promiscuos, además puede influir la fidelidad conyugal y sus creencias religiosas; los que pueden ser factores fundamentales para obtener dichos resultados.

Otro factor que influyó en este resultado puede ser que estas familias son incluidas en programas de salud integral por esta entidad, las cuales les ayuda a llevar una vida sexual más ordenada.

En nuestro estudio no fue evaluada la asistencia a centros de prostitución; por haber encuestado a las familias cuando el conyugue estaba presente, lo cual puede haber cierto sesgo en la entrevista en conjunto ya que podría causar conflicto familiar.

Por todo lo mencionado anteriormente se llegó a la conclusión que la población estudiada, es un grupo selecto; el cual es beneficiado por la Casa del Alfarero y a pesar de pertenecer a grupos de riesgo por residir en áreas precarias y de vivir en condiciones infrahumanas no necesariamente está afectada por enfermedades de transmisión sexual. A pesar de que en la literatura estos son factores de riesgo para contraer dicha enfermedad, es importante recalcar que la educación en salud y la ética siguen siendo modificadores positivos en la prevención de enfermedades y principalmente en enfermedades de transmisión sexual en el comportamiento humano.

HIPOTESIS

La hipótesis fue rechazada, porque todas las familias que asisten a la Casa del Alfarero no tienen prevalencia de Sífilis.

Esto probablemente se deba a que esta población que ha sido estudiada está incluida en programas de: salud integral, en el Ministerio "Casa del Alfarero" la cual ayuda a la gente que vive y trabaja en el basurero de la zona 3; enseñándole a las personas que se valgan por sí mismos.

IX. CONCLUSIONES

- 1.- La prevalencia de Sífilis en la población estudiada fue nula.
- 2.- La prevalencia de Sífilis por antecedentes es de 0,6% (un caso).
- 3.- La población estudiada a pesar de pertenecer a grupos de riesgo por residir en áreas precarias y de vivir en condiciones infrahumanas no necesariamente está afectada por enfermedades de transmisión sexual.
- 4.- Se considera que no se detectaron casos nuevos de Sífilis debido a que poseen practicas sexuales adecuadas, y que esta población esta incluida en programas de Educación Integral.

X. RECOMENDACIONES

- 1.- Que se promueva la educación en salud en áreas marginales y que no se discriminen por las condiciones precarias en que viven.
- 2.- Que se promueva la participación del conyugue principalmente del sexo masculino en temas relacionados con enfermedades de transmisión sexual, debido a que se pudo observar poca participación por parte de los mismos.
- 3.- Que se realice este estudio con toda la población de guajeros para que los resultados al obtener sean representativos de esta población.

XI. RESUMEN

El presente es un estudio descriptivo de corte transversal, realizado en familias que viven en el basurero de la zona 3, durante los meses de agosto-septiembre de 1997.

El objetivo principal de este estudio fue detectar la presencia de Sífilis en las familias que son beneficiadas por el Ministerio Casa del Alfarero por medio de una boleta recolectora de datos, encuestando a 59 familias que hicieron un total de 148 personas; de las cuales solo 129 entraron al estudio a quienes se les extrajo una muestra serológica para detección de anticuerpos para Sífilis, las que se procesaron en el Laboratorio Multidisciplinario de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos, las cuales fueron VDRL negativas. No se encontraron casos de Sífilis y únicamente un caso, 0.6% de la población estudiada, refirió haber sufrido la enfermedad en el pasado. Se concluyó que la población estudiada, a pesar de pertenecer a un grupo de riesgo, no presentó casos de esta enfermedad debido probablemente que sus prácticas sexuales son adecuadas.

Aunque en esta comunidad la prevalencia fue casi nula se debe seguir promoviendo la educación en salud en áreas marginales y que no se discrimine por las condiciones precarias en que viven.

XII. BIBLIOGRAFIA

- 1) Brabin C., et al. Reproductive Tract Infection an Abortion Among Adolescent Girls in Rural Nigeria. England Feb. 4, 1995; P. 300-4.
- 2) Castro LG., Nonvenereal Treponematosi. Journal Am Acad Dermatol. Dec. 1993; 29 (4): 519-35 P.
- 3) Cordon Enriquez Yadira M. Frecuencia de Sífilis en Mujeres de Edad Fértil, Colonia Santa Marta, Agosto 1989; Tesis Médico y Cirujano, Facultad de Ciencias Medicas, Universidad de San Carlos de Guatemala; Agosto 1989. (3)
- 4) Early HIV Infection Panel. Managin early HIV Infection Journal Phisician. 1994 Mar. 49 (4): 724-16.
- 5) Greenwood Am; Et. Al. Treponemal Infection and the outcome of Pregnancy is a rural area of the Gambia; West Africa, Journal Infect Dis 1993 Sp.; 168 (3): 788; Infect Dis 1994 Mar; 169 (3); 701-2.
- 6) Guitz, Gladys de. En Sus Manos, es un Boletín informativo del Ministerio Casa del Alfarero, Edit. Date Code, Octubre Diciembre 1996.
- 7) Hibbs Jr.; et.al. In Public Health Intervention a Cocaine-Related Syphilis Outbreak; Journal Epidemiology, Oct 1991 81 (10) P. 1259-62.
- 8) Ingram M. Syphilis, Soars in Russia England, Jul 8, 1995; 311 (6997) P.78.
- 9) Jawestz Ernest; et al.; Microbiología Médica, 13ª. Edición, Manual Moderno, 1990. (8)
- 10) Johnson De, et al.. The Health of Children Adopted from Romania, Journal JAMA 1993, Apr. 28; 269 (16); 2084-5.
- 11) Koff AB, et.al. Nonvenereal Treponematosi, J Am Acad Dermatol; Oct. 1993, 29 (4) P (519-35).

- 12) Londino Av. Jr.; et. al. Antiphospholipid Antibodies in Pediatric Systemic Lupus Erythematosus; Pediatrics, Dec. 1995 96 (6) P. 1040-5.
- 13) Nayar R., et. al. Evaluation of the DCL Syphilis-G Enzima Immunoassay Test Dit For The Serologic Diagnosis of Syphilis, Journal Clin. Pathology, Mar 1993, 99 (3) P. 282-5.
- 14) Mc Cabe E; et.al. Human Immunodeficiency Virus Seropositivity in Adolescents With Syphilis, Journal. Pediatrics, Nov 1993, 92 (5) P. 695-8.
- 15) Med Lett. Drugs for Sexually Transmitted Diseases Journal, Dec 27, 1991. 33 (860); P. 119-24.
- 16) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Departamento de Vigilancia Epidemiológica. Boletín epidemiológico Nacional, No. 13 Agosto VII-XIII 1996.
- 17) Molina Girón, Eduardo. El Niño de y en la calle, El Niño institucionalizado y menores producto del conflicto armado, Guatemala, Julio 1992.
- ① 18) Montreal José, et. al. Enciclopedia de Medicina y Enfermería, Mosby, Grupo Editorial Océano, tomo II.
- 19) Ovalle C., Ludwing, et. al. El Niño guajero de la zona 3. Tesis Médico y Cirujano, Universidad de San Carlos de Guatemala, Julio 1988.
- 20) PAMI. Instituciones y Niñez de la calle, Perspectiva de los niños de y en la calle; investigación # 4; Guatemala Noviembre 1996.
- ⑦ 21) Pernoll Martin L.; Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétrico, 6ª. Edición, Manual Moderno, 1995.
- 22) Recinos Franco, Silvia Patricia. Titulación de anticuerpos inespecíficos (VARC) en menores masculinos. Tesis Médico y Cirujano. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, Agosto 1989.
- ② 23) SEGEPLAN y UNICEF. Características de las áreas precarias en Guatemala. 1991.

- 24) Thomas, Al, et. al. Association of hepatitis C Virus infection with false-positive test for Syphilis. Journal Infect Dise. 1994. 170 (6). P.1579-81.
- 25) Thomas, JC; Rulik Al; Shoenbach; et. al. Syphilis in the south: rural rates. Supass Urban rates in North Carolina. Journal Epidemiologic, School of Public Health; University of North Carolina, Chapel Hill, August 1995. 85 (8ptl). P. 1119-22.
- 26) Trent Mackay, MPH; Tratamiento de Infecciones Ginecologicas Frecuentes (CDC), Mundo Médico, Junio 1994
- ④ 27) Witz Gladys de; En sus Manos, Boletín Informativo del Ministerio Casa del Alfarero, editado, date code; Oct - Dic. 1996.
- 28) UNICEF. Análisis de situación de los menores en circunstancias especialmente difíciles. Guatemala Octubre 1991.
- 29) Xu Karpinski, et. al. Syphilis. What are the Symptoms?; University of Sydney, November 1994.
- ⑥ 30) Yard Davis, Syphilis. Is there any treatment?; Sydney Sexual Health/University of NSW, November 1994.
- 31) Zajac Alward, Syphilis, Sydney Sexual Health Centre and Medicine, University of Sydney /University of NSW, November 1994.
- 32) Zan Goh, et. al. Syphilis Fact Sheet. University of Sydney/University of NSW, November 1994.

⑥ Patología de Robbins

XIII. ANEXO 1
BOLETA RECOLECTORA DE DATOS

A. DATOS GENERALES

1.- Sexo: M: _____ F: _____

2.- Edad: _____ años

3.- Estado Civil: _____

4.- Lugar de Origen: Capital: _____
Departamento: _____
Extranjero: _____

B. ANTECEDENTES MEDICOS Y FACTORES DE RIESGO

5.- INICIO DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL:

11 - 16 años _____

17 - 18 años _____

No ha tenido relación sexual: _____

6.- CUANTAS PAREJAS SEXUALES HA TENIDO EN SU VIDA. _____

7.- EN EL ULTIMO AÑO HA TENIDO RELACIONES:

Heterosexuales _____

Homosexuales _____

Bisexuales _____

8.- MANTIENE RELACION SEXUAL SOLO CON SU
PAREJA SI _____ NO _____

9.- USO DE PRESERVATIVOS EN LA RELACION
SEXUAL

Siempre _____
Casi siempre _____
Algunas Veces _____
Casi Nunca _____
Nunca _____

10.- SABE O NO SI LA PAREJA CON LA QUE TIENE
RELACION SEXUAL TIENE ALGUNA
ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL:

SI _____ NO _____

11.- TENDRIA RELACIONES SEXUALES
PADECIENDO UNA ENFERMEDAD DE
TRANSMISION SEXUAL:

SI _____ NO _____

12.- ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE
TRANSMISION SEXUAL:

SI _____ NO _____

13.- SI HA PADECIDO UNA ENFERMEDAD DE
TRANSMISION SEXUAL, CUAL O CUALES HA
PADECIDO O PADECE.

Gonorrea _____ Sífilis _____ Chancroide _____
Herpes Genital _____ Papilomatosis _____
Vaginitis _____ Escabiosis _____