



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA

CARRERA DE LABORATORIO CLINICO

TESIS

PREVIA A LA OBTENCION DEL TITULO DE LICENCIADO

EN LABORATORIO CLINICO

TEMA

ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL Y LA INCIDENCIA DE SIFILIS EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL "JAIME ROLDOS AGUILERA" DE VENTANAS EN EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2011

DIRIGIDA POR:

Dr. FRANCISCO VILLACRES FERNANDEZ

AUTORES

LEONARDO VICENTE ESTRELLA ARIAS

JONATHAN HUMBERTO SEGURA VELIZ

BABAHOYO - LOS RIOS

2010 - 2011

**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA DE LABORATORIO CLINICO**

**Dr. CESAR NOBOA AQUINO
DECANO**

**Dr. FRANCISCO VILLACRES FERNADEZ
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA**

**Dr. FRANCISCO VILLACRES FERNADEZ
DIRECTOR DE TESIS**

**Ab: ISRAEL MALDONADO CONTRERAS
SECRETARIO DE LA FACULTAD**

**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA DE LABORATORIO CLINICO**

MIEMBROS DEL TRIBUNAL DE SUSTENTACION

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

**PRIMER VOCAL PRINCIPAL
DELEGADO(A) DEL CONSEJO DIRECTIVO**

**SEGUNDO VOCAL PRINCIPAL
DELEGADO(A) DEL CONSEJO DIRECTIVO**

**Ab: ISRAEL MALDONADO CONTRERAS
SECRETARIO DE LA FACULTAD**

DEDICATORIA

Al culminar una etapa más de mi vida, le dedico a DIOS por que el me ha iluminado al escoger esta carrera, a mis padres que con amor y sacrificio supieron motivarme moralmente, a mis hermanos que comparten penas y alegrías, a ellos les dedico todo el esfuerzo realizado en este trabajo, ya que sin el apoyo de ellos no hubiese hecho realidad este gran anhelo.

AGRADECIMIENTO

.La presente Tesis es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas leyendo, opinando, corrigiendo, teniéndome paciencia, dando ánimo, acompañando en los momentos de crisis y en los momentos de felicidad.

Gracias también a mis queridos compañeros, que me apoyaron y me permitieron entrar en su vida durante estos casi tres años de convivir dentro y fuera del salón de clase

Quiero expresar también mi más sincero agradecimiento al Dr. Francisco Villacrés Fernández por su importante aporte y participación activa en el desarrollo de esta tesis. Debo destacar, por encima de todo, su disponibilidad y paciencia que hizo que nuestras siempre acaloradas discusiones redundaran benéficamente tanto a nivel científico como personal. No cabe duda que su participación ha enriquecido el trabajo realizado y, además, ha significado el surgimiento de una sólida amistad.

INDICE

	Pagina
<i>Introducción</i>	10
<i>Campo contextual problemático</i>	12
<i>Situación actual del objeto de investigación</i>	15
<i>Formulación del problema</i>	17
<i>Delimitación de la investigación</i>	18
<i>Justificación</i>	19
<i>Objetivos (General y Específicos)</i>	20
MARCO TEORICO	
<i>Alternativas teóricas asumidas</i>	21
<i>Sífilis, Descripción</i>	22
<i>Teoría precolombina</i>	23
<i>Teoría de la guiñada</i>	24
<i>Etimología</i>	25
<i>Nombres xenófobos</i>	26
<i>Contagio</i>	27
<i>Síntomas</i>	29
<i>Primera etapa</i>	29

<i>Segunda etapa</i>	30
<i>Tercera etapa</i>	32
<i>Secuelas</i>	33
<i>Como se propaga la sífilis</i>	34
<i>Sífilis y embarazo</i>	34
<i>Como puedo evitar contagiarme de sífilis</i>	35
<i>Como puedo evitar propagar la sífilis</i>	36
<i>Como puede afectar la sífilis mi embarazo</i>	36
<i>Me harán la prueba de sífilis durante el embarazo</i>	37
<i>La sífilis es recurrente?</i>	38
<i>Sífilis congénita</i>	39
<i>Efecto de la sífilis materna sobre el resultado del embarazo</i>	39
<i>Manifestaciones clínicas</i>	41
<i>Diagnostico</i>	42
<i>Interpretación serológica de la sífilis</i>	46
<i>Interpretación del VDRL positivo</i>	49
<i>Diagnostico de neurosífilis</i>	51
<i>Categoría del análisis teórico conceptual</i>	52
<i>Planteamiento de hipótesis (General y Especificas)</i>	53
<i>Operacionalizacion de las hipótesis especificas</i>	54

<i>Metodología</i>	58
<i>Tipo de investigación</i>	58
<i>Universo y muestra</i>	59
<i>Métodos y técnicas de recolección de información</i>	60
<i>Procedimiento</i>	61
<i>Análisis y discusión de resultados</i>	62
<i>Tabulación e interpretación de datos</i>	62
<i>Comprobación y discusión de hipótesis</i>	74
<i>Conclusiones</i>	75
<i>Propuesta alternativa</i>	76
<i>Objetivos (General y específico)</i>	77
<i>Recursos y presupuesto</i>	78
<i>Presupuesto</i>	79
<i>Cronograma de ejecución de actividades</i>	80
<i>Bibliografía</i>	81
<i>Anexos</i>	82

RESUMEN

PALABRAS CLAVES: Enfermedad de transmisión sexual, inflamación de ganglios linfáticos, defectos congénitos o abortos durante el embarazo.

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual causada por una bacteria. Infecta el área genital, los labios, la boca o el ano y afecta tanto a los hombres como a las mujeres. Por lo general se adquiere por contacto sexual con una persona que la tiene. También puede pasar de la madre al bebé durante el embarazo.

La etapa temprana de la sífilis suele causar una llaga única, pequeña e indolora. Algunas veces, causa inflamación de los ganglios linfáticos cercanos. Si no se trata, generalmente causa una erupción cutánea que no pica, frecuentemente en manos y pies. Muchas personas no notan los síntomas durante años. Los síntomas pueden desaparecer y aparecer nuevamente.

Las llagas causadas por la sífilis facilitan adquirir o contagiar el VIH durante las relaciones sexuales. Si está embarazada, la sífilis puede causar defectos congénitos o abortos. En casos raros, la sífilis causa problemas de salud serios e incluso la muerte.

Si se detecta a tiempo, la enfermedad se cura fácilmente con antibióticos.

El uso correcto de preservativos de látex disminuye enormemente, aunque no elimina, el riesgo de adquirir y contagiarse la sífilis.

TEMA
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL
INCIDENCIA DE SIFILIS EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL “JAIME ROLDOS AGUILERA” DEL CANTÓN VENTANAS EN EL
PERIODO DE ENERO A JULIO DEL AÑO 2011



INTRODUCCIÓN

La infección por sífilis es un importante problema de salud pública que afecta a las mujeres y sus recién nacidos de manera directa y por extensión al conjunto de la comunidad en América Latina.

Por otra parte son conocidas las consecuencias que la sífilis gestacional puede ocasionar. Sin tratamiento, de un 50% a un 80% de las gestaciones con infección por sífilis acabarán de forma adversa, pudiendo producirse aborto, muerte fetal, muerte neonatal, parto prematuro, bajo peso al nacer e infección congénita con diversos grados de afectación.

Algunos países de la Región han realizado progresos significativos hacia la eliminación de la transmisión materno infantil de sífilis como problemas de salud pública, mientras que en otros países persisten brechas importantes. La OPS, el UNICEF y otras organizaciones proponen impulsar un proceso conocido como Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno infantil de la sífilis congénita en América Latina

Este enfoque integrado debe permitir aprovechar todas las oportunidades de diagnóstico de la infección por sífilis en la embarazada e implementar una adecuada prevención, entendiendo a la mujer en su dimensión humana y como parte de una familia.

INTRODUCTION

Syphilis infection is a major public health problem that affects women and their infants directly and by extension the whole community in Latin America.

On the other hand are known the consequences of gestational syphilis can cause. Without treatment, 50% to 80% of pregnancies with syphilis infection will eventually adversely and may cause abortion, stillbirth, neonatal death, preterm birth, low birth weight and congenital infection with varying degrees of involvement.

Some countries in the Region have made significant progress towards eliminating mother to child transmission of syphilis as public health problems, while other countries remain significant gaps. PAHO, UNICEF and other organizations propose to promote a process known as Regional Initiative for the elimination of mother to child transmission of congenital syphilis in Latin America

This integrated approach should take every opportunity to allow the diagnosis of syphilis infection in pregnant and implement adequate prevention, understanding women in its human dimension and as part of a family.

1.- CAMPO CONTEXTUAL PROBLEMÁTICO

1.1 CONTEXTO NACIONAL, REGIONAL, LOCAL Y/O INSTITUCIONAL

1.1.1.- CONTEXTO NACIONAL¹

Ecuador, situado en el Nor-Occidente de América del Sur, cuenta con una superficie de 256.370 kilómetros cuadrados. Su población es de 12.646.095 habitantes, con una tasa de crecimiento anual del 2,1 %. El país se encuentra en una transición demográfica por cuanto existe una natalidad moderada, urbanización acelerada y fenómenos de migración interna y externa. La población es relativamente joven, el 51% de la misma se ubica en los grupos de edad de 15-49 años. Este grupo engrosa el 78% de la población económicamente activa.

Desde la perspectiva político-administrativa, el Ecuador se encuentra dividido en 24 provincias, 224 cantones, 322 parroquias urbanas y 790 parroquias rurales. Según su Constitución Política (2008), es un país unitario, plurinacional y pluricultural, puesto que varias nacionalidades y etnias coexisten en el territorio nacional; los diferentes colectivos mantienen identidades históricas y culturales particulares que determinan la riqueza y complejidad de la vida del país y la necesidad de abordajes fundamentados en las diversidades en los ámbitos de desarrollo en general y de la salud sexual y reproductiva en particular.

Es un Estado laico, sin embargo su población es mayoritariamente católica y la influencia de esta y otras Iglesias determina un contexto conservador, que en el último tiempo ha tenido embates fuertes de

corrientes totalitarias no respetuosas con los derechos sexuales y reproductivos. La Incidencia Política y la presión de los movimientos y organizaciones sociales lograron incorporar en la Constitución del 2008, distintos artículos que promueven en las personas, comunidades, pueblos, nacionalidades y colectivos son titulares y gozarán de los derechos garantizados en la Constitución y en los instrumentos internacionales.

1.1.2.- CONTEXTO REGIONAL²

La Región Litoral, mejor conocida como Región Costa, es una de las cuatro regiones naturales de la República del Ecuador. Está conformada por las provincias de Guayas, Santa Elena, Manabí, El Oro, Los Ríos, Santo Domingo de los Tsáchilas y Esmeraldas. La ciudad principal y más poblada de esta región es Guayaquil. Varios Parques Nacionales como Machalilla y Manglares-Churute, ofrecen la posibilidad de realizar ecoturismo.

Los Ríos, oficialmente Provincia de Los Ríos, es una de las 24 provincias de la República del Ecuador, localizada en la región litoral del país. Su capital es la ciudad de Babahoyo y su localidad más poblada es la ciudad de Quevedo. Es uno de los más importantes centros agrícolas del Ecuador. Con sus 778 115 habitantes, Los Ríos es la cuarta provincia más poblada del país, debido principalmente al reciente desarrollo de la industria.

1.- http://www.kimirina.org/index.php?option=com_content&view=article&id=68&Itemid=58

2.- http://es.wikipedia.org/wiki/Provincia_de_Los_R%C3%ADos

Según el último ordenamiento territorial, la provincia de Los Ríos pertenece a la región comprendida también por las provincias de Bolívar, Guayas y Santa Elena.

1.1.3.- CONTEXTO LOCAL³

La ciudad de Ventanas se encuentra ubicada en la Provincia de Los Ríos, a dos horas de Guayaquil y a seis horas de la capital Quito Ecuador

Es una ciudad netamente agrícola donde se produce y comercializan varios productos como: café, cacao, maíz, arroz, soya, maracuyá, fréjol de palo y su principal producto el banano del cual depende el sustento de la mayoría de sus habitantes. Ciudad bañada por el majestuoso río Sibimbe, ubicado en el centro del Ecuador con un clima tropical que estimula a propios y extraños a nadar en sus diferentes fuentes de agua dulce que existen en sus alrededores, Ventanas es una de las ciudades mas progresistas de la provincia de Los Ríos que sale adelante gracias a su gente trabajadora.

1.1.4.- CONTEXTO INSTITUCIONAL

El Hospital Jaime Roldós Aguilera, está situado en el área número 5, específicamente en las calles 6 de Octubre y Ernesto Briones, en la Ciudad de Ventanas, Cantón Ventanas, Provincia de Los Ríos.

3.- [http://es.wikipedia.org/wiki/Ventanas_\(Ecuador\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Ventanas_(Ecuador))

1.2.- SITUACION ACTUAL DEL OBJETO DE INVESTIGACION

En el año 2008 comienzan a aparecer nuevos datos estadísticos que ponen de manifiesto un aumento de casos de sífilis tanto en Europa como en América; el uso de Internet para encuentros sexuales esporádicos, la inmunodepresión de los pacientes VIH positivos, la prostitución, el turismo sexual, el aumento de la práctica del sexo oral gracias a la aparición del viagra, junto con una relajación en el uso del preservativo han sido determinantes en el incremento en el número de casos de sífilis. Por grupos de población, el mayor número se detecta en el colectivo homosexual.

Las cifras hablan por si mismas: el Europa del Este países como Rusia, Bulgaria, Estonia o Rumania han visto como las cifras de infectados pasaban de 5-10 casos por cien mil habitantes en 1990 a 120-170 casos por cien mil habitantes en el año 2010.

De los casos de sífilis declarados en Noruega y Suecia entre los años 2002 y 2006, el 65 y 45%, respectivamente, de estos correspondían a varones homosexuales. Cifras similares se daban en Alemania en la primera mitad del 2006, donde casi el 60% de los casos se debían a varones homosexuales.

En Francia, las cifras son especialmente significativas; de la casi erradicación a principios de los noventa hemos pasado a la declaración de doscientos nuevos casos en el año 2009, que se duplicaron en el

2011, de los cuales el 96% eran hombres y de ellos el 84% homosexuales, cifras que provocaron polémicas declaraciones de expertos como el Dr. Michel Jainer, que afirmó que era “una epidemia que en esencia afecta a homosexuales masculinos y no amenaza al conjunto de la población”

España ha sido el país europeo que mas ha crecido en número de prostitutas, y eso ha permitido que el mayor número de casos de sífilis responda principalmente a este colectivo, a pesar que la incidencia entre varones homosexuales también ha crecido debido a prácticas sexuales de mayor riesgo, siguiendo la tendencia europea.

Con respecto al resto de los países de occidente, más del 50% de los nuevos casos corresponden a varones homosexuales. Cifras inquietantes se dan también en Estados Unidos, donde ciudades como Los Ángeles y San Francisco han visto como el número de casos entre varones homosexuales llegaba a triplicarse en el 2010 con respecto a las cifras del 2008.

En definitiva, la sífilis, como otras enfermedades de transmisión sexual, puede prevenirse con el *uso del preservativo*, y a pesar de lo alarmante de las cifras nos queda la tranquilidad de que al menos existe un tratamiento eficaz, aunque eso no debe relajarnos a la hora de extremar las medidas de protección y precaución en relaciones esporádicas.

4.- www.dst.uff.br/revista19-3-2007/9.pdf

5.- www.cepar.org.ec/endemain_04/separatas/pdf/Folleto%205.pdf

1.3.- FORMULACION DEL PROBLEMA

1.3.1.- PROBLEMA GENERAL

- ¿Cuál es la incidencia de sífilis en mujeres embarazadas atendidas en el hospital “Jaime Roldós Aguilera” del cantón Ventanas en el periodo comprendido de enero a julio del año 2011?

1.3.2.- PROBLEMAS ESPECIFICOS

- ¿Cuáles son las complicaciones que se presentan en las mujeres embarazadas atendidas en el hospital “Jaime Roldós Aguilera” del cantón ventanas en el periodo comprendido de enero a julio del año 2011?
- ¿Cuál es la edad de mayor incidencia de sífilis en pacientes embarazadas atendidas en el hospital “Jaime Roldós Aguilera” del cantón Ventanas en el periodo comprendido de enero a julio del año 2011?
- ¿Cuáles son los signos y síntomas que presentan las pacientes embarazadas atendidas en el hospital “Jaime Roldós Aguilera” del cantón Ventanas en el periodo comprendido de enero a julio del año 2011?

1.4.- DELIMITACION DE LA INVESTIGACION

1.4.1.- Delimitación Temporal

Enero a junio del 2011

1.4.2.- Delimitación Espacial

Sífilis en mujeres embarazadas

1.4.3.- Delimitación Geográfica

Institución: Hospital Jaime Roldós Aguilera

Ubicación:

Cantón: Ventanas

Provincia: de Los Ríos

País: Ecuador



1.5.- JUSTIFICACION

La presente guía va dirigida al personal de salud involucrado en atención a Mujeres embarazadas expuestas a la infección por sífilis.

Es un instrumento técnico, basado en evidencias, con el cual se propone brindar una atención integral humanizada y oportuna a estos pacientes, dentro de un marco de coordinación y de responsabilidades establecidas en los diferentes niveles de atención.

La transmisión materno infantil (madre-hijo) de la sífilis congénita es un problema de salud pública que conlleva la aplicación de medidas para lograr la disminución de la transmisión y la erradicación de la sífilis congénita, con las técnicas actuales de diagnóstico es posible identificar durante la gestación el momento de la transmisión, lo cual permite aplicar medidas oportunas para evitar la transmisión.

El 90 % de niños/as, adquieren la infección por transmisión materno infantil, el 10 % adquieren través de transfusiones o inoculación de hemoderivados o por vía sexual (inicio de sexualidad no segura a temprana edad o ser víctimas de abuso).

Por lo tanto se justifica una guía como esta cuyo objetivo primordial es servir de instrumento técnico para lograr una reducción eficaz de la transmisión materno infantil y eliminación de la sífilis congénita.

1.6.- OBJETIVOS

1.6.1.- OBJETIVO GENERAL

- Determinar la incidencia de la sífilis en mujeres embarazadas atendidas en el hospital “Jaime Roldós Aguilera” del cantón Ventanas en el periodo comprendido de enero a julio del año 2011

1.6.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer cuáles son las complicaciones que se presentan en las mujeres embarazadas atendidas en el hospital “Jaime Roldós Aguilera” del cantón Ventanas en el periodo comprendido de enero a julio del año 2011
- Identificar la edad de mayor incidencia de sífilis en pacientes atendidos en el hospital “Jaime Roldós Aguilera” del cantón Ventanas en el periodo comprendido de enero a julio del año 2011
- Identificar cuáles son los signos y síntomas que presentan las pacientes embarazadas atendidas en el hospital “Jaime Roldós Aguilera” del cantón Ventanas en el periodo comprendido de enero a julio del año 2011

2.- MARCO TEORICO

2.1.- ALTERNATIVAS TEORICAS ASUMIDAS

Como alternativa teórica asumida, se ha escogido el Modelo Socio crítico, que es un paradigma que surge como el planteamiento de un problema que está afectando a la población, por esta razón se ha preparado un estudio sobre sífilis en mujeres embarazadas, para determinar sus problemáticas y factores que influyan en el surgimiento de la enfermedad, considerando las condiciones ideológicas, económicas, políticas e históricas que la conforman y en lo que están inmerso este grupo poblacional.

Esta alternativa teórica asumida, nos permite articular la realidad con los componentes esenciales del conocimiento a fin de buscar alternativas de solución valederas para la sociedad.

Por otro lado, se verá comprometida con la comprensión de la realidad inteligible de las mujeres que forman parte del proceso de investigación, por lo tanto considero que esta alternativa teórica asumida desde la perspectiva crítica de la sociedad y la posición de la misma nos servirá de apoyo para dar una solución a la problemática.

2.2.- DEFINICIÓN

La sífilis es una infección de transmisión sexual crónica producida por la bacteria espiroqueta *Treponema pallidum* subespecie *pallidum* (pronunciado pal-lidum)

Este microorganismo es una bacteria móvil espiroforme (con forma de hilo en espiral), perteneciente al orden Spirochaetales, familia Spirochaetaceae. “Su diámetro es de 0,1 a 0,2 micrómetros y su longitud entre 5 y 15 micrómetros. Puestas una detrás de otra, entre 70 y 200 espiroquetas medirían alrededor de un milímetro”.⁶



Esta bacteria se multiplica por división simple con división transversal. Al contrario de otras bacterias de su familia.

Solo se puede cultivar *in vitro*⁶ durante un breve período, con un máximo de supervivencia de 7 días a 35 °C, en medio particularmente enriquecido y en presencia de CO₂ por sus particulares exigencias nutritivas y metabólicas. En nitrógeno líquido se mantiene su vitalidad, y prolifera de manera excelente en testículos de conejo.

6.- es.wikipedia.org/wiki/Sífilis

En sangre conservada en hemoteca para transfusiones la bacteria sobrevive entre 24 y 48 horas.

Existen dos teorías respecto del origen de la sífilis, que generan debate en el campo de la antropología y la historiografía. La comunidad científica no se muestra unánime en la interpretación de los datos existentes y la controversia continúa al respecto.

Teoría precolombina

La teoría precolombina sostiene que las lesiones en esqueletos de la edad neolítica se deben a la sífilis. Incluso en esqueletos del 2000 AC en Rusia, con lesiones óseas patognomónicas. Aunque tales lesiones se pueden confundir con lesiones lepromatosas⁷. Quizá Hipócrates habría descrito los síntomas de la sífilis en su etapa terciaria.

También en las ruinas de Pompeya (que fue enterrada en el año 79 por el volcán Vesubio) se han encontrado esqueletos con signos que podrían ser de sífilis congénita.

De acuerdo con un trabajo científico de la Universidad de Bradford (Reino Unido) hecho público en junio de 1999, en un cementerio de una abadía agustiniana en el puerto de Kingston upon Hull (noreste de Inglaterra) usado entre 1119 y 1539, se encontraron 245 esqueletos, de los cuales tres tenían signos claros de sífilis.

6.- Conjunto de fenómenos observados en el laboratorio a partir de productos biológicos vivos

7.- Se describe lepra lepromatosa variedad histioide, de localización principal en la piel de la región torácica y pabellones auriculares

La datación con 14C indicó que el varón con las señales más evidentes de sífilis había fallecido entre 1300 y 1450.

Algunos científicos piensan que la sífilis pudo ser introducida en Europa tras los contactos entre vikingos y nativos canadienses, que supuestamente sucedieron alrededor del año 1300, coincidiendo con el tiempo en el que la enfermedad llegó a Hull.

En octubre de 2010, una excavación de esqueletos llevada a cabo en Gran Bretaña supuso un nuevo sustento para esta teoría, por cuanto los exámenes de los expertos indicaron que la enfermedad era conocida en este país dos siglos antes del viaje de Cristóbal Colón.

Teoría de la guiñada

El historiador Alfred Crosby⁷ sugiere que las dos teorías son correctas. La sífilis es una forma de la infección tropical de la piel, los huesos y las articulaciones,

llamada guiñada (también *frambesiatrópica*, *polypapillomatrópicum*, *thymosis*, *yaws* o *pian*) causada por la bacteria espiroqueta *Treponema pertenue*. Otras treponematoses son el bejel (*Treponema endémicum*), la pinta (*Treponema caráteum*), y la sífilis (*Treponema pálidum*).

La guiñada es similar a la tuberculosis, que existe tanto en el Viejo como en el Nuevo Mundo desde tiempo inmemorial. De acuerdo con Crosby: «Las diferentes condiciones ecológicas producen distintos tipos de treponematoses, y con el tiempo generan enfermedades relacionadas pero diferentes».

La epidemiología de esa primera peste de sífilis de fines del siglo XV no define si la enfermedad era nueva o si era una forma mutada de una enfermedad anterior.

ETIMOLOGÍA

“El nombre «sífilis» fue creado por el poeta y cirujano veronés Girolamo Fracastoro en su poema épico latino *Sýphilis sive morbus gállicus* ('sífilis o el morbo francés') en 1530. El protagonista de la obra es un pastor llamado Sífilus (quizá una variante de Síphylus, un personaje de las *Metamorfosis* de Ovidio)”⁸.

Sífilo y sus amigos desafiaron al dios griego Apolo, por lo que éste los castigó, contagiándolos con la enfermedad. Agregándole el sufijo *-is* a la raíz de Síphylus, Fracastoro creó el nuevo nombre de la enfermedad, y lo incluyó en su libro de medicina de *contagiónibus* ('Sobre las enfermedades contagiosas', Venecia, 1584). En este texto, Fracastoro registra que en esa época, en Italia y Alemania la sífilis se conocía como el «morbo francés», y en Francia, como «el morbo italiano».

8.- www.cdc.gov/std/spanish/stdfact-syphilis-s.htm

Otros nombres dados a la sífilis

- En la Inglaterra del siglo XVI se la llamaba *great pox* (gran viruela) para distinguirla de la *small pox* (pequeña viruela), porque en sus primeras etapas, la sífilis producía una erupción parecida a la de la viruela.
- Otro nombre inglés era *black lion* ('león negro').
- En Escocia, se la conocía como *grand gore* ('gran coágulo')

Nombres xenófobos

Las distintas denominaciones asumidas entre los siglos XVI y XVIII demuestran de manera inequívoca la vasta extensión de la enfermedad y el deseo de echar la culpa a los países vecinos:

- al principio en Italia se la conocía como «mal napolitano»;
- debido a la epidemia en el ejército francés, se lo conocía en Inglaterra como *morbus gállicus* (morbo gálico o enfermedad francesa);
- «mal caribeño», «mal francés» y «mal portugués» (en España);
- «mal español» (en Portugal);
- «enfermedad española» (en los Países Bajos, en aquella época parte del imperio español);
- «enfermedad polaca» (en Rusia);
- «enfermedad cristiana» (en Turquía);
- «enfermedad británica» (en Tahití);
- «morbo francés» en Italia y Alemania durante el Renacimiento;

- «morbo italiano» en la Francia renacentista;
- «morbo chino» en el Japón de la era Sengoku.

Contagio

La sífilis se contagia principalmente por contacto sexual, por contacto de la piel con la ligera secreción que generan los chancros o por contacto con los clavos sifilíticos de la persona enferma: al realizar sexo oral sin preservativo (ya sea que los chancros estén en la boca, en el pene o en la vulva), al besar una boca con chancros (que son indoloros), por inoculación accidental (por compartir jeringas), o puede ser transmitida de la madre al hijo a través de la placenta (sífilis congénita) o a través del canal de parto (sífilis connatal). En este caso, el bebé puede morir pronto o desarrollar sordera, ceguera, disturbios mentales, parálisis o deformidades

“Es prácticamente imposible que se transmita por una transfusión de sangre, porque la sangre se analiza antes de transfundirse, y porque el treponema pálido no se puede mantener vivo más de 24 a 48 horas en la sangre conservada en hemoteca”⁹.

En comunidades que viven bajo pobres condiciones higiénicas, la sífilis endémica puede transmitirse por contacto no sexual. Pero no se transmite por el asiento en sanitarios, actividades cotidianas, tinas de baño o compartir utensilios o ropa.

9.- www.editum.org/Sifilis-Congenita-Clasificacion-Sintomas-Y-Secuelas

Es importante notar que el sujeto en la fase precoz de la enfermedad resulta altamente contagiante (la úlcera venérea pulula de treponemas), pero se sostiene que después de cuatro años el individuo infectado no puede difundir más el microorganismo mediante relaciones sexuales. En las relaciones entre hombre y mujer es más fácil que se contagie el hombre. El período donde más personas se contagian es entre los 20 y los 25 años de edad. El recontagio es muy común en varones homosexuales.

En los años ochenta y noventa en Europa hubo una relativa disminución de los casos de sífilis, relacionados con el temor al contagio por VIH, que conllevó al uso generalizado del preservativo (que representa una eficiente barrera contra el contagio, tanto del VIH como del *Treponema pállidum*.

Según datos de la OMS, en el mundo existen 12 millones de nuevos casos de sífilis:

- África subsahariana: 4 000 000
- Sur de Asia y Asia Pacífico: 4 000 000
- Latinoamérica y el Caribe: 3 000 000
- Norte de África y Oriente Medio: 370 000
- Europa Occidental: 140 000
- Europa Oriental y Asia Central: 100 000
- Norteamérica: 100 000
- Australia y Nueva Zelanda: 10 000

SINTOMAS

En vez de provocar una intensa respuesta inmune celular y humoral, el *Treponema pállidum* puede sobrevivir en un huésped humano durante varias décadas.

Los síntomas de la sífilis son numerosos y ligeramente variados. Antes de la aparición de las pruebas serológicas, el diagnóstico preciso era imposible. De hecho, se la llamaba «la gran imitadora» ya que en la fase primaria y secundaria sus síntomas pueden confundirse fácilmente con los de otras enfermedades, haciendo que el sujeto le reste importancia y no acuda al médico.

“El 90% de las mujeres que la padecen no saben que la tienen porque, en la mayoría de los casos, el chancro aparece dentro del cuello uterino. Cuando la bacteria entra al organismo, se disemina rápidamente y poco a poco invade todos los órganos y tejidos”¹⁰.

Primera etapa

Después de un período de incubación de 10 días a 6 semanas (3 semanas promedio), en el sitio de inoculación la boca, el pene, la vagina o el ano se presenta una pápula no dolorosa que rápidamente se ulcera, convirtiéndose en una llaga circular u ovalada de borde rojizo, parecida a una herida abierta, a esta se le llama chancro.

Es característica su consistencia cartilaginosa, con base y bordes duros.

10. - Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted 6.- es el tiempo comprendido entre la exposición a un organismo, químico o radiación patogénico, y cuando los signos y síntomas aparecen por primera vez

En el varón los chancros suelen localizarse en el pene o dentro de los testículos, aunque también en el recto, dentro de la boca o en los genitales externos, mientras que en la mujer, las áreas más frecuentes son: cuello uterino y los labios genitales mayores o menores.

Durante esta etapa es fácil contagiarse con la secreción que generan los chancros.

El chancro desaparece al mes o mes y medio, pero no porque el enfermo se esté curando, sino porque la siguiente fase está por comenzar.



Segunda etapa

Puede presentarse medio año después de la desaparición del chancro y dura de tres a seis meses, provocando ronchas rosáceas indoloras llamadas «clavos sifilíticos» en las palmas de las manos y plantas de los pies (que a veces pueden aparecer en otros sitios

como pecho, cara o espalda), fiebre, dolor de garganta y de articulaciones, pérdida de peso, caída de cabello, cefaleas y falta de apetito.

A veces, unas erupciones planas llamadas *condiloma latum* brotan alrededor de los genitales y ano.

Los enfermos no siempre llegan a la última fase; entre el 50 y 70% pasan a la etapa de latencia, en la que los síntomas se van y vuelven.

“Los clavos sifilíticos pueden ser muy contagiosos si existen heridas, pudiendo incluso contagiar a alguien por el hecho de darle la mano. Cuando la segunda fase termina, la sífilis permanece en el organismo durante mucho tiempo, hasta que vuelve a despertar en la fase primera.”¹¹



11.- www.editum.org/Sifilis-Congenita-Clasificacion-Sintomas-Y-Secuelas

Tercera etapa

En la tercera fase (llamada también fase final), la sífilis se vuelve a despertar para atacar directamente al sistema nervioso o algún órgano.

En esta fase se producen los problemas más serios y puede llegar a provocar la muerte. Algunos de los problemas son:

- trastornos oculares,
- cardiopatías,
- lesiones cerebrales,
- lesiones en la médula espinal,
- pérdida de coordinación de las extremidades
- aneurisma sífilítico o luético, etc.

“Aunque un tratamiento con penicilina puede matar la bacteria, el daño que haya hecho en el cuerpo podría ser irreversible”¹².



12.- es.wikipedia.org/wiki/Sífilis

Secuelas¹³

Tratada a tiempo, la enfermedad tiene cura sencilla sin dejar secuelas.

El padecer la sífilis aumenta el riesgo de contraer otras enfermedades de transmisión sexual (como el VIH), ya que los chancros son una vía fácil de entrada en el organismo.

Si no se trata a tiempo, puede ocasionar:

- Ulceraciones en la piel.
- Problemas circulatorios.
- Ceguera.
- Parálisis.
- Demencia.
- Trastornos neurológicos.
- Muerte.

En algunos casos, las personas que supuestamente ya han obtenido la cura todavía pueden infectar a los demás.

El haber padecido sífilis y haberse curado no implica inmunidad, ya que rápidamente se puede volver a contraer. Esto se debe a que la bacteria que produce la sífilis (*Treponema pállidum*) cuenta con tan solo nueve proteínas en su cubierta, lo cual no es suficiente para que el sistema inmunitario humano la reconozca y pueda producir anticuerpos para combatirla o inmunizarse.

13.- www.editum.org/Sifilis-Congenita-Clasificacion-Sintomas-Y-Secuelas

En 1905 Schaudinn y Hoffmann descubrieron el agente etiológico de la enfermedad. En 1913, Hideyo Noguchi un bacteriólogo japonés que trabajaba en el Instituto Rockefeller demostró que la presencia de la espiroqueta *Treponema pállidum* (en el cerebro de un paciente con parálisis progresiva) era la causante de la sífilis.

¿Cómo se propaga la sífilis?

La sífilis se contagia por contacto con llagas de sífilis. Este contacto directo puede ocurrir durante:

- Relaciones sexuales vaginales y anales
- Sexo oral
- Besos (mucho menos común)

“La sífilis es especialmente contagiosa en la primera etapa de la enfermedad, cuando hay llagas. El líquido que emana de estas lesiones es muy infeccioso. Generalmente la gente no se contagia en las fases latentes ni durante los primeros cuatro años de la enfermedad. La sífilis no tratada permanece latente durante años o incluso durante toda la vida, pero una mujer embarazada puede contagiar al feto”¹⁴.

Sífilis y embarazo

Durante el embarazo, la madre puede contagiar sífilis a su feto. Los efectos de la sífilis en el feto son muy graves.

14.- www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/syphilis.html

Si no se la trata, los riesgos de que el bebé nazca muerto o con graves defectos congénitos son muy altos.

Entre los defectos congénitos se incluyen daños en el corazón, en el cerebro y en los huesos, como así también la posibilidad de ceguera.

Es muy importante que las mujeres embarazadas consideren hacerse un análisis temprano de la sífilis y, en algunos casos, durante todo el embarazo. Se puede tratar a las mujeres embarazadas que tienen sífilis para evitar los daños al feto.

¿Cómo puedo evitar contagiarme de sífilis?

Puedes hacer mucho para evitar contagiarte de sífilis.

- Abstente de las relaciones sexuales vaginales y anales y del sexo oral.
- Si decides tener relaciones sexuales anales o vaginales, utiliza un condón femenino o de látex cada vez que lo hagas.
- El contagio de la sífilis a través del sexo oral es poco frecuente, pero puedes reducir aún más las probabilidades de contagio utilizando condones o barreras de látex o plástico.

¿Cómo puedo evitar propagar la sífilis?

Si tienes sífilis, existen varias maneras de evitar propagarla a otras personas. Puedes hacer lo siguiente:

- Comunica a tu pareja que tienes la infección.
- No mantengas relaciones sexuales hasta que completes el tratamiento.

- Asegúrate de que tu pareja se haga el análisis y se trate antes de mantener relaciones sexuales nuevamente.
- Una vez curado y que comiences a mantener relaciones sexuales de nuevo, utiliza condones femeninos o de látex cada vez que haya penetración anal o vaginal.

Utiliza un condón, una barrera de látex Sheer Glyde, una barrera de látex bucal o un trozo de envoltorio plástico para practicar sexo oral

¿Cómo puede afectar la sífilis mi embarazo y la salud de mi bebé?

La sífilis puede viajar por tu corriente sanguínea a través de la placenta, e infectar a tu bebé en cualquier momento durante el embarazo. También puede infectar a tu bebé durante el parto.

Si la sífilis se detecta y se trata a tiempo, probablemente tú y tu bebé estarán bien.

Pero si no te tratas, hay una gran posibilidad de que tu bebé esté infectado, especialmente si estás en las primeras etapas de la enfermedad, cuando es más infecciosa. Alrededor del 40 por ciento de las mujeres embarazadas que padecen sífilis y no reciben tratamiento tienen un aborto, un bebé que nace sin vida o un bebé que muere poco después de nacer. La sífilis también incrementa el riesgo de parto prematuro y restricción de crecimiento intrauterino.

Algunos bebés infectados con sífilis cuyas madres no reciben tratamiento a tiempo durante el embarazo desarrollan problemas antes de nacer que

pueden verse en un ultrasonido. Estos problemas pueden incluir una placenta demasiado grande, líquido en el abdomen del bebé e hinchazón severa y el hígado o el bazo del bebé están demasiado grandes.

Un bebé infectado puede presentar otras anomalías al nacer, como un sarpullido en la piel y lesiones alrededor de la boca, genitales y ano, ganglios linfáticos inflamados (adenopatías), neumonía y anemia.

Muchos bebés no tienen estos síntomas al nacer, pero sin tratamiento, desarrollan algunos síntomas uno o dos meses después de su nacimiento. Y tanto si tienen síntomas evidentes como si no los tienen, si la enfermedad no se trata, los bebés que nacen con sífilis pueden desarrollar problemas más serios años después, como daños en los huesos y los dientes, pérdida de visión y oído y una serie de problemas neurológicos.

Esta es la razón por la que es tan importante que las mujeres se hagan pruebas y se traten durante el embarazo y que cualquier bebé que pueda tener sífilis al nacer reciba una evaluación completa y tratamiento.

¿Me harán la prueba de la sífilis durante el embarazo?

Sí. Aunque la infección es poco frecuente, se considera vitalmente importante detectar y tratar la sífilis durante el embarazo. El CDC recomienda que todas las mujeres embarazadas se hagan pruebas para detectar la infección en la primera visita prenatal y algunos estados requieren que todas las mujeres se repitan la prueba de nuevo antes del parto.

Si vives en una comunidad en la que la sífilis es predominante o corres riesgo de contraerla por otro motivo, debes hacerte de nuevo una prueba a las 28 semanas y en el momento del parto. También te volverán a hacer la prueba de la sífilis si has contraído otra enfermedad de transmisión sexual durante tu embarazo y si tú o tu pareja desarrollan síntomas de la sífilis.

Como se tarda entre cuatro y seis semanas después del contagio en obtener un resultado positivo en la prueba de sangre, el resultado puede ser negativo si te has hecho la prueba demasiado pronto. De modo que si has tenido relaciones sexuales con riesgo elevado unas semanas antes de tu prueba o tu pareja recientemente ha tenido síntomas, díselo a tu doctor para que te pueda hacer la prueba de nuevo en un mes.

Si tu prueba da un resultado positivo, el laboratorio realizará una prueba más específica en tu muestra de sangre para asegurarse de si tienes, o no, sífilis.

Tener sífilis te hace más susceptible al VIH si estás expuesta a él, por eso, si tus pruebas de sífilis son positivas, también debes hacerte una prueba de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, si no lo has hecho todavía. Y si tienes sífilis primaria, tendrás que repetir la prueba de VIH de nuevo después de tres meses.

¿La sífilis es recurrente?

El hecho de que una persona haya tenido sífilis una vez no la protege de tenerla de nuevo. Una persona puede seguir siendo susceptible a la reinfección aun cuando se haya curado con el tratamiento.

Solamente las pruebas de laboratorio pueden confirmar si una persona tiene sífilis. Dado que las úlceras sifilíticas pueden estar ocultas en la vagina, el recto o la boca, puede ser que una persona no se entere de que su pareja sexual tiene sífilis. El médico le ayudará a determinar si es necesario hacer nuevas pruebas de detección de la sífilis después de que haya concluido el tratamiento.

SÍFILIS CONGÉNITA.

“Las posibilidades de que un feto se infecte y contraiga sífilis congénita, dependerá de la etapa de la infección materna, (sífilis del embarazo), de la duración de la enfermedad en la madre y del inicio de tratamiento.

Los Treponémas cruzan la barrera placentaria desde las ocho a nueve semanas de la gestación”¹⁵.

Efecto de la sífilis materna sobre el resultado del embarazo¹⁶

Los microorganismos infecciosos (*T. pallidum*) en la sangre de una mujer embarazada pueden pasar al feto, especialmente en la fase temprana de la infección (denominada sífilis temprana).

La mayor parte de las mujeres con sífilis de menos de un año de duración transmitirán la infección al niño no nato. Si bien la infección es transmisible al feto a partir de las nueve semanas de gestación, la transmisión suele tener lugar entre la 16^a y la 28^a semana del embarazo.

15.- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006. MMWR 2006;55(no. RR-11)

16.- www.cdc.gov/std/spanish/stdfact-syphilis-s.htm

La probabilidad de transmisión está directamente relacionada con el estadio de la sífilis materna durante el embarazo o el estadio del embarazo al adquirir la infección. En la sífilis materna temprana, la tasa de transmisión maternofetal puede alcanzar el 80%, mientras que en la sífilis tardía la infectividad se reduce.

La concentración de espiroquetas en la sangre es máxima durante los dos primeros años tras la infección, a partir de los cuales va disminuyendo entamente como resultado de la inmunidad adquirida.

Así pues, el riesgo de infección para la pareja sexual es máximo durante los dos primeros años y desaparece casi por completo posteriormente; sin embargo, el riesgo de transmisión materno-fetal perdura. El curso de la infección materna no parece verse alterado por el embarazo.

Dado que la infección por sífilis puede tardar de 10 a 45 días en ser detectable por análisis de sangre, una prueba inicial negativa no garantiza la ausencia de infección. Las mujeres embarazadas con una primera prueba negativa deben volver a ser examinadas en un momento posterior del embarazo o en el parto. Los datos sobre la incidencia de la sífilis congénita entre lactantes nacidos vivos son limitados por varios motivos, como la dificultad del diagnóstico, la posibilidad de infecciones asintomáticas y la ausencia de sistemas de vigilancia o notificación. Si bien existe gran variedad en la manera de notificar resultados adversos de embarazos de mujeres infectadas por sífilis, suelen aceptarse como

tales el aborto espontáneo, la muerte perinatal, el bajo peso al nacer (incluido el nacimiento prematuro) y la infección por sífilis neonatal.⁷⁻¹⁰

Se han propuesto varios modelos para estimar los resultados adversos del embarazo de mujeres infectadas por sífilis, con resultados que oscilan entre el 50% y el 80%.⁷⁻¹⁰.

En los cuadros 1 y 2 se refleja el intervalo de resultados adversos estimados o notificados por sífilis materna no tratada y el número estimado de casos anuales de sífilis congénita.

Manifestaciones clínicas¹⁷.

Las manifestaciones clínicas de la sífilis congénita se han dividido en temprana, cuando aparecen en el primer año de vida y tardía cuando aparecen después.

Sífilis congénita temprana, las manifestaciones cutáneas son similares a las que se observan en la sífilis secundaria adquirida. Son erupciones papulosas o maculopapulosas generalizadas, las ampollas que prácticamente no se encuentran en la sífilis adquirida se localizan principalmente en palmas y plantas, se las ve con frecuencia en esta forma congénita. También presentan coriza nasal crónica con exudado nasal blanquecino y en ocasiones sanguinolento (oscuro). Las linfadenopatías, la hepatoesplenomegalia y la ostiocondritis también son frecuentes.

17.- www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/syphilis.html

Sífilis congénita tardía, en este período se presenta la clásica triada de Hutchinson que comprende sordera de el octavo par craneano, queratitis intersticial y dientes de Hutchinson. Además puede afectarse cualquier estructura del aparato esquelético (los huesos pueden ser escleróticos produciendo lo que conoce con el nombre de tibia en sable) y vísceras en general.

DIAGNOSTICO

a) Un medio inequívoco para confirmar el *diagnóstico de sífilis primaria* es la identificación de *T. Pallidum* mediante *microscopía de campo oscuro*. El material para estudio se obtiene por raspado superficial (sin sangrado) del chancro o por punción aspirativa de las adenopatías satélites. Las muestras deben ser observadas inmediatamente de sacadas para poder ver el movimiento del germen que es característico y de valor diagnóstico.

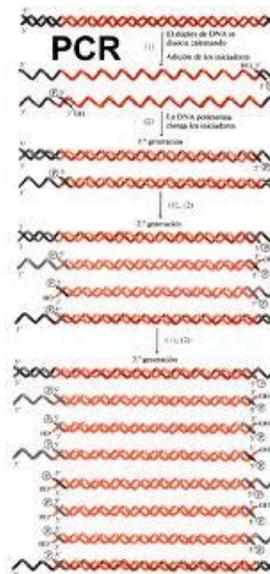
Este método es sensible y específico cuando se realiza correctamente y el técnico de laboratorio tiene suficiente experiencia. Aporta resultados inmediatos y es de escaso costo económico. En el caso de lesiones bucales el diagnóstico está dificultado por la existencia de treponemas saprofitas en esta zona.

Aunque esta técnica también sirve para confirmar el diagnóstico de la sífilis secundaria, en la práctica se usa poco, pues en esta etapa las pruebas serológicas ya son reactivas.



b) También puede identificarse *T. pallidum* usando anticuerpos monoclonales dirigidos contra un antígeno de *Treponema pallidum* marcados con fluoresceína.

c) Un método reciente, que parece promisorio, es la detección de DNA de *T. pallidum* mediante la reacción de la polimerasa en cadena (PCR), el que aun no está disponible para uso clínico de rutina. Puede ser usado para detectar *T. pallidum* en LCR¹⁸.

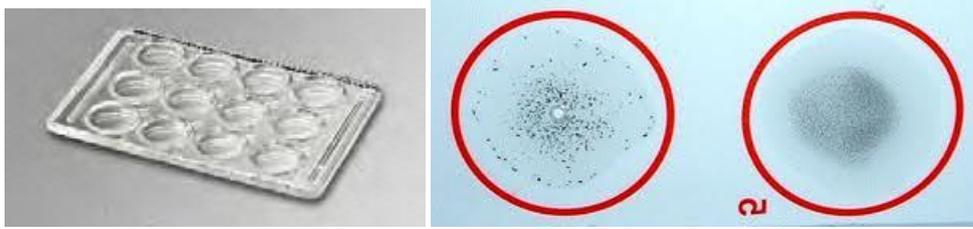


18. - Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2006. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Service, November 2002

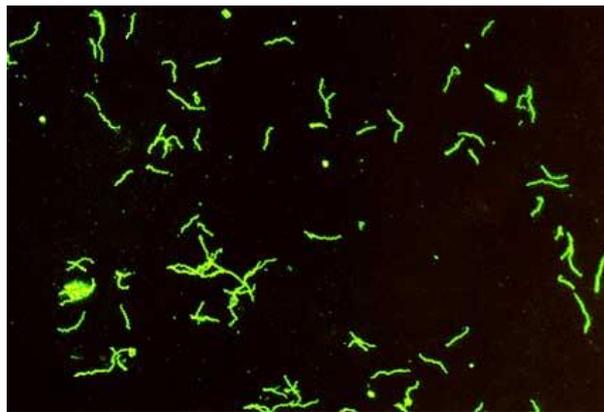
d) Las pruebas serológicas no treponémicas como el VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) o RPR (Rapid Plasma Reagin) son fáciles de realizar, tienen escaso costo económico, son útiles para el diagnóstico y esenciales para controlar la respuesta al tratamiento, para lo cual se necesita que el estudio sea cuantitativo. Resultan reactivas después de 14 a 20 días de aparecido el chancro. Los niveles de anticuerpos se correlacionan con la actividad de la enfermedad. Títulos de 8UI o mayores se interpretan como correspondientes a infección activa. Aunque VDRL y RPR tienen similar validez, el resultado cuantitativo de ambas pruebas no puede ser comparado. Para poder comparar es preferible hacer los estudios secuenciales en el mismo laboratorio. Títulos de 4UI o menores pueden observarse en personas tratadas por sífilis o ser falsos positivos. Los falsos positivos pueden observarse en el curso de infecciones bacterianas o virales, enfermedades autoinmunes o tumorales, después de vacunaciones, durante el embarazo, en UDIV.

“Falsos negativos resultan del fenómeno de prozona. Aunque estas pruebas habitualmente se negativizan después del tratamiento, en algunos pacientes persisten reactivas por el resto de su vida, pero con títulos bajos. Un descenso no significativo de los títulos o un nuevo ascenso después del tratamiento, hace sospechar fracaso terapéutico o reinfección”¹⁹.

19.- www.entornomedico.org/.../index.php?option=com_content.



e) Las pruebas serológicas treponémicas como FTA-abs (Fluorescent Treponemal Antibody absorption test) o TPHA (*Treponema pallidum* Haemagglutination Assay) se positivizan más precozmente (7 a 10 días), son más específicas, tienen menor frecuencia de resultados falsos positivos y son más perdurables.



En algunos lugares usan TPHA como prueba de tamizaje pues puede ser automatizado, resultando rápido y poco costoso. Como los niveles de anticuerpos detectados con las pruebas treponémicas no se correlacionan con la actividad de la infección, se informan en forma cualitativa, como "reactivo" o "no reactivo". Carecen de utilidad para controlar la respuesta al tratamiento, pues frecuentemente quedan reactivas, incluso después de curado el paciente. Los falsos positivos de FTA-abs son muy raros (1%) y pueden verse en pacientes con niveles elevados de gamma globulinas o

anticuerpos antinucleares, embarazadas, conectivopatías, cirrosis, anemia hemolítica autoinmune, diabetes tipo I, etc.

Son útiles cuando existen dudas diagnósticas (VDRL menor de 8UI, que puede ser falso positivo).

A todo paciente con sífilis se le debe proponer la realización de una serología para VIH. Si la misma es negativa puede ser necesario repetirla luego de 3 meses.

INTERPRETACIÓN SEROLÓGICA EN LA SÍFILIS²⁰.

El diagnóstico serológico de la Sífilis se basa en la detección de los anticuerpos IgM e IgG que se forman después de la infección sifilítica. Las pruebas serológicas de detección de anticuerpos son de dos clases, las inespecíficas, no treponémicas o reaginicas y las específicas o Treponémicas.

Pruebas no específicas, no treponémicas o reaginicas²¹

Se denominan así porque utilizan como antígenos sustancias lipoides formadas por cardiolipina, lecitina y colesterol que tienen la capacidad de reaccionar con ciertos anticuerpos IgG denominados reaginas que se forman en los pacientes afectados de sífilis.

20.- www.nacer.udea.edu.co/pdf/sifilis/ins.pdf

21.- www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/syphilis.html

Esta reacción se debe a que las reaginas son anticuerpos que se forman contra membranas mitocondriales de núcleos destruidos por la infección treponémica.

Esta es la razón por la que estas pruebas pueden reaccionar equivocadamente con otros procesos patológicos dando lugar a las llamadas reacciones falsas positivas.

Existe una serie de pruebas inespecíficas pero la del VDRL esta considerada como una de las mejores pruebas selectivas en la población en general y en casos en que se sospecha de sífilis primaria y secundaria.

La prueba de VDRL es de floculación cuyo resultado se da en forma cualitativa ya sea como reactiva o no reactiva y en forma cuantitativa por diluciones 0,1,,4,8,16,32,64,125,256.

Pruebas específicas o treponémicas.- Se denominan así por cuanto usan como antígenos treponemas vivos, muertos o fracciones de ellos más específicamente contra anticuerpos IgG y/o IgM formados por la infección treponémica y dan por lo tanto resultados más seguros, aunque también pueden dar resultados falsos positivos pero en menor proporción. Las principales pruebas de este grupo son la reacción de anticuerpo treponémico fluorescente FTA-ABS y microhematoglutinación para treponema MHAPT, no son cuantitativas.

El uso de estas pruebas está restringido a la comprobación de reacciones falsas positivas al VDRL y en el diagnóstico de sífilis tardía cuando es factible que el VDRL de resultados falsos negativos.

Evolución Serológica.- En la Sífilis primaria las pruebas serológicas no se hacen positivas hasta 1 a 4 semanas después de la aparición del chancro (fase preserológica).

En la sífilis secundaria las pruebas no treponémicas y treponémicas son positivas en el 100% de los casos. En la sífilis latente precoz (de menos de 1 año de evolución) las pruebas reagínicas y treponémicas son positivas pero se produce una caída lenta y progresiva de los títulos de las pruebas reagínicas que con el paso del tiempo pueden llegar a negativizarse.

En la sífilis latente tardía de (más de 1 año de evolución) las pruebas reagínicas pueden ser positivas o negativas según el tiempo de evolución mientras que las pruebas Treponémicas siempre son positivas.

En la sífilis terciaria las pruebas reagínicas pueden ser negativas en el 30% de los pacientes mientras que las pruebas Treponémicas son positivas en el 90% de los casos.

Interpretación del VDRL positivo con títulos bajos en la sífilis.-

Cuando los antecedentes de exposición a la sífilis y sus manifestaciones clínicas se encuentran ausentes y ante una prueba de VDRL positiva con títulos bajos, como único criterio para el diagnóstico de sífilis, deben considerarse tres probabilidades:

1. Que la prueba de VDRL sea positiva para sífilis pero el paciente nunca se trató o recibió tratamiento inadecuado. Es decir, el paciente está enfermo.
2. El individuo padeció sífilis, se trató y curó, pero mantiene un VDRL positivo a títulos bajos, esto se denomina serología residual.
3. Reacciones falsas positivas.- Las pruebas no treponémicas pueden ser positivas en ausencia de sífilis (reacción biológica falsa positiva que se divide en dos tipos: agudas y crónicas.

Las falsas positivas aguda ocurre entre 1 a 6 meses, en pacientes que presentan infecciones agudas como virosis, mononucleosis infecciosa, hepatitis, paludismo, leishmaniasis, vacunas, embarazo, diabetes, etc.

Las falsas positivas crónicas se observan en: colagenopatías, lepra lepromatosa, disproteinemias, cirrosis, cáncer, etc. También hay falsas positivas técnicas debido a errores de laboratorio.

Las pruebas treponémicas también pueden dar reacciones falsas positivas pero con escasa frecuencia cuando se presentan hay que pensar en enfermedades del colágeno, los pacientes que hacen herpes a repetición también lo pueden hacer.

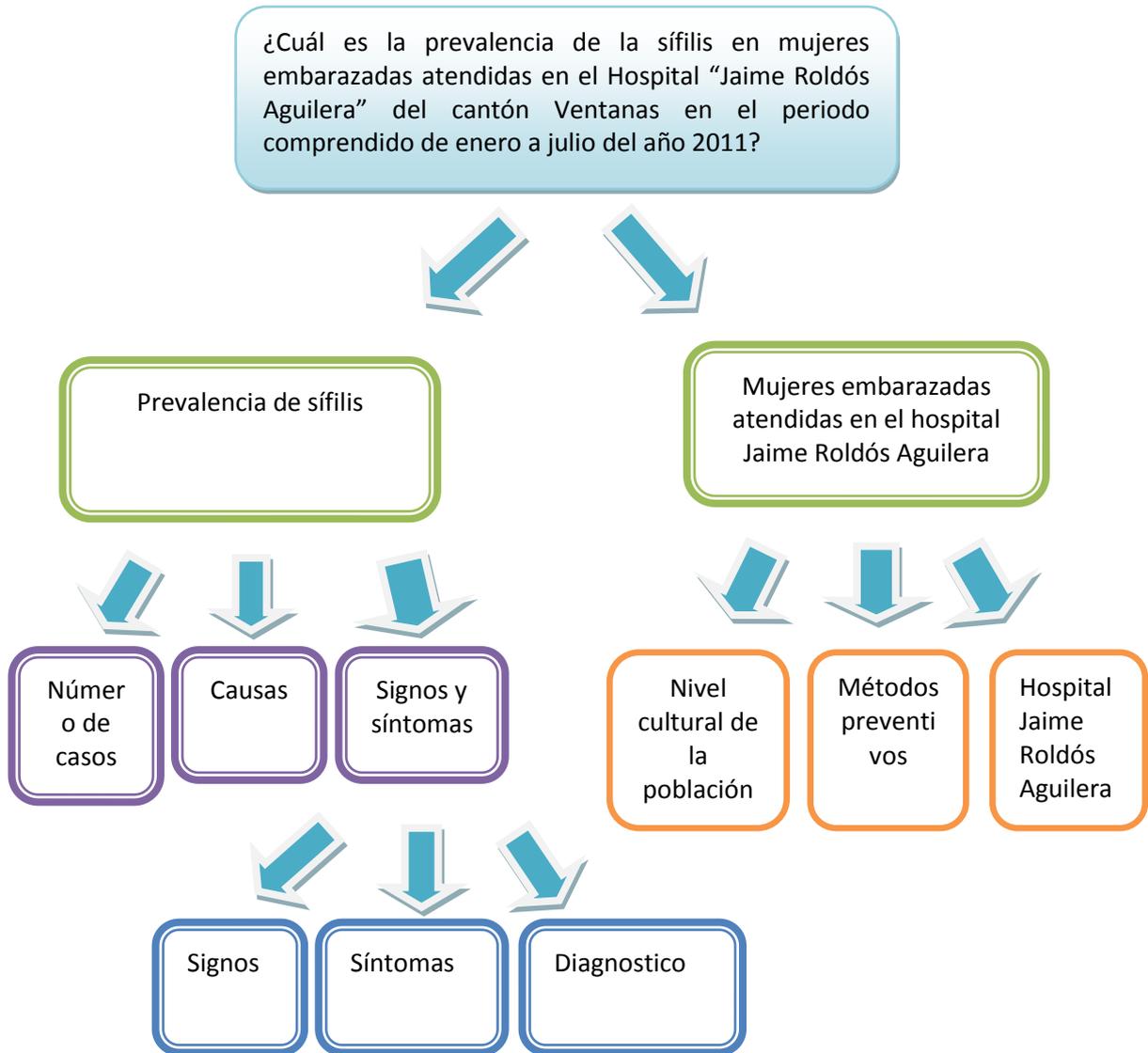
Diagnóstico de neurosífilis²²

El diagnóstico de neurosífilis suele ser difícil, para lo cual no alcanza con un solo elemento. Se basa en la clínica y en la paraclínica (pruebas serológicas, estudio del LCR). Interesa estudiar el LCR con pruebas citoquímicas, VDRL, FTA-abs e índice de TPHA.

En ausencia de contaminación con sangre el VDRL tiene alta especificidad, pero es poco sensible (30 a 70%). Un VDRL reactivo es suficiente para diagnosticar neurosífilis, pero el negativo no la descarta. Contrariamente sucede con las pruebas treponémicas (TPHA y FTA-abs) en LCR, que son muy sensibles pero poco específicas. Si son negativas la neurosífilis es muy improbable, pero el resultado reactivo carece de valor, porque los anticuerpos de clase IgG responsables de la reactividad de estas pruebas atraviesan la barrera hematoencefálica, aunque las meninges no estén inflamadas y además una ínfima cantidad de sangre contaminando el LCR es suficiente para dar un falso positivo.

22.-www.unicef.org/.../Documento_Conceptual_-_Eliminacion_de_la_sifilis

2.2.- CATEGORIAS DEL ANALISIS TEORICO CONCEPTUAL



2.3.- PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS

2.3.1.- HIPOTESIS GENERAL

La realización de la prueba de VDRL nos ayudo en el diagnostico de sífilis en mujeres embarazadas que fueron atendidas en el Hospital “Jaime Roldós Aguilera” del cantón Ventanas en el periodo comprendido de enero a julio del año 2011.

2.3.2.- HIPOTESIS ESPECÍFICAS

- Las mujeres embarazadas que asistieron al hospital “Jaime Roldos Aguilera” del cantón Ventanas en el periodo de enero a julio del año 2011 presentaban llagas indoloras con bordes en relieve conocidas como chancro

- La edad más susceptible al contagio de sífilis en pacientes embarazadas atendidas en el hospital “Jaime Roldós Aguilera” del cantón Ventanas en el periodo comprendido de enero a julio del año 2011 es de 18 a 30 años de edad.

- Las complicaciones que presentarían las pacientes embarazadas atendidas en el hospital “Jaime Roldós Aguilera” del cantón Ventanas en el periodo de enero a julio del año 2011 serian neurosífilis, problemas cardiovasculares, daño a la piel y a los huesos

2.4.- VARIABLES

2.4.1.- VARIABLES INDEPENDIENTES

2.4.1.1.- Variable independiente general

Realización de la prueba de VDRL

2.4.1.2.- Variable independiente especifica 1

Mujeres embarazadas

2.4.1.3.- Variable independiente especifica 2

Edad más susceptible al contagio de sífilis

2.4.1.4.- Variable independiente 3

Complicaciones que presentan las pacientes

2.4.2.- VARIABLES DEPENDIENTES

2.4.2.1.- Variable dependiente general

Diagnostico de sífilis

2.4.2.2.- Variable dependiente especifica 1

Llagas indoloras conocidas como chancro

2.4.2.3.- Variable dependiente especifica 2

Pacientes de 18-30 años de edad

2.4.2.4.- Variable dependiente especifica 3

Neurosifilis, problemas cardiovasculares, daño a la piel y a los huesos

MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE LAS HIPOTESIS

HIPOTESIS ESPECIFICA

1

Las mujeres embarazadas que asistieron al hospital "Jaime Róldos Aguilera" del canton Ventanas

en el periodo comprendido de enero a julio del año 2011 presentaban llagas indoloras conocidas

como chancro

CONCEPTOS	CATEGORIAS	VARIABLES	INDICADORES	ESCALA
periodo comprendido entre la fecundacion del ovulo y el parto, durante el cual tiene lugar el desarrollo embrionario es una infección bacteriana causada por un organismo llamado Haemophilus ducreyi	Embarazo	Mujeres embarazadas	* Mujeres adultas	Cantidad Edad
			* Menores de edad	Cantidad Edad
			* Parejas estables	Si No
			* Trabajadoras sexuales	Si No
			* Relaciones esporadicas	Si No
	Chancro	Llagas indoloras conocidas como Chancro	Primera fase	Si No
			Segunda fase	Si No

MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE LAS HIPOTESIS				
HIPOTESIS ESPECIFICA 2				
La edad mas subseptible al contagio de sifilis en pacientes embarazadas atendidas en el hospital "Jaime Roldós Aguilera" del canton Ventanas en el periodo comprendido de enero a julio del año 2011				
es de 18 a 30 años de edad				
CONCEPTOS	CATEGORIAS	VARIABLES	INDICADORES	ESCALA
personas mas propensas al contagio de una enfermedad	subseptible	Edad mas subseptible al contagio de sifilis	pacientes menores de edad	Edad Cantidad
se da por contacto sexual con una persona infectada	contagio de sifilis		pacientes adultas	Edad Cantidad
periodo comprendido entre la fecundacion del ovulo y el parto, durante el cual tiene lugar el desarrollo embrionario	Embarazo	Pacientes embarazadas	casos positivos	Si No
			casos negativos	Si No

MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE LAS HIPOTESIS				
HIPOTESIS ESPECIFICA				
3				
Las complicaciones que presentarían las pacientes embarazadas atendidas en el hospital				
"Jaime Roldós Aguilera" del canton Ventanas en el periodo comprendido de enero a julio del año del 2011				
serían Neurosífilis, problemas cardiovasculares, daño a la piel y a los huesos				
CONCEPTOS	CATEGORIAS	VARIABLES	INDICADORES	ESCALA
Fenomeno que sobreviene en el curso de una enfermedad, distinto a las manifestaciones de ésta y consecuencia de las lesiones provocadas por ellas	Complicaciones	Complicaciones que presentan las pacientes embarazadas	* Falta de cuidado	Si No
			* No haberse realizado la prueba de VDRL	Si No
			* No terminar el tratamiento	Si No
			* No utilizar preservativo	Si No
conjunto de enfermedades de una persona	Patologías	Neurosífilis, problemas cardiovasculares, daño de la piel y de los huesos	Tratamiento oportuno de la infección por sífilis primaria	SI No

3.- METODOLOGIA

El tipo de estudio que se realizará en la investigación será de Laboratorio, ya que mediante el mismo se podrán determinar la incidencia de sífilis en las pacientes embarazadas del cantón Ventanas, para ello se realizan los análisis a las muestras que tomen, por lo tanto también nuestra investigación también será de campo, por último se analizarán los datos de las pacientes embarazadas que se atendieron el periodo de nuestra investigación.

3.1.- TIPO DE INVESTIGACION

Por lo tanto la investigación será de tipo descriptiva, ya que se analizarán cada uno de los cuadros clínicos de las pacientes atendidas en el periodo comprendido de enero a julio del año 2011

3.2.- UNIVERSO Y MUESTRA

3.2.1.- UNIVERSO

Nuestro Universo serán los 928 pacientes, que se atendieron durante los meses de enero a julio del año 2011 en el Hospital “Jaime Roldós Aguilera” y la muestra la determinaremos utilizando la siguiente fórmula

$$M = \frac{N}{E^2 (n-1)+2}$$

$$M = \frac{928}{(0.05)^2 (928-1)+2}$$

$$M = \frac{928}{0.0025 (927)+2}$$

$$M = \frac{928}{2.32+2}$$

$$M = \frac{928}{4.32}$$

$$M = 214$$

Donde

M = Total de Muestra.

N = Total de Población.

E = Margen de error 5%

3.2.2.- MUESTRA

El total de nuestra muestra es de 214 pacientes que fueron atendidos en el Hospital “Jaime Roldós Aguilera” del cantón Ventanas en el periodo comprendido de enero a julio del año 2011

3.3.- METODOS Y TECNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACION

3.3.1. MÉTODOS

Inductivo – Deductivo. Con la aplicación de este método se podrá conocer a profundidad las variables de estudio, para llegar al establecimiento de conclusiones y recomendaciones, partiendo de la realidad tangible

Hipotético-Deductivo. Con este método se logrará conocer la conexión existente entre las variables de estudio de manera longitudinal a fin de establecer alternativas de solución al problema

3.3.2. TÉCNICAS

Dentro de las técnicas a utilizarse para la recolección de información tenemos las siguientes:

- Encuestas y entrevistas a los pacientes
- Realización de las prueba de VDRL
- Datos generales como edad, sexo, estado civil, dirección, etc.
- Verificación de los datos estadísticos de los pacientes

3.4. PROCEDIMIENTO

El proceso que regirá la investigación será el siguiente:

- Orientaciones previas
- Selección del tema
- Aprobación del tema
- Selección de la bibliografía
- Delimitación del campo de investigación
- Recopilación de información
- Análisis de información y selección de contenido
- Aplicación de encuestas
- Tabulación y procesamiento
- Redacción del borrador de la tesis
- Revisión del borrador
- Presentación y aprobación
- Sustentación previa de la tesis
- Defensoría de la tesis

4.- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

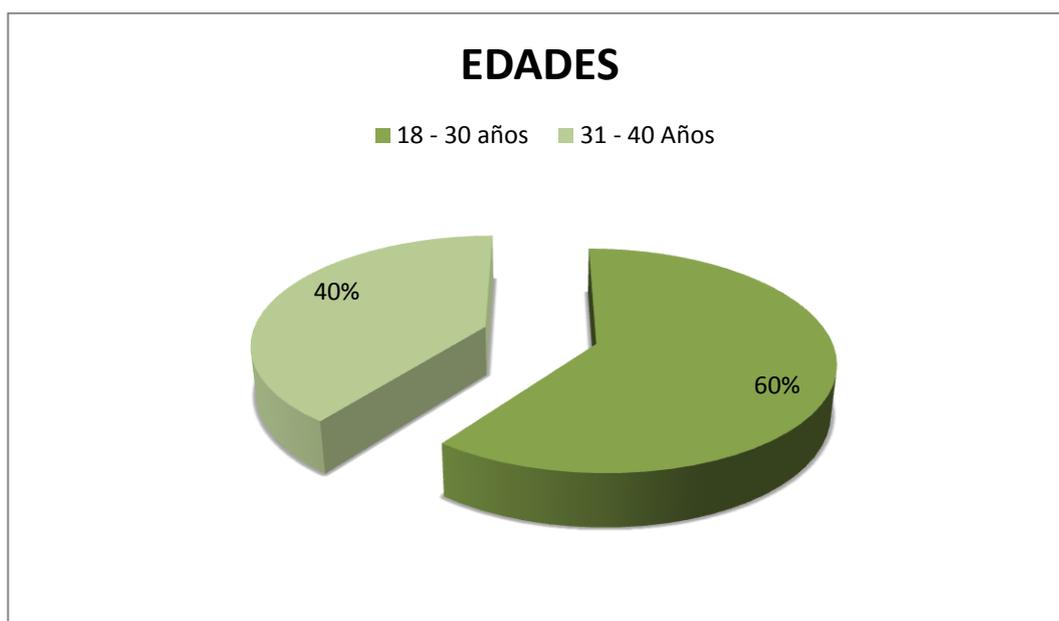
Los datos estadísticos de la información obtenida en esta investigación se procesó de forma manual, esta información se ha presentado en cuadros y gráficos a fin de dar respuesta a los objetivos planteados

4.1.- TABULACION E INTERPRETACION DE DATOS

Después de recoger la información mediante la aplicación del formulario elaborado para tales fines y haber realizado la prueba de VDRL a las pacientes embarazadas que asistieron al hospital “Jaime Roldós Aguilera” en el periodo comprendido de enero a julio del año 2011 se procede a presentarlo mediante cuadros y gráficos y su correspondiente interpretación de la cual se procedió a exponer el siguiente análisis:

**PACIENTES EMBARAZADAS QUE ASISTIERON AL HOSPITAL
"JAIME ROLDOS AGUILERA" CLASIFICADAS POR EDADES**

	Numero	Porcentaje
18 – 30 Años	129	60.3%
31 – 40 Años	85	39.7%
TOTAL	214	100%

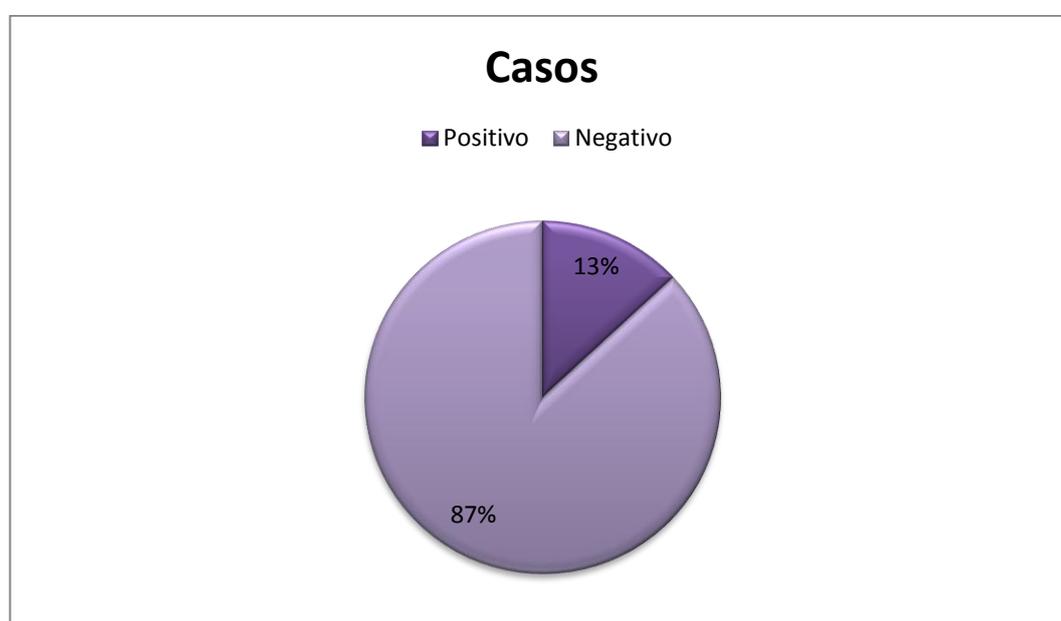


Análisis

En el presente cuadro mostramos una clasificación por edades del total de la muestra de pacientes embarazadas que asistieron al hospital "Jaime Roldós Aguilera" en el cual podemos observar que 39.7 % de pacientes son mujeres de 31 – 40 años mientras que en mayor proporción con un 60.3% eran pacientes de 18 – 30 años de edad

RANGO DE CASOS POSITIVOS Y NEGATIVOS

	Numero	Porcentaje
Positivo	28	13.1%
Negativo	186	86.9%
TOTAL	214	100%

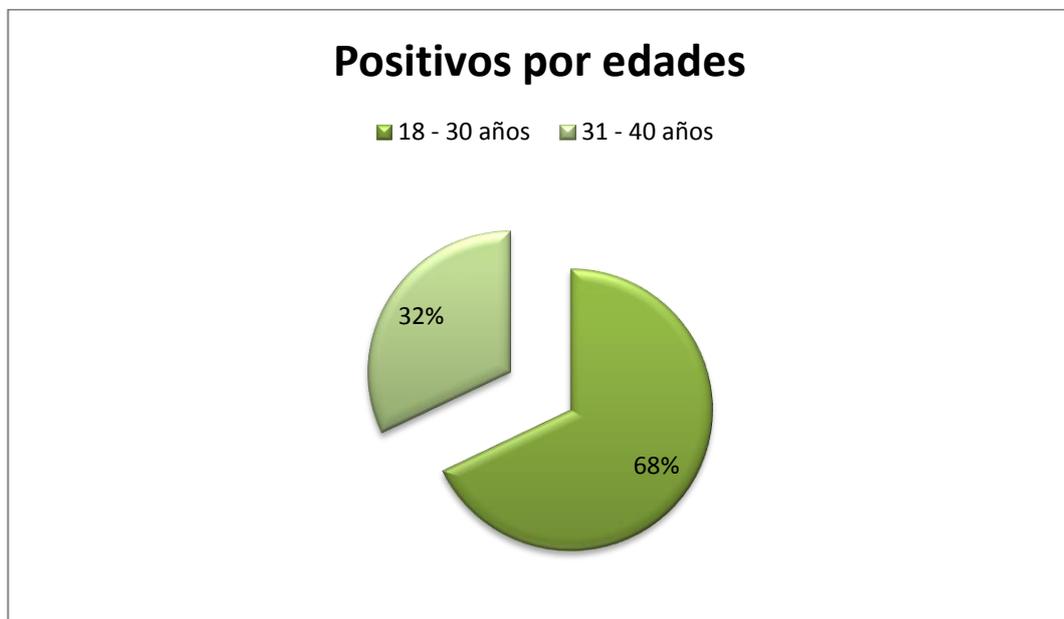


Análisis

En el siguiente cuadro presentamos el porcentaje de pacientes que resultaron positivos para sífilis en cual fue del 13.1 % mientras que en mayor porcentaje se encuentra las pacientes que resultaron negativos para sífilis con un 86.1%. Por lo tanto nos podemos dar cuenta que el índice de sífilis es bajo pero sin embargo aun la enfermedad sigue latente.

PACIENTES POSITIVOS CLASIFICADO POR EDADES

	Numero	Porcentaje
18 – 30 Años	19	67.9%
31 – 40 Años	9	32.1%
TOTAL	28	100%



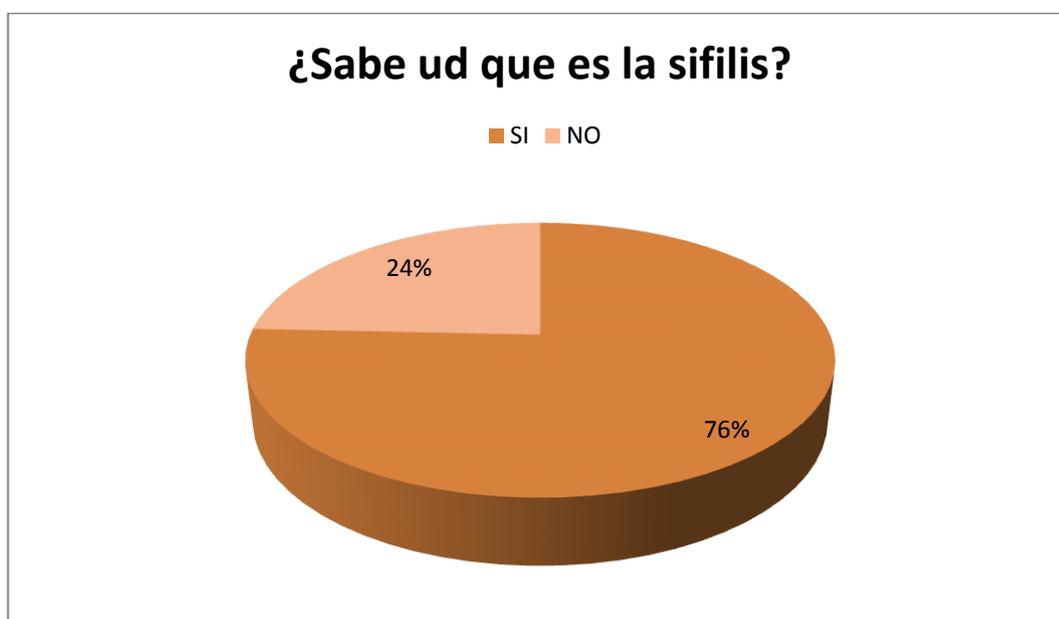
Análisis

En el siguiente cuadro mostramos el porcentaje de pacientes que resultaron positivos clasificado por edades, en el cual podemos observar que el 32.1% pertenece a las pacientes de 31 – 40 años mientras que en mayor porcentaje tenemos a las pacientes de 18-30 años siendo este el de mayor incidencia. Por lo tanto podemos observar que los pacientes más vulnerables son pacientes adolescentes.

CUADROS ESTADISTICOS DE LAS PREGUNTAS REALIZADAS EN LA ENCUESTA

1.- ¿Sabe Ud. que es la Sífilis?

	Numero	Porcentaje
SI	162	75.7%
NO	52	24.3%
TOTAL	214	100%



Análisis

En el siguiente análisis podemos observar que el 24.3% de las pacientes encuestadas no saben sobre lo que es la enfermedad mientras que en mayor porcentaje con el 75.7% si tienen conocimiento sobre esta enfermedad.

2.- ¿Se ha realizado la prueba de VDRL durante el embarazo?

	Numero	Porcentaje
SI	128	59.8%
NO	86	40.2%
TOTAL	214	100%



Análisis

El siguiente cuadro observamos que el 40.2 % de las pacientes no se ha realizado la prueba VDRL para el diagnostico de esta enfermedad mientras que en mayor porcentaje con el 59.8% si se ha realizado la prueba.

3.- ¿Ha mantenido relaciones sexuales sin protección?

	Numero	Porcentaje
SI	195	91.2%
NO	19	8.8%
TOTAL	214	100%

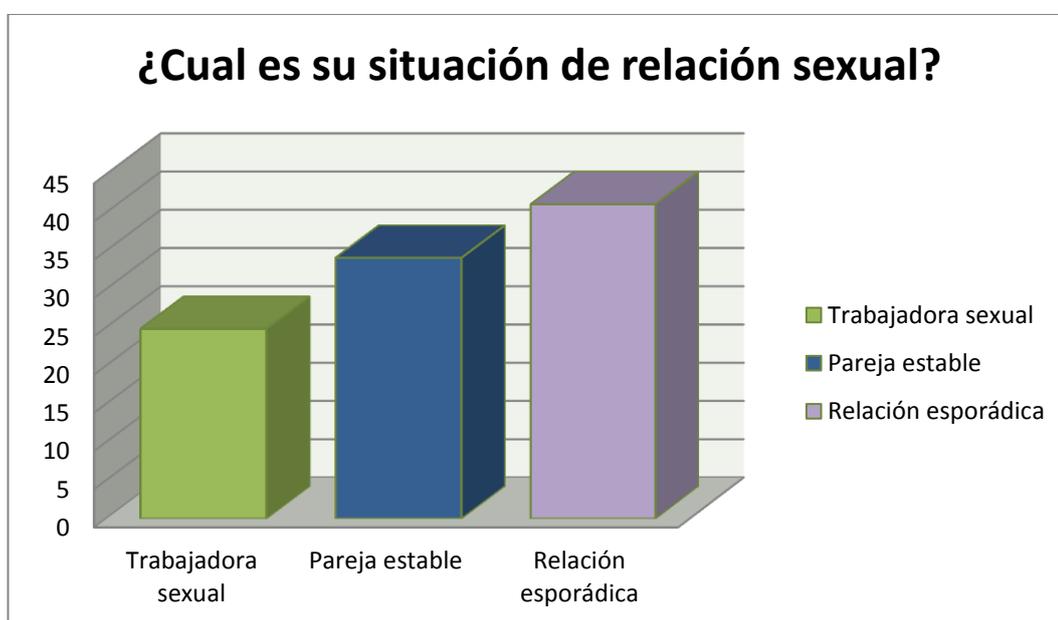


Análisis

En este análisis podemos observar que el 8.8% de las pacientes no mantienen relaciones sexuales sin protección mientras que en mayor porcentaje con un 91.2 % de las pacientes mantienen relaciones sexuales sin protección siendo esta una de las causas para contraer la enfermedad

4.- ¿Cual es su situación de relación sexual?

	Numero	Porcentaje
Trabajadora sexual	53	24.8%
Pareja estable	73	34.1%
Relación esporádica	88	41.1%
TOTAL	214	100%



Análisis

En el siguiente cuadro mostramos la situación sexual de las pacientes en el cual se pudo observar que el 24.8% de las pacientes eran trabajadoras sexuales, el 34.1 % eran pacientes que mantenían una sola pareja y en mayor porcentaje con el 41.1 % eran pacientes que tenían relaciones esporádicas.

5.- ¿Mantiene relaciones sexuales con varias parejas?

	Numero	Porcentaje
SI	141	65.9%
NO	73	34.1%
TOTAL	214	100%



Análisis

En el siguiente cuadro mostramos el porcentaje de pacientes que mantienen relaciones sexuales con varias parejas en el cual se pudo observar que el 65.9% de las pacientes si mantenían relaciones sexuales con diferentes personas mientras que en menor porcentaje con el 34.1% mantenían relaciones con una sola pareja.

6.- Cuando tiene relaciones sexuales, ¿usa condones u otros métodos para protegerse?

	Numero	Porcentaje
Siempre	65	30.3%
La mayoría de las veces	22	10.3%
No muy frecuente	31	14.5%
Nunca	96	44.9%
TOTAL	214	100%

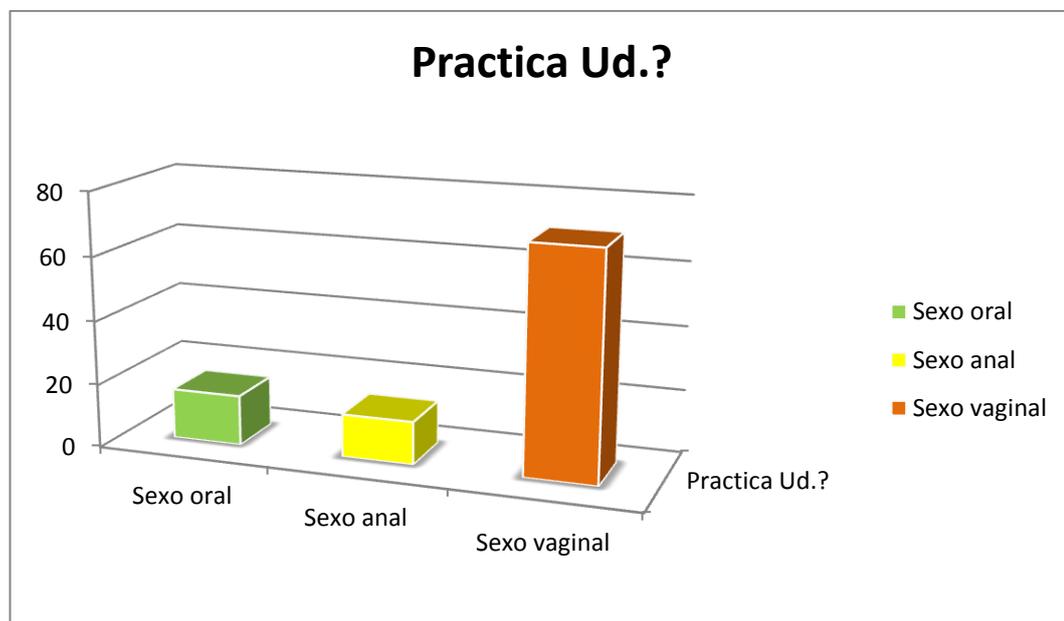


Análisis

De acuerdo a la pregunta que se realizó podemos observar que en menor porcentaje con el 10.3% la mayoría de las veces utilizan métodos preventivos, con el 14.5% los utilizan con muy poca frecuencia, el 30.3% siempre los utiliza y en mayor porcentaje con el 44.9% nunca utilizan medios preventivos siendo esta otra de las causas para contraer la enfermedad

7.- Practica Ud.?

	Numero	Porcentaje
Sexo oral	34	15.8%
Sexo anal	29	13.6%
Sexo vaginal	151	70.6%
TOTAL	214	100%



Análisis

En el siguiente cuadro observamos que en menor porcentaje con el 13.6% de las pacientes practican el sexo anal, el 15.8% practican sexo oral y en mayor porcentaje con el 70.6% practican sexo vaginal.

ENCUESTA

1.- ¿Sabe Ud. que es la Sífilis?

SI NO

2.- ¿Se ha realizado la prueba de VDRL durante el embarazo?

SI NO

3.- ¿Ha mantenido relaciones sexuales sin protección?

SI NO

4.- ¿Cual es su situación de relación sexual?

Trabajadora sexual

Pareja estable

Relación esporádica

5.- ¿Mantiene relaciones sexuales con varias parejas?

SI NO

6.- Cuando tiene relaciones sexuales, ¿usa condones u otros métodos para protegerse?

Siempre

La mayoría de las veces

No muy frecuentemente

Nunca

7.- Practica Ud.?

Sexo anal

Sexo oral

Sexo vaginal

4.2.- COMPROBACIÓN Y DISCUSIÓN DE HIPÓTESIS

Luego de haber realizado el proceso de investigación sobre la incidencia de sífilis en mujeres embarazadas atendidas en el hospital “Jaime Roldós Aguilera” en el periodo comprendido de enero a julio del año 2011, se ha podido comprobar que nuestra hipótesis de estudio nos ha permitido determinar que la falta de conocimiento y el no utilizar métodos de prevención al tener relaciones sexuales son los principales factores que influyen el contagio y propagación de la enfermedad.

4.3.- CONCLUSIONES

Después de analizar los resultados presentados en cuadros y gráficos que resultaron de la aplicación del instrumento de recolección de información sobre incidencia de sífilis en mujeres embarazadas atendidas en el hospital “Jaime Roldós Aguilera” del cantón Ventanas en el periodo comprendido de enero a julio del año 2011 hemos llegado a las siguientes conclusiones

- La población joven es la más vulnerable para contraer la enfermedad, ya que los resultados arrojan 85% de la muestra, se encuentra entre los 18 y los 30 años de edad.
- La transmisibilidad de la enfermedad es rápida debido a que las personas no utilizan métodos preventivos para evitar el contagio y propagación de la enfermedad.
- La prueba del VDRL es muy importante para el diagnóstico de esta enfermedad
- La falta de conocimiento de la enfermedad influye en el contagio de la misma
- El tener relaciones sexuales con distintas parejas también influye en el contagio de la enfermedad

5.- PROPUESTA ALTERNATIVA

5.1.- Presentación

A nivel comunitario, hay que esforzarse para aumentar el acceso a los servicios de atención maternoinfantil y su uso, y para animar a las mujeres a solicitar cuidados sanitarios al comienzo del embarazo. Es necesario que en los programas de atención sanitaria se colabore con las mujeres, las familias y las comunidades para aumentar su comprensión de las necesidades de las madres y los recién nacidos. De esto se desprenden dos ventajas: primero, las familias podrán buscar soluciones oportunas a las necesidades de las madres y los recién nacidos, y, segundo, los servicios de salud podrán planificar una atención más acorde con las necesidades de las comunidades.

Los profesionales de la salud han de comprender las ideas y creencias de las mujeres y las comunidades respecto de la salud maternoinfantil, con cuestiones tales como: la atención sanitaria durante el embarazo y los problemas de salud de las embarazadas; el estigma asociado a las infecciones de transmisión sexual; el papel de los hombres como motores u obstáculos para buscar la asistencia sanitaria; la dinámica de la toma de decisiones en la familia; las preferencias de cuidados durante el embarazo y las percepciones de la calidad de la atención en los servicios sanitarios. Esta comprensión es crucial para diseñar estrategias adecuadas que amplíen el conocimiento sobre la salud, la enfermedad y la prevención de las enfermedades y fomenten actuaciones apropiadas

5.2.- OBJETIVOS

5.2.1.- OBJETIVO GENERAL

- Garantizar que las mujeres están libres de infección durante el embarazo mediante un tratamiento de ITS eficaz, el asesoramiento sobre prevención de ITS y uso del preservativo, así como la notificación y el tratamiento de la pareja.

5.2.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Fortalecer de los programas preventivos para mujeres en edad reproductiva y sus parejas, para inducir y asegurar la demanda de servicios y atención prenatal oportuna
- Fortalecer la capacidad de los servicios de salud maternoinfantil, del recién nacido y de atención familiar y comunitaria para la detección temprana, atención y tratamiento de la sífilis en mujeres embarazadas

5.4.- RECURSOS Y PRESUPUESTO

5.4.1.- RECURSOS

Humanos

- Investigadores
- Asesor de tesis
- Profesionales especializados
- Mujeres embarazadas de la ciudad de Ventanas
- Autoridades y personal de salud del Hospital Jaime Roldós Aguilera

Materiales

- ❖ Textos de consultas
- ❖ Folletos
- ❖ Cuaderno
- ❖ Bolígrafos
- ❖ Hojas
- ❖ Guantes
- ❖ Mandil
- ❖ Jeringas
- ❖ Centrifuga
- ❖ Tubos de ensayo
- ❖ Pipetas
- ❖ Puntas
- ❖ Alcohol

- ❖ Torniquete
- ❖ Placa
- ❖ Microscopio

Reactivos

- ❖ VDRL

Económicos

Los recursos económicos serán financiados por los investigadores de la presente tesis.

5.4.2.- PRESUPUESTO

CONCEPTOS/RUBROS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	SUB TOTALES
<i>PLACAS</i>	4 CAJAS	3.00	12.00
<i>CUADERNO</i>	1	1.50	1.50
<i>BOLIGRAFO</i>	2	0.40	0.80
<i>HOJAS</i>	1 REMA	4.00	4.00
<i>GUANTES</i>	3 CAJAS	6.00	18.00
<i>GERINGAS</i>	4 CAJAS	15.00	60.00
<i>TUBOS DE ENSALLO</i>	3 CAJAS	7.00	21.00
<i>PUNTAS</i>	2 CAJAS	10.00	20.00
<i>TORNIQUETE</i>	1	3.00	3.00
<i>ALCOHOL</i>	1 GALON	8.00	8.00
<i>VDRL</i>	1	35.00	35.00
	TOTAL		183.30

6.-BIBLIOGRAFIA

- es.wikipedia.org/wiki/Sifilis
- www.cdc.gov/std/spanish/stdfact-syphilis-s.htm
- www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/syphilis.html
- www.entornomedico.org/.../index.php?option=com_content..

- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006. MMWR 2006;55(no. RR-11).
- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2006. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Service, November 200
- www.nacer.udea.edu.co/pdf/sifilis/ins.pdf
- www.editum.org/Sifilis-Congenita-Clasificacion-Sintomas-Y-Secuelas
- www.slideshare.net/furia/sifilis-congenita-4116796 - Estados Unido
- www.unicef.org/.../Documento_Conceptual_-_Eliminacion_de_la_sifilis
- www.cdc.gov/std/spanish/stdfact-syphilis-s.htm

ANEXOS



**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR
HOSPITAL "JAIME ROLDOS AGUILERA"**

Orden	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	CIUDAD	VDRL	DILUCIÓN
1	CEDEÑO ROSADO VANESSA	35	VENTANAS	NO REACTIVO	
2	CONTRERAS MORA GUADALUPE	19	VENTANAS	NO REACTIVO	
3	MACIAS RIVERA ANA VICTORIA	32	VENTANAS	NO REACTIVO	
4	ALCIVAR GUERRERO LISSETTE	22	VENTANAS	NO REACTIVO	
5	CUERO VERA CINTHIA	21	VENTANAS	NO REACTIVO	
6	VERA VELIZ BELGICA	36	VENTANAS	NO REACTIVO	
7	VERA RODRIGUEZ EMMA	40	VENTANAS	NO REACTIVO	
8	AVILEZ AREVALO JANETH	19	VENTANAS	NO REACTIVO	
9	VERA GUERRERO ROSA	35	VENTANAS	REACTIVO	1 EN 8
10	ARIAS AVILEZ MARTHA	25	VENTANAS	NO REACTIVO	
11	REYES RODRIGUEZ KATHIA	27	VENTANAS	NO REACTIVO	
12	ZAMBRANO ALEXANDRA	37	VENTANAS	NO REACTIVO	
13	MENDEZ TOAZA JUSTINA	25	VENTANAS	NO REACTIVO	
14	ESPAÑA RENDON FABIOLA	26	VENTANAS	NO REACTIVO	
15	GARCIA GARCIA DIANA	22	VENTANAS	REACTIVO	1 EN 2
16	ALAVA LEON GERMANIA	28	VENTANAS	NO REACTIVO	
17	PEREZ PEREZ MAGDALENA	27	VENTANAS	NO REACTIVO	
18	NOBECILLA VASQUEZ FANNY	40	VENTANAS	NO REACTIVO	
19	FRANCO VITE CRISELDA	39	VENTANAS	NO REACTIVO	
20	PEÑA ZAMBRANO VERONICA	25	VENTANAS	NO REACTIVO	
21	LARA JURADO PETITA	25	VENTANAS	NO REACTIVO	
22	MIRANDA TORRES BLANCA	29	VENTANAS	NO REACTIVO	
23	SALVADA SANTILLAN CARMEN	27	VENTANAS	NO REACTIVO	
24	PEÑA CABEZA ANITA	18	VENTANAS	REACTIVO	1 EN 2
25	CABRERA SANCHEZ SEGUNDA	24	VENTANAS	NO REACTIVO	
26	BELTRAN VERGARA MARIUXI	24	VENTANAS	NO REACTIVO	
27	MENDOZA BELTRAN ADENIS	35	VENTANAS	NO REACTIVO	
28	ANDRADE MEJIA SANDRA	38	VENTANAS	NO REACTIVO	
29	RIVERA MARTINEZ MIRIAM	25	VENTANAS	NO REACTIVO	
30	LLANOS BAÑOS JENNY	37	VENTANAS	REACTIVO	1 EN 4
31	BARREIRO NARANJO ISABEL	26	VENTANAS	NO REACTIVO	
32	PEREZ CHICHA BRIGIDA	23	VENTANAS	NO REACTIVO	
33	CONTRERAS LOOR JENNIFER	34	VENTANAS	NO REACTIVO	
34	LARA LARA NANCY	26	VENTANAS	NO REACTIVO	

**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR
HOSPITAL "JAIME ROLDOS AGUILERA"**

Orden	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	CIUDAD	VDRL	DILUCIÓN
35	RODRIGUEZ BELTRAN ROSARIO	28	VENTANAS	NO REACTIVO	
36	NAVARRO VALVERDE VICTORIA	29	VENTANAS	REACTIVO	1 EN 2
37	VERA ICAZA LADY	25	VENTANAS	NO REACTIVO	
38	NUÑEZ CHICA ESTEFANIA	31	VENTANAS	NO REACTIVO	
39	ORTEGA LETTY	21	VENTANAS	NO REACTIVO	
40	CONTRERAS MONCADA ROSA	32	VENTANAS	NO REACTIVO	
41	TIGRERO BAJAÑA ANABEL	27	VENTANAS	REACTIVO	1 EN 2
42	TORRES MENDOZA VANESSA	26	VENTANAS	NO REACTIVO	
43	SUAREZ PALMA JULIANA	29	VENTANAS	NO REACTIVO	
44	RODRIGUEZ JOSEFINA	36	VENTANAS	NO REACTIVO	
45	PEÑAFIEL ANGELICA MARIANA	25	VENTANAS	NO REACTIVO	
46	MINDIOLA MORAN EMILIA	35	VENTANAS	NO REACTIVO	
47	ZAMBRANO BUSTAMANTE SONIA	25	VENTANAS	NO REACTIVO	
48	SANCHEZ ZAMBRANO CARMEN	38	VENTANAS	NO REACTIVO	
49	MORENO GARCIA MARGARITA	24	VENTANAS	NO REACTIVO	
50	RUIZ JIMENEZ INES	24	VENTANAS	NO REACTIVO	
51	CHICA MORA ROSA	34	VENTANAS	NO REACTIVO	
52	TOAPANTA CHELA MARIA	23	VENTANAS	NO REACTIVO	
53	RAMIREZ VERA VERONICA	31	VENTANAS	NO REACTIVO	
54	VILLAMAR SANTILLAN NARCISA	26	VENTANAS	REACTIVO	1 EN 2
55	MACIAS MACIAS SILVIA	27	VENTANAS	NO REACTIVO	
56	PACHECO LOOR CECILIA	36	VENTANAS	NO REACTIVO	
57	RIVERA MACIAS MARY	21	VENTANAS	NO REACTIVO	
58	PLUAS MENDOZA RICARDA	24	VENTANAS	NO REACTIVO	
59	VERA CARRERA BARBARA	32	VENTANAS	NO REACTIVO	
60	ZAMORA PALMA MERCEDES	22	VENTANAS	NO REACTIVO	
61	FUENTES PERALTA YADIRA	39	VENTANAS	REACTIVO	1 EN 8
62	BASTIDAS MUÑOZ YAMILET	26	VENTANAS	NO REACTIVO	
63	MACIAS CEVALLOS JOMAIRA	34	VENTANAS	NO REACTIVO	
64	ALAVA MARIELA	25	VENTANAS	NO REACTIVO	
65	ALVARADO RENDON ANGELICA	23	VENTANAS	NO REACTIVO	
66	VERA MARIUXI	38	VENTANAS	NO REACTIVO	
67	BORJA ARROYO KIMBERLY	34	VENTANAS	NO REACTIVO	
68	PLUAS TABARES MARIA	27	VENTANAS	NO REACTIVO	



**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR
HOSPITAL "JAIME ROLDOS AGUILERA"**

Orden	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	CIUDAD	VDRL	DILUCIÓN
69	BRAVO PAMAYA SHIRLEY	36	VENTANAS	NO REACTIVO	
70	PINO ROMERO ALEXANDRA	31	VENTANAS	NO REACTIVO	
71	MEJIA BAYADARES DEYSI	24	VENTANAS	NO REACTIVO	
72	CEPEDA YEPEZ SONIA	30	VENTANAS	NO REACTIVO	
73	MOREIRA REYES DANA	34	VENTANAS	NO REACTIVO	
74	TIGASI CASIGUANO MARIA	32	VENTANAS	REACTIVO	1 EN 4
75	OLEAS BAZURTO JESSICA	27	VENTANAS	NO REACTIVO	
76	ALVAREZ OBANDO MARITZA	29	VENTANAS	NO REACTIVO	
77	MONCADA MERELO ROCIO	38	VENTANAS	NO REACTIVO	
78	PAZMIÑO MIRANDA MARCELA	21	VENTANAS	NO REACTIVO	
79	BONE PARRA ANA	26	VENTANAS	REACTIVO	1 EN 2
80	CEPEDA RODRIGUEZ GABRIELA	26	VENTANAS	NO REACTIVO	
81	VERA NARANJO MARIANA	37	VENTANAS	NO REACTIVO	
82	JIMENEZ ROSERO VICTORIA	24	VENTANAS	NO REACTIVO	
83	LIMA VALLE MIRIAM	26	VENTANAS	NO REACTIVO	
84	BRIONES BRIONES JOSELYN	28	VENTANAS	NO REACTIVO	
85	CEDEÑO MUÑOZ LUZ	39	VENTANAS	NO REACTIVO	
86	VERA GOLEAS SISI	21	VENTANAS	NO REACTIVO	
87	CEDEÑO CARRILLO CORAL	22	VENTANAS	NO REACTIVO	
88	ZAMBRANO LAJE JAHAIRA	24	VENTANAS	NO REACTIVO	
89	PARRAGA MENDOZA MARITZA	38	VENTANAS	NO REACTIVO	
90	LARA LARA ANGELA	40	VENTANAS	REACTIVO	1 EN 2
91	MORA CARRILLO CINTHIA	28	VENTANAS	NO REACTIVO	
92	FLORENCIA MIRANDA DIANA	30	VENTANAS	REACTIVO	1 EN 8
93	CRUZ OTERO LINDA	32	VENTANAS	NO REACTIVO	
94	GUAMAN CECIBEL	23	VENTANAS	NO REACTIVO	
95	RAMOS DENISE	24	VENTANAS	NO REACTIVO	
96	RODRIGUEZ MEDINA TATIANA	33	VENTANAS	NO REACTIVO	
97	TORRES GINES DANIELA	24	VENTANAS	NO REACTIVO	
98	CHAMBA CALVACHE GLADYS	31	VENTANAS	NO REACTIVO	
99	VALERO ARIAS DEYSI	23	VENTANAS	NO REACTIVO	
100	ZAPATA ENGRACIA LISETTE	34	VENTANAS	NO REACTIVO	
101	GARCIA BARRAGAN ANGELITA	24	VENTANAS	NO REACTIVO	
102	ESPIN LARA MARIA	33	VENTANAS	REACTIVO	1 EN 2



**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR
HOSPITAL "JAIME ROLDOS AGUILERA"**

Orden	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	CIUDAD	VDRL	DILUCIÓN
103	VERA CHIRIGUAYO MARTHA	26	VENTANAS	NO REACTIVO	
104	GUADALUPE MERCY OLGA	25	VENTANAS	REACTIVO	1 EN 4
105	VERGARA CEDEÑO ALEXANDRA	21	VENTANAS	NO REACTIVO	
106	VERA GUADALUPE ARIANA	32	VENTANAS	NO REACTIVO	
107	PARRA BENAVIDEZ JESICA	33	VENTANAS	NO REACTIVO	
108	ZAPATA ENGRACIA LISETH	28	VENTANAS	NO REACTIVO	
109	AGUIRRE PRISCILA	27	VENTANAS	NO REACTIVO	
110	BUSTAMANTE ANA	36	VENTANAS	NO REACTIVO	
111	SANTOS CHELA MARIA	26	VENTANAS	NO REACTIVO	
112	MACIAS BENAVIDEZ MARIELA	24	VENTANAS	REACTIVO	1 EN 2
113	ONOFRE MORA SHIRLEY	39	VENTANAS	NO REACTIVO	
114	BRAVO ALMEIDA MARIA	37	VENTANAS	REACTIVO	1 EN 2
115	RIPALDO VILLAMAR ROSA	28	VENTANAS	NO REACTIVO	
116	VERA SANCHEZ NARCISA	40	VENTANAS	NO REACTIVO	
117	BAJAÑA VALVERDE MERCEDES	26	VENTANAS	NO REACTIVO	
118	ESPINOZA CONTRERAS ZULAY	27	VENTANAS	NO REACTIVO	
119	CAMBO CAMBO LUZMILA	23	VENTANAS	NO REACTIVO	
120	ARIAS CRUZ GLORIA	20	VENTANAS	REACTIVO	1 EN 4
121	LOPEZ ROSA	21	VENTANAS	NO REACTIVO	
122	MONSERRATE SANDY	36	VENTANAS	NO REACTIVO	
123	CEPEDA ISAMAR	28	VENTANAS	NO REACTIVO	
124	LANDAZURI TOMALA JOSELIN	33	VENTANAS	NO REACTIVO	
125	SANTILLAN FERNANDEZ ALISON	27	VENTANAS	NO REACTIVO	
126	BRIONEZ ANDALUZ BERTHA	35	VENTANAS	NO REACTIVO	
127	FRANCO IRRAZABAL MARTHA	27	VENTANAS	NO REACTIVO	
128	MACIAS IZQUIERDO RITA	25	VENTANAS	NO REACTIVO	
129	CHOSI VASQUEZ PATRICIA	34	VENTANAS	NO REACTIVO	
130	CABEZA COELLO LUISA	26	VENTANAS	NO REACTIVO	
131	SANTILLAN LOPEZ GLENDA	35	VENTANAS	REACTIVO	1 EN 4
132	CONTRERAS JUANA	33	VENTANAS	NO REACTIVO	
133	SALAZAR VICTORIA	28	VENTANAS	NO REACTIVO	
134	PAZMIÑO PAREDES NARCISA	24	VENTANAS	NO REACTIVO	
135	ASTUDILLO VERA CAROLINA	38	VENTANAS	NO REACTIVO	
136	VERA LEON NELLY	26	VENTANAS	NO REACTIVO	



**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR
HOSPITAL "JAIME ROLDOS AGUILERA"**

Orden	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	CIUDAD	VDRL	DILUCIÓN
137	CASTRO FAJARDO DIANA	24	VENTANAS	NO REACTIVO	
138	GONZALES LARA CAROLINA	27	VENTANAS	REACTIVO	1 EN 4
139	MORA CEPEDA STEFANIA	39	VENTANAS	NO REACTIVO	
140	VELIZ ROMERO MARGARITA	29	VENTANAS	NO REACTIVO	
141	VINCES ARIAS JUANA	22	VENTANAS	NO REACTIVO	
142	VELASCO CONTRERAS HILDA	34	VENTANAS	NO REACTIVO	
143	VACA BUSTOS ROMINA	26	VENTANAS	NO REACTIVO	
144	SANTILLAN FERNANDEZ NEXY	36	VENTANAS	NO REACTIVO	
145	VARGAS MONTES GISELLA	24	VENTANAS	NO REACTIVO	
146	CONTRERAS LEON ERICKA	26	VENTANAS	NO REACTIVO	
147	ALVARES FREIRE MARIELA	32	VENTANAS	NO REACTIVO	
148	MUÑOZ SANDOVAL DOLORES	23	VENTANAS	REACTIVO	1 EN 8
149	CARVAJAL JIMENES DIGNA	27	VENTANAS	NO REACTIVO	
150	VALDIVIEZO DELGADO LUISA	33	VENTANAS	NO REACTIVO	
151	ALAVA BELTRAN DEYSI	24	VENTANAS	NO REACTIVO	
152	VERA BRIONES JOSELYN	38	VENTANAS	NO REACTIVO	
153	MINA JUSTILLO ELSI	23	VENTANAS	NO REACTIVO	
154	VERGARA SANCHEZ MARIA	27	VENTANAS	REACTIVO	1 EN 2
155	RAMOS CERVANTES DAMARIS	22	VENTANAS	NO REACTIVO	
156	PEREZ GUERRERO YURI	34	VENTANAS	NO REACTIVO	
157	SALVADOR SANTILLAN MILENA	28	VENTANAS	NO REACTIVO	
158	FINCAS BUSTOS ANA	32	VENTANAS	NO REACTIVO	
159	CARRANZA TORRES ELVITA	36	VENTANAS	NO REACTIVO	
160	YEPEZ FRANCO JENNY	27	VENTANAS	NO REACTIVO	
161	CEDEÑO CERRUFO NARCISA	33	VENTANAS	NO REACTIVO	
162	GANCHOSO ROSERO LUISA	26	VENTANAS	NO REACTIVO	
163	MONAR ORTIZ MIRIAM	34	VENTANAS	NO REACTIVO	
164	ZAVALA PALACIOS FLOR	24	VENTANAS	NO REACTIVO	
165	MONSERRATE CINTHIA	37	VENTANAS	REACTIVO	1 EN 4
166	GAMARRA GAMARRA SABRINA	22	VENTANAS	NO REACTIVO	
167	PEÑA ZAMBRANO HEIDY	35	VENTANAS	NO REACTIVO	
168	RIVERA TELLO THALIA	36	VENTANAS	NO REACTIVO	
169	MORETA BEJARANO BLANCA	24	VENTANAS	REACTIVO	1 EN 2
170	MORA BENAVIDEZ ISABEL	26	VENTANAS	NO REACTIVO	



**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR
HOSPITAL "JAIME ROLDOS AGUILERA"**

Orden	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	CIUDAD	VDRL	DILUCIÓN
171	BAYAS CASTRO GILDA	24	VENTANAS	NO REACTIVO	
172	VILLAMAR SANTILLAN KARLA	35	VENTANAS	NO REACTIVO	
173	BAUTISTA ORTIZ GEMA	26	VENTANAS	NO REACTIVO	
174	CASTRO MORAN GLORIA	22	VENTANAS	REACTIVO	1 EN 4
175	ZUÑIGA MOLINA FATIMA	27	VENTANAS	NO REACTIVO	
176	CABRERA LUISA	35	VENTANAS	NO REACTIVO	
177	GUZMAN SARANGO ROSA	22	VENTANAS	NO REACTIVO	
178	GONZABAY CARPIO PAULINA	38	VENTANAS	NO REACTIVO	
179	RAMIREZ MOSQUERA DIGNA	26	VENTANAS	NO REACTIVO	
180	RENDON POZO MARITZA	35	VENTANAS	NO REACTIVO	
181	VERA PINZON RINA	24	VENTANAS	NO REACTIVO	
182	RUIZ LOPEZ MERY	38	VENTANAS	REACTIVO	1 EN 8
183	CHICHANDE NARVAEZ NAOMI	25	VENTANAS	NO REACTIVO	
184	ZAMBRANO ALARCON BELLA	31	VENTANAS	NO REACTIVO	
185	ORREGO MONTENEGRO MAYRA	27	VENTANAS	NO REACTIVO	
186	OROZCO ZAMBRANO SONIA	24	VENTANAS	NO REACTIVO	
187	ZAPATA GUARANGO VERONICA	36	VENTANAS	NO REACTIVO	
188	SANCHEZ LAMILLA OLGA	28	VENTANAS	NO REACTIVO	
189	RONQUILLO VALDIVIEZO MILENA	31	VENTANAS	NO REACTIVO	
190	LAVALLE BRIONES RUBI	29	VENTANAS	NO REACTIVO	
191	PILAY SANTILLAN KATIUSKA	25	VENTANAS	REACTIVO	1 EN 4
192	RONQUILLO GARCES MARIUXI	38	VENTANAS	NO REACTIVO	
193	ERAZO MORALES ENA	23	VENTANAS	NO REACTIVO	
194	BAÑOS CAMACHO OLGA	35	VENTANAS	NO REACTIVO	
195	GARCIA CHIRIGUAYO LIRIS	20	VENTANAS	REACTIVO	1 EN 4
196	VERGARA VITE ARIEL	36	VENTANAS	NO REACTIVO	
197	JIMENEZ XIARI	27	VENTANAS	NO REACTIVO	
198	BAJAÑA ESCUDERO ANDREINA	28	VENTANAS	NO REACTIVO	
199	ZAMBRANO MORA JOMAYRA	35	VENTANAS	NO REACTIVO	
200	MENDOZA FREIRE YANINA	24	VENTANAS	NO REACTIVO	
201	ZABALA KAREN	21	VENTANAS	REACTIVO	1 EN 2
202	ALBARRACIN GENESIS	35	VENTANAS	NO REACTIVO	
203	MONCADA DANIELA	32	VENTANAS	NO REACTIVO	
204	PEÑAFIEL LAJE ANGELICA	26	VENTANAS	NO REACTIVO	



**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR
HOSPITAL "JAIME ROLDOS AGUILERA"**

Orden	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	CIUDAD	VDRL	DILUCIÓN
205	BAZAN VILLALVA JULISA	28	VENTANAS	<i>NO REACTIVO</i>	
206	ASTUDILLO VERA CAROLINA	32	VENTANAS	<i>NO REACTIVO</i>	
207	MENDOZA CEDEÑO CRISTHINA	24	VENTANAS	<i>NO REACTIVO</i>	
208	MONCADA BUSRGOS ELENA	31	VENTANAS	<i>NO REACTIVO</i>	
209	MORAN SUARES ELIZABET	26	VENTANAS	<i>NO REACTIVO</i>	
210	SOLANO MEZA EVELYN	21	VENTANAS	<i>NO REACTIVO</i>	
211	CONTRERAS NAVARRO OLGA	37	VENTANAS	<i>NO REACTIVO</i>	
212	GANCHOSO CEDEÑO YURI	33	VENTANAS	<i>NO REACTIVO</i>	
213	CEPEDA ZAPATA ELIANA	27	VENTANAS	<i>NO REACTIVO</i>	
214	BAZAN VILLMAR YELIZA	35	VENTANAS	<i>NO REACTIVO</i>	

