



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

**Componente practico del examen complejo previo a la  
obtención del grado académico de licenciada en laboratorio  
clínico.**

**Título del Caso Clínico: SÍFILIS DIAGNOSTICADA  
MEDIANTE PRUEBA DE VDRL EN PACIENTE MASCULINO  
DE 26 AÑOS**

**AUTOR:**

**SUAREZ LLUMITAXI SAYNER ELIZABETH**

**BABAHOYO - LOS RIOS**

**ECUADOR**

**2018**

## ÍNDICE

INTRODUCCION .....	1
MARCO TEÓRICO .....	2
LA SÍFILIS .....	2
Pruebas serológicas para sífilis.....	3
Transmisión de La Sífilis .....	4
Método de detección.....	5
Tratamiento .....	6
Protección de la sífilis temprana (primaria, secundaria).....	7
Protección de la sífilis Tardía y Neuroprotección de la sífilis.....	7
Protección de la sífilis en el embarazo .....	7
Protección de la sífilis Congénita .....	8
Protección de la sífilis en los Inmunodeprimidos .....	8
Infección Persistente .....	8
JUSTIFICACIÓN.....	9
OBJETIVOS .....	10
Objetivo General.....	10
Objetivo Específico: .....	10
SÍFILIS DIAGNOSTICADA MEDIANTE PRUEBA DE VDRL EN PACIENTE MASCULINO DE 26 AÑOS .....	11
Conclusiones .....	18
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	19
ANEXOS .....	20

## INTRODUCCION

La sífilis es una enfermedad infecciosa causada por *Treponema pallidum* perteneciente al grupo de bacterias treponemataceae, de transmisión sexual, sanguínea y perinatal. La sífilis gestacional y congénita es considerada un problema de salud pública y se estima que dos terceras partes de las gestaciones resultan en sífilis congénita o aborto espontáneo.

La sífilis secundaria es una entidad ampliamente estudiada en distintas poblaciones a nivel mundial, y nuestro país no escapa de esta realidad. La sífilis se desarrolla en etapas agudas asintomática o sintomática hasta infecciones crónicas causante de graves secuelas y discapacidades sino es detectada y tratada adecuadamente.

Se caracteriza inicialmente con una lesión primaria (chancro) la cual aparece tres semanas después de exposición como una úlcera indolora e indurada, esta lesión puede ser oculta en recto, canal vaginal, cuello uterino u orofaringe, esta lesión involuciona acerca de la cuarta a sexta semana sin tratamiento. Se presenta una segunda manifestación generando como una clásica erupción maculopapulosa simétrica con linfadenopatía acompañante con resolución espontánea en término de una semana a doce meses y si no es tratado puede durar latente durante semanas o años.

En cualquier momento puede producirse la enfermedad del sistema nervioso central ya sea en forma meningoencefalitis sífilítica aguda, meningovascular y por último en la forma de paresia o tabes dorsal. Las vías de transmisión son a través de contacto sexual, al nacer o por vía transplacentaria. En el caso que nos ocupa presentaremos el caso clínico SÍFILIS DIAGNOSTICADA MEDIANTE PRUEBA DE VDRL EN PACIENTE MASCULINO

## **MARCO TEÓRICO.**

### **LA SÍFILIS**

Su agente etiológico es el *Treponema pallidum*, es una espiroqueta que se distingue fácilmente de otros microorganismos, tanto por su morfología como por su manera de desplazarse. Se trata de células alargadas en forma de espiral que se desplazan por rotación alrededor de su eje y fue la primera enfermedad descrita como transmisible por vía transfusional.

Las pruebas serológicas se han realizado habitualmente en donantes de sangre por más de 50 años. En la actualidad, la transmisión de sífilis por esta vía es excepcional y no se han publicado casos desde 1969. Este hecho se debe a varios factores, que incluyen la mejoría en la selección de los donantes, la aplicación uniforme de ensayos serológicos y la refrigeración de los componentes, lo que ocasiona la muerte del microorganismo dentro de las primeras 72 horas. No obstante, el almacenamiento de las plaquetas a temperatura ambiente presenta un entorno más favorable para la supervivencia y crecimiento del *T. pallidum*.

Instituto Nacional de la Salud de los EE.UU. (NIH) llegó a la conclusión de mantener el pesquiasaje de donantes para sífilis, principalmente por la capacidad potencial de las pruebas de servir como marcador alternativo de otras infecciones, especialmente de la causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Se demostró que en poblaciones de riesgo, como pacientes tratados por enfermedades de transmisión sexual, la prevalencia de sífilis era mayor que en la población control.

Lo mismo ocurre con drogadictos por vía endovenosa y homosexuales y también en donantes de sangre con marcadores para VIH o virus de la hepatitis B (VHB). A pesar de esto, existen estudios consistentes que indican que los ensayos para

sífilis tendrían muy poco valor como marcador alternativo, ya que identificarían menos de una donación en período de ventana para VIH, y el valor predictivo para infecciones por VHB, virus de la hepatitis C (VHC) y virus linfotrópico para la célula T humana (HTLV), sería también muy bajo. La utilización en la actualidad de técnicas moleculares para la detección de ácidos nucleicos (NAT), disminuye aún más el valor de esta prueba como alternativa.

Por lo tanto, en poblaciones de donantes de baja prevalencia para VIH, VHB y VHC, es difícil de justificar el valor alternativo de una prueba para sífilis, mientras que en poblaciones de mayor prevalencia la realización de este pesquisaje estaría justificada; como la prevalencia de esta enfermedad también es mayor en estas poblaciones, el valor del pesquisaje para prevenir la transmisión de la enfermedad por vía transfusional sería más evidente y, además, ventajoso para la salud pública, aunque en un estudio piloto preliminar, no se pudo detectar ADN de *T. pallidum* en 100 muestras de donantes con serología positiva para sífilis.

### **Pruebas serológicas para sífilis**

Para el diagnóstico serológico de la sífilis se utilizan tantas pruebas no treponémicas como treponémicas. Estas pruebas se diferencian en los antígenos utilizados y en el tipo de anticuerpo que se determina.

Pruebas no treponémicas: determinan anticuerpos reagínicos que se detectan con un antígeno cardiolipina-lecitina altamente purificado. A pesar de que las pruebas no treponémicas son relativamente específicas, no son exclusivas para la sífilis.

Las pruebas no treponémicas que se usan en la actualidad se dividen en 2 grupos, según la forma en que se detecten los complejos antígenos anticuerpos; existen pruebas no treponémicas de fijación del complemento y pruebas no treponémicas

de floculación. Estas últimas resultan más fáciles de realizar y se usan más cada día en los EE.UU. y en otras partes del mundo, entre ellas la del Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) y las pruebas de reagentes rápidas o Rapid plasma reagin (RPR).

La prueba serológica no treponémica más utilizada es la VDRL. Se trata de una prueba bien controlada, fácil de realizar y que se puede cuantificar con exactitud.

Es una técnica que utiliza el antígeno de cardiolipina para detectar anticuerpos antitreponémicos inespecíficos producidos por el individuo ante una infección sifilítica. Se practica normalmente en lámina de cristal, en la que se mezcla el suero del paciente (previamente calentado para inactivar el complemento), con una suspensión fresca de antígeno de cardiolipina; esta mezcla se agita de forma rotatoria y al cabo de pocos minutos se puede observar la floculación utilizando un microscopio de bajo aumento; sus resultados se pueden expresar tanto cualitativa como cuantitativamente, como positivos o reactivos, débil reactivo y negativos o no reactivas.

### **Transmisión de La Sífilis**

La infección natural con *T. Pallidum* se limita al huésped humano. Por lo general, esta infección se transmite por contacto sexual y la lesión infectante se encuentra sobre la piel a la mucosa de los genitales. Sin embargo, del 10 al 20 % de los casos la lesión primaria es intrarrectal, perianal u oral; puede encontrarse en cualquier parte del cuerpo. El *T. Pallidum* puede atravesar las mucosas intactas o penetrar a través de una herida en la epidermis. (Camejos, 2012)

La infección es transmitida típicamente por exposición a la Protección de la sífilis Primaria con el contacto del cancro o por lesiones de la etapa secundaria como parches mucosos, verrugas o erupciones, incluso durante el primer año o segundo

de la etapa latente debido a la recaída de los síntomas secundarios. Las espiroquetas se multiplican localmente en el sitio de entrada y algunas se propagan a los ganglios linfáticos cercanos, alcanzando después la circulación sanguínea. De 2 a 10 semanas después de la infección aparece una pápula en el sitio infectado, la cual se rompe para formar una úlcera de base dura y limpia (chancro duro). La inflamación se caracteriza por el predominio de linfocitos y células plasmáticas. (Camejos, 2012).

### **Método de detección**

El diagnóstico de laboratorio para la Protección de la sífilis está basado fundamentalmente en su detección y suele ser visual o antigénica con muestra sanguínea (suero). Se emplea varias técnicas tales como son:

- Microscopio de campo oscuro.
- Detección inmunológica y genética.
- Histología.
- Pruebas no treponémicas
- Análisis de anticuerpo treponémico.

El más común y usado en los laboratorios clínicos son las pruebas no treponémicas en la que consta en el análisis del VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) y sus variantes, incluyendo la Regina plasmática rápida (RPR); detectan anticuerpos anti cardiolipina, un componente de las células normales, un componente de las células normales de mamíferos, son sensibles. (Murta, 2011)

El uso de la prueba es la detección selectiva y valoración de la actividad de la enfermedad. Es una prueba sencilla, rápida, barata y fácil de reproducir, detectan

la presencia de anticuerpos inespecíficos en el suero, pero no lo hacen hasta 3 a 5 semanas después de la infección.

El título reagínico mide la actividad de la enfermedad y su disminución, después del tratamiento ofrece pruebas claras de una adecuada respuesta.

Se espera que el título del RPR del suero se reduzca en cuatro a seis meses de tratamiento en la lúes primaria y secundaria y que sean indetectable después de 1 a 2 años. Tiene frecuentes falsos positivos. Por ello, para el diagnóstico se requiere siempre la positividad de las pruebas serológicas específicas o treponémicas que se utiliza para detectar anticuerpos frente a *T. Pallidum*.

### **Tratamiento**

Para el tratamiento se debe de tener en cuenta varios puntos importantes que lleven a una eficaz recuperación del paciente:

Que *T. pallidum* se regenerará al cabo de 18-24 h si los niveles de penicilina en sangre están por debajo de la concentración mínima inhibitoria.

Que se necesita una concentración de penicilina  $>0.03 \mu\text{g/ml}$  de penicilina para asegurar un efecto bactericida.

Que para curar una protección de la sífilis precoz se requiere una concentración adecuada mantenida durante 7 días. Durante muchos años se ha tenido a la penicilina benzatina como el tratamiento de elección, excepto en el caso de una invasión del LCR (se han aislado treponemas en LCR de pacientes con chancro primario, lo que refleja la espiroquetorrea).

Por lo tanto, el tratamiento actual de la Protección de la sífilis con una combinación antibiótica o un régimen prolongado asegura que esta secuela, la más



importante de la Protección de la sífilis, no ocurrirá. Esto es especialmente importante en los pacientes inmunodeprimidos.

### **Protección de la sífilis temprana (primaria, secundaria)**

- Penicilina G benzatina 2.400.000 UI intramuscular por semana en 3 dosis.
- Doxiciclina, 100 mg oral, 21 d.
- Otros: amoxicilina + probenecid, ceftriaxona, penicilina G procaína + probenecid.
- En los alérgicos a la penicilina: doxiciclina o eritromicina.

### **Protección de la sífilis Tardía y Neuroprotección de la sífilis**

- Penicilina G sódica.
- Otros: amoxicilina + probenecid, doxiciclina, ceftriaxona y penicilina G procaína + probenecid.

En los alérgicos a la penicilina se recomienda la desensibilización y el tratamiento con penicilina y, como alternativa, el cloranfenicol.

### **Protección de la sífilis en el embarazo**

Las gestantes deberían recibir tratamiento adecuado al estadio de la Protección de la sífilis. Es de elección la penicilina, incluso en los alérgicos, donde es necesaria la desensibilización, porque tanto las tetraciclinas como el cloranfenicol no se recomiendan explícitamente.

### **Protección de la sífilis Congénita**

Se recomienda efectuar el tratamiento en aquellos niños nacidos de madres no tratadas correctamente, y es de elección la penicilina G sódica o la penicilina G procaína.

### **Protección de la sífilis en los Inmunodeprimidos**

Estos pacientes deben ser tratados siguiendo el mismo esquema que para la neuroprotección de la sífilis.

### **Infección Persistente**

Hay pacientes en los que, a pesar de un tratamiento adecuado, las pruebas reagínicas no llegan a negativizarse. Al parecer, se debe a que en estos pacientes quedan treponemas en lugares en los que se alcanzan con dificultad niveles adecuados de antibiótico: cámara anterior del ojo, LCR, laberinto, etc.

## JUSTIFICACIÓN

Con el uso apropiado de los medios informativos y con campañas contra la protección de la sífilis, el Ministerio De Salud Publica lucha todo los años para evitar esta epidemia y así lograr radicar el contagio de esta enfermedad que suele ser muy perjudicable.

La importancia es dar a conocer la comunidad la enfermedad que causante de la protección de la sífilis que es una de las más comunes en la población y que se puede contraer de manera fácil.

Recalquemos que el contagio de la protección de la sífilis no solo afecta al organismo cuando este se encuentra en el sino son las causas de niveles de contagio en mujeres amas de casas.

Para el diagnóstico de la infección de la bacteria del Treponema pallidum que causa la protección de la sífilis se considera que las técnicas serológicas la más empleada es la Suspensión antigénica estabilizada para realizar la prueba VDRL modificada (USR) de detección de protección de la sífilis (V.D.R.L. test) que es una técnica cualitativa de ensayo clínico de mayor sensibilidad y especificidad.

Mediante la técnica de V.D.R.L. Se puede obtener los resultados en menor tiempo posible. Hay que ser prudente a la hora de interpretar el resultado de estas pruebas. De allí la factibilidad de este estudio

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General.**

- Diagnosticar enfermedad de transmisión sexual sífilis mediante la utilización de prueba de VDRL en paciente masculino.

### **Objetivo Específico:**

- Analizar la factibilidad de la prueba de VDRL en paciente masculino a fin de diagnosticar enfermedad de transmisión sexual sífilis.
- Estudiar un caso clínico prueba de VDRL en paciente masculino a fin de diagnosticar enfermedad de transmisión sexual sífilis.
- Investigar tratamientos de enfermedad de transmisión sexual sífilis.

## **SÍFILIS DIAGNOSTICADA MEDIANTE PRUEBA DE VDRL EN PACIENTE MASCULINO DE 26 AÑOS**

### **Datos Generales del Paciente.-**

**Nombre:** ----- **Edad:** 26, **Sexo:** Masculino **Estado Civil:** Soltero.  
**Hijos:** 0, **Profesión:** ninguna, **Ocupación:** trabaja en una oficina, **Domicilio:**  
Babahoyo.

### **CASO CLÍNICO**

Análisis Motivo de la Consulta.- Paciente hombre de 26 años de edad que presenta una lesión en la lengua, tres semanas antes presento lesión dolorosa en la lengua, asociada un nódulo blando en el lado izquierdo del cuello. Consulto a los pocos días con su médico de atención primaria. No refirió ningún otro síntoma.

### **Historial Clínico del Paciente.-**

Paciente hombre de 26 años de edad, que presenta lesión en la lengua, alérgico a la penicilina y la cefalexina no toma ningún otro medicamento. Antecedentes de hipertencion y asma amigdalectomia adenoidectomia virus de inmunodeficiencia humana (VIH) por inmunocromatografía No reactivo tres meses antes.

### **Anamnesis.-**

Paciente masculino de 26 años de edad que ingresa con una lesión en la lengua tres semanas antes presento lesión dolorosa en la lengua, asociada con nudolo blando en el lado izquierdo del cuello Consulto a los pocos días con su médico de atención primaria. No refirió ningún otro síntoma.

Actividad homosexual, bebe alcohol socialmente, no fuma ni usa drogas ilícitas. Trabaja en una oficina. Tenía antecedentes de hipertensión y asma amigdalectomia adenoidectomia virus de inmunodeficiencia humana (VIH) por inmucromatografia No reactivo tres meses antes.

Antecedentes familiares su padre de 66 años murió de enfermedad arterial coronaria e infarto de miocardio, su madre de 63 años de edad, tenía enfermedad de la tiroides, y otro pariente melanoma, Alérgico a la penicilina y a la cefalexina, no toma ningún otro medicamento .

### **Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema**

Paciente con una lesión en la lengua tres semanas antes presento lesión dolorosa en la lengua, asociada con nudolo blando en el lado izquierdo del cuello, al investigar el paciente confiesa actividad homosexual, sin protección por lo que es necesario recomendar la prueba de VDRL. A fin de descartar enfermedad transmisión sexual además al paciente se le recomienda entre otros exámenes la prueba Elisa para descartar Virus de inmunodeficiencia adquirida VIH.

Además será necesario establecer diversas técnicas post pruebas a fin de preparar al paciente dotándole de información importante que le permita estar preparado psicológicamente y emocionalmente ante cualquier riesgo de contagio de otras enfermedades de transmisión sexual.

Siendo necesaria la valoración de VDRL y Elisa para la pareja del paciente y demás presumibles contagios.

## **Exploración Clínica**

Del Examen Físico se determinó que los signos vitales eran normales, destaca lesión blanda irregular, ulcerada en la superficie ventral izquierda de la lengua y paños blandos en todo el cuerpo.

## **Examen de laboratorio**

Hemograma Leucocitos	11.800 xmm <sup>3</sup>
Formula Leucocitaria	
Neutrófilos	74%
Eosinofilos	2%
Linfocitos	24%
Plaquetas	235. xmm <sup>3</sup>

## **Pruebas Bioquímicas Normales**

**Prueba Serológica VDRL, Cualitativo Reactivo**

## **Exámenes Complementarios**

**Cultivo afta lingual:** Positivo para Stretocco viridans Nikerson. Positivo

**VIH por Elisa** No reactivo.

## **Formulación del diagnóstico previo análisis de datos.-**

Luego del análisis del interrogatorio al paciente, el examen físico realizado, los resultados de los estudios de laboratorio se formuló el diagnóstico definitivo dando como resultado en el paciente la presencia de enfermedad de transmisión sexual Sífilis

De la información brindada por el paciente, el cual manifiesta tener actividad sexual activa con personas del mismo sexo, relaciones homoafectivas, además en cuanto al consumo de drogas o sustancias sujetas a fiscalización el paciente manifiesta no consumirlas por lo que se descarta contagio por consumo de drogas u otras sustancias, así también se le pregunta al paciente si ha sido sometido a transfusiones de sangre en los últimos años a lo que responde que no.

De los datos recabados se puede determinar un posible contagio por mantener relaciones con un portador activo de la enfermedad de transmisión sexual como regularmente en la mayoría de los casos acontece.

Finalmente, debido a la historia, examen físico y laboratorios de la paciente se realiza el diagnóstico de sífilis secundaria y se inicia el tratamiento y seguimiento pertinente.

### **Conducta a seguir.-**

La sífilis precoz comprende los períodos primario y secundario y las latencias y recidivas ocurridas en el paciente dentro del primer año de la infección. Si ha transcurrido más de un año, el paciente se diagnostica de sífilis tardía, lo cual condicionará el tratamiento a recibir. En los pacientes infectados por VIH los períodos de tiempo y las fases clínicas pueden variar, pudiéndose diagnosticar sífilis terciaria en períodos de tiempo más cortos.

El paciente manifiesta ser Alérgico a la penicilina y a la cefalexina, por lo que será necesario realizar desensibilización y tratamiento con penicilina.

Además se deberá hacer un seguimiento periódico del paciente con control clínico y serológico a los 6 y 12 meses.



Para el tratamiento se recomienda n 2.4 millones de unidades intramusculares de penicilina benzatina semanal durante tres semanas.

El paciente tratado puede presentar una reacción de Jarisch- Herxheimer, que es un cuadro febril, acompañado cefalea y mialgias que aparece en las 24 horas de tratamiento y que responde a antipiréticos.

Es importante identificar las distintas parejas que tuvieron contacto con el paciente una vez identificada la ETS, a fin de cada una de esas personas se sometan al tratamiento adecuado.

Se indicó uso de método de barrera en relaciones sexuales hasta que se realice tratamiento a pareja sexual y confirmación de resultados.

Hasta el momento actual la bencilpenicilina ha sido el tratamiento de elección en todos los estudios de la sífilis y, aunque la concentración de bencilpenicilina necesaria para destruir el T pallidum es muy baja, se necesita un largo período de exposición al fármaco debido a la lenta velocidad de multiplicación del organismo. Otros antibióticos de utilidad son las tetraciclinas, la eritromicina y las cefalosporinas. Las últimas recomendaciones propuestas para el tratamiento de la sífilis en sus diferentes estudios por los Centers for Disease Control and Prevention.

TABLA I		
RECOMENDACIONES PROPUESTAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS EN SUS DIFERENTES ESTADIOS: CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (1)		
Fases de la sífilis	Pacientes no alérgicos a la penicilina	Pacientes alérgicos a la penicilina
Profilaxis, periodo de incubación, Sífilis primaria, secundaria o latente precoz (<1 año)	Penicilina G benzatina (2.4 millones de unidades im en dosis única, la mitad en cada nalga)	Tetraciclina (500 mg vo, 4 veces al día, 2 semanas) o doxiciclina (100 mg vo, 2 veces al día, 2 semanas)
Sífilis latente tardía, cardiovascular o gomas	-Si LCR normal: penicilina G benzatina (2.4 millones de unidades im a la semana, 3 dosis: 7.2 MU en total) -Si LCR patológico: tratamiento de neurosífilis	-LCR normal: tetraciclina (500 mg vo, 4 al día) o doxiciclina (100 mg vo, 2 al día) 4 semanas -LCR patológico: tratamiento de neurosífilis
Neurosífilis	-Penicilina G acuosa (18-24 millones de unidades al día iv: 3-4 MU iv cada 4 horas) durante 10-14 días o -Penicilina G procaína (2,4 MU al día im) combinado con probenecid oral (500 mg, 4 al día) durante 10-14 días	Si alergia confirmada mediante prueba cutánea, desensibilización y tratamiento con penicilina
Sífilis en el embarazo	Dependiendo de la fase	Si alergia confirmada mediante prueba cutánea, desensibilización y tratamiento con penicilina
Sífilis congénita	-Penicilina G acuosa 100.000-150.000 U/Kg/día: dosis de 50.000 U/kg iv dada 12 horas los primeros 7 días de vida, y después cada 8 horas un total de 10 días. o -Penicilina G procaína 50.000 U/Kg im al día en 1 sola dosis durante 10 días	Si alergia confirmada mediante prueba cutánea, desensibilización y tratamiento con penicilina

im: intramuscular; iv: intravenoso; vo: vía oral; MU: millones de unidades.

### Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

La sífilis secundaria presenta un diagnóstico diferencial dermatológico amplio que incluye exantemas víricos o medicamentosos y psoriasis. En el caso de nuestro paciente, refirió antecedentes de infecciones previas o ingesta de medicamentos en meses anteriores por lo cual se excluye el diagnóstico. Además, no presentó antecedentes familiares de psoriasis ni lesiones típicas de esta enfermedad, excluyéndola de igual forma.

## **Observaciones**

Al paciente se le explico acerca de tratamiento a seguir respecto de la patología presentada, manifestándole que en primera instancia se procedería con un tratamiento de desensibilización para el tratamiento con penicilina.

## **Seguimiento**

Al realizar control de VDRL se reporta disminución de títulos a 1:16 logrando la respuesta deseada.

VDRL cuantitativo a los 3, 6, 12, 24 meses o hasta negativización de los títulos.

Respuesta al tratamiento sífilis 1<sup>a</sup> y 2<sup>a</sup>

- Descenso VDRL dos diluciones en 6 meses
- Descenso VDRL 3 diluciones en 12 meses

Respuesta al tratamiento sífilis tardía

- Descenso del VDRL 4 diluciones en 12-24 meses

## **Conclusiones**

La protección de la sífilis es una enfermedad de transmisión sexual (ITS) altamente infecciosa causando daños irreversibles. (Sánchez, 2012)

La manera más segura es la abstinencia sexual con personas infectadas no tenerlas si en ellas hay algo inusual como algún grano o fluido exagerado.

El uso de preservativos puede impedir la transmisión de la enfermedad, se debe mantener un sexo seguro, ósea con una única pareja, hay que recordar que la eyaculación o la penetración no necesita ocurrir para ser contagiado.

Para el sexo oral existen formularios de barrera como el uso de presa dental (cuadrado de plástico). Se recomienda no usar juguetes sexuales que hayan sido usados por otras personas.

Otro grupo de personas que pueden ser contagiados son los consumidores de droga a través de jeringuillas, por ello es necesario no utilizar la misma jeringa que haya usado otro consumidor. (Sánchez, 2012)

A las parejas homosexuales y heterosexuales es pertinente que tengan una buena comunicación de pareja y de ser posible hablar acerca de los antecedentes médicos que pueden presentar, ya que de esta forma evitan el contagio y podrán gozar de una vida sexual segura (Andrade, 2001).

Todo profesional de laboratorio clínico es importante conocer que existen varios procedimientos para el diagnóstico de ciertas enfermedades, entre esto está la técnica de VDRL, siendo la más idónea para detectar la protección de la sífilis, aun existiendo métodos más rápidos, pero que no se consideran tan efectivos como esta, lo que permite mejorar y a la vez aportar al método un diagnóstico adecuado para el tratamiento de la infección por VDRL.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adelberg, J. &. (2012). Microbiología medica (octava edición). México: Ecoe ediciones.
- Andrade, X. (2001). Introducción: Masculinidades en el Ecuador: contexto y particularidades. Quito: Facso, Ecuador/unfpa.
- Barros, j. (2010). Un modelo de prevención primarias de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/sida en adolescentes . Panama: J Publica Health.
- Rodríguez J, Alonso S, Ortiz P. Sífilis. , Dermatopatología: Correlación clínico-patológica. Edición: 1era. Madrid: España. Editorial: Área Científica Menarini, 2007. p: 578-82.
- Ministerio de Salud, Panamá. Vigilancia epidemiológica de sífilis congénita. Ciudad de Panamá: Ministerio de Salud; 2010. Disponible en: [http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=49&option=com\\_content#ref36](http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=49&option=com_content#ref36)

## ANEXOS



