

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"DETERMINACION DE SÍFILIS EN
MUJERES TRABAJADORAS DEL SEXO"

*"Estudio realizado en 50 Mujeres Trabajadoras del Sexo, asistentes al Programa Profilaxia Sexual del Centro de Salud del Municipio de Patulul, Suchitepéquez, junio y julio de 1994."
Guatemala.*

T E S I S

*Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.*

P O R

LUIS ALBERTO CABRERA SOSA

En el acto de su Investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, NOVIEMBRE 1994.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

DL
05
T(7242)

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

H A C E C O N S T A R Q U E :

El (La) Bachiller: LUIS ALBERTO CABRERA SOSA.

Carnet Universitario No. 82-15023

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al
Titulo de **Médico y Cirujano**, el trabajo de Tesis titulado:

"DETERMINACION DE SIFILIS EN MUJERES TRABAJADORAS DEL SEXO"

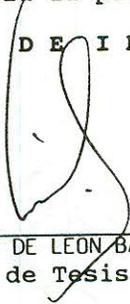
Trabajo asesorado por: DRA. ANA MARGARITA RODAS.

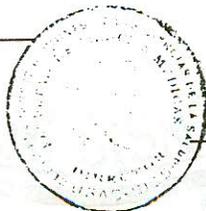
y revisado por: DRA. ILEANA PEÑA JORDAN

quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite,
firma y sella la presente

O R D E N D E I M P R E S I O N :

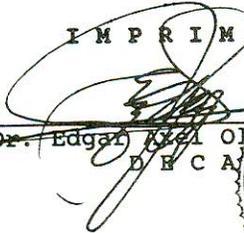
Guatemala, 27 de OCTUBRE de 1994


DR. EDGAR R. DE LEÓN BARILLAS
Por Unidad de Tesis




DR. RAÚL CASTILLO RODAS
DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

I M P R I M A S E :


Dr. Edgar Oliva González

D E C A N O





FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala,

de 199

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: Bachiller Luis Alberto Cabrera Sosa
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos

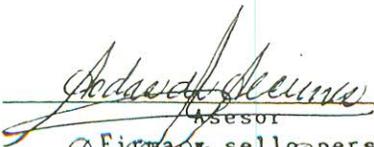
Carnet No. 8215023
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:

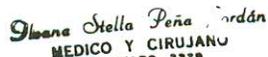
DETERMINACION DE SÍFILIS EN MUJERES TRABAJADORAS DEL SEXO.

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:


Firma del estudiante


asesor
Firma y sello personal
Dra. Ana Margarita Rodas A.
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO 3912


Revisor
Firma y sello
Registro Personal 6219


MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO 2320

ACTO QUE DEDICO

A DIOS: Por el profundo amor y cuidado que ha puesto en mi vida.

Por su fidelidad al guiar mis pasos con paciencia, hasta cumplir sus propósitos en mí. **A EL SEA LA GLORIA.**

A MIS PADRES: Luis Alberto Cabrera

Blanca Irma Sosa de Cabrera

Sea este triunfo recompensa al amor y a la persistencia del hogar que emprendieron hace 35 años

A MI HERMANA: Walda Xochitl, por la profunda huella que dejaste en mi corazón. Se que duermes en los brazos de Nuestro Señor Jesucristo y pronto te veré en la Resurrección de los Justos.

A MIS HERMANOS: Rita, Ixmucané, Marisol y Boris.

A quienes expreso mi amor. Gracias por estar siempre conmigo.

A MIS ABUELITOS: Samuel Sosa y Zoila Mata de Sosa

Por estar siempre a mi lado. Su amor incondicional me ha sustentado en los momentos difíciles.

A MIS TIOS: Thelma de Izaguirre, Perla Sosa, Norma, Miriam, Julieta y Carlos Cabrera Mérida.

Por su apoyo constante.

A MIS MAESTROS: Dr. Armando de León Cano, Dra. Patricia Chang
Dr. Parellada, Dra. Ileana Peña, y
Dra. Ana Rodas.

Por su ejemplo de rectitud y profesionalismo.

A MIS COMPAÑEROS: Leticia y Edgar García, Walter Urrutia, Jorge Castillo, César Navarro, Balbina Reyes, Mirna de Paz, Oscar Andrade, Lucía Duarte y Nora Bojorquez.

A quienes siempre recordaré por la lucha compartida durante nuestra Formación Profesional

A MIS AMIGOS: Elsa María Aceituno, Irma Estrada, Lorena Herrera, Enrique Gómez, Erick Martínez, Rolando González, Marvin Véliz y Mario Andrade.

Por hacer grandes mis mejores momentos y compartir el peso de las dificultades.

A MIS PACIENTES: Quienes me incentivan a continuar luchando, para brindar un mejor Servicio Profesional en especial a Alexander Cruz.

AL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS:

A MI PATRIA: Guatemala

I N D I C E

	<u>PAGINA</u>
I. INTRODUCCION	1
II. DEFINICION DEL PROBLEMA	3
III. JUSTIFICACION	5
IV. OBJETIVOS	7
V. REVISION BIBLIOGRAFICA	8
VI. MATERIAL Y METODOS	24
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS	32
VIII. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS	40
IX. CONCLUSIONES	51
X. RECOMENDACIONES	53
XI. RESUMEN	54
XII. BIBLIOGRAFIA	55
XIII. ANEXOS	59

I. INTRODUCCION

La Sífilis es una de las enfermedades de transmisión sexual más antiguamente conocida a nivel mundial. En Guatemala ocupa el segundo lugar entre las enfermedades venéreas de notificación obligatoria. Sin embargo, se calcula que existe un Subregistro elevado debido a las características variables de la enfermedad. En Patulul Suchitepéquez, no se han realizado estudios para determinar la situación real de la Sífilis en las Trabajadoras del Sexo que allí ejercen.

La Sífilis produce graves complicaciones al no diagnosticarse y tratarse tempranamente. La enfermedad puede afectar directamente al grupo materno-infantil, provocando abortos, partos prematuros, o Sífilis congénita. Las complicaciones tardías de la enfermedad pueden ser a nivel del Sistema Nervioso Central, Cardiovascular o bien cursar como Sífilis benigna tardía.

Siendo el Contacto Sexual la forma más común de transmisión, la Prostitución constituye una fuente importante de diseminación de la enfermedad; por lo que se realizó este trabajo para determinar la prevalencia de Sífilis en Trabajadoras del Sexo, que ejercen en el Municipio de Patulul Suchitepéquez.

Para establecer la frecuencia de la enfermedad en el grupo de estudio, se utilizó la prueba de Tamizaje RPR (Rapid Plasma Reagin) con la cual se encontraron 7 casos sospechosos de Sífilis; luego se utilizó la prueba confirmatoria FTA-ABS (prueba contra-anticuerpos anti-treponema) con la que se confirmaron 6 casos y se verificó 1 falso positivo. La especificidad de la prueba FTA-ABS permitió establecer 5 casos más de Sífilis, que no habían sido contactados con la prueba RPR.

Por medio de la aplicación de las Pruebas RPR y FTA-ABS se estableció una prevalencia del 22% para Sífilis en las 50 Trabajadoras del Sexo incluidas en la investigación; por lo que se confirma que la Sífilis representa un importante problema

para la Salud Pública en el Municipio, y a las Trabajadoras del Sexo las situa como el foco principal de diseminación de la enfermedad.

El mayor número de casos se encontró en el grupo etáreo comprendido entre los 15 y 30 años (81%); y la escolaridad de las Trabajadoras del Sexo con Sífilis es nula o primaria incompleta en un 81%, de nacionalidad Guatemalteca en un 96%, y procedentes del área rural en un 100% de los casos, respecto al estado civil 54.54% de las Trabajadoras del Sexo son divorciadas o separadas y el 82% del grupo en estudio tiene de 1 a 5 hijos.

El grupo étnico con mayor proporción en casos de Sífilis es el Mestizo (54.55%) seguido del Ladino (36.36%). El 63% de los casos de Sífilis encontrados corresponden a Trabajadoras del Sexo que mensualmente devengan más de Q.900.00 al mes, las cuales representan un 40% del total del grupo incluido en el estudio.

A través de la entrevista y el examen físico, se estableció que el 100% de las Trabajadoras del Sexo incluidas en el estudio se encuentran asintomáticas.

II. DEFINICION Y DELIMITACION DEL PROBLEMA

Durante muchos siglos la Prostitución, que es la profesión más antigua del mundo, se ha relacionado directamente con el aumento en la incidencia de enfermedades venéreas. En la actualidad el incremento de la promiscuidad y el mayor número de Trabajadoras del Sexo ha sumergido a nuestra sociedad en una época de incertidumbre por el incontrolable peligro de enfermar o morir por enfermedades de transmisión sexual (20)

La Sífilis es una enfermedad tan antigua y que ha golpeado dramáticamente a distintos grupos humanos mostrándose como epidemia, pandemia etc., pero curable hasta hace tan sólo 50 años. Apesar que con el apareamiento de la Penicilina la incidencia de ésta enfermedad disminuyó notablemente, las características de la Sífilis tendientes a enmascararla entre las distintas etapas y manifestaciones clínicas hacen de ésta enfermedad un enemigo muy adaptable, y aunado a distintas condicionantes sociales la constituyen en un problema significativo.

Entre los grupos de mayor riesgo de adquirir la enfermedad se encuentran las Trabajadoras del Sexo, quienes indudablemente encabezan una larga cadena de contagios que en el peor de los casos culmina en el hogar, poniendo en peligro nuestra estructura social y la seguridad individual física, social y económica.

Para su diagnóstico la Sífilis ocasiona gastos elevados, pues idealmente es necesario realizar procedimientos de diagnóstico y confirmación. En nuestro medio se utilizan las pruebas de Tamizaje No Treponémicas VDRL o RPR para diagnóstico y las Pruebas Treponémicas como MHA-TP Y FTA-ABS para confirmación. En los programas actuales utilizados por Salud Pública para el control de la Sífilis se realizan pruebas de Tamizaje No Treponémicas a todas aquellas Trabajadoras del Sexo incluidas en el Programa de Profilaxia Sexual en los distintos Centros de Salud del País, pero por limitaciones principalmente de tipo económico no se efectúan Pruebas Treponémicas confirmatorias, imposibilitando el diagnóstico temprano de la enfermedad dando la posibilidad de un falso negativos así como falsos positivos.

Dada la importancia de la Sífilis y sus consecuencias para la población en general y principalmente la población en edad reproductiva es de suma importancia establecer la situación real de esta enfermedad, aplicando Pruebas de Diagnóstico y confirmación a las Trabajadoras del Sexo, siendo éstas las de mayor riesgo de adquirir y contagiar la enfermedad.

Por todo lo anteriormente descrito, la presente investigación se propone conocer la incidencia real de esta enfermedad aplicando las pruebas RPR y FTA-BS, a todas las Trabajadoras del Sexo del Municipio de Patulul Suchitepéquez y poder así brindar bases confiables que puedan ser utilizadas en el control de la enfermedad en esta población.

III. JUSTIFICACION

La Sífilis es una enfermedad de prevalencia en Guatemala, en 1987 según Normas de vigilancia Epidemiológica de la Dirección General de Servicios de Salud, se notificaron 1247 casos de sífilis, con una tasa de 16.62 casos por 100,000 habitantes. En 1990 se notificaron 798 casos con una tasa de 9.38 casos por 100,000 habitantes. Aunque aparentemente disminuyó la incidencia, en 1992 el Boletín Epidemiológico Nacional registró un alarmante incremento de 55% en la incidencia de Sífilis en toda la Región Sur-occidente del país. (3)

Patulul Suchitepéquez es una población del Sur-occidente del país que se caracteriza por tener gran movimiento comercial y migración interna, teniendo estrecha relación con varias poblaciones como: Santa Lucía Cotzumalguapa, La Nueva Concepción, Santa Bárbara y San Juan Bautista Suchitepéquez, Pochuta, San Lucas Tolimán y numerosas fincas, aldeas y caseríos.

Desgraciadamente con el incremento de la actividad comercial y los beneficios económicos que esto representa para la población, paralelamente se ha dado un acelerado crecimiento en la promiscuidad sexual y el ejercicio de la Prostitución, favoreciendo con esto el tránsito de enfermedades venéreas a nivel interno y a otras poblaciones, lo que convierte al Municipio en zona de riesgo para la Salud Pública.

La Sífilis posee características propias que le confieren la capacidad de tener prolongados períodos de latencia y distintas etapas de contagio, con lo que se dificulta prevenir y controlar nuevos casos extendiéndose así el número de individuos en riesgo de sufrir las consecuencias tempranas y tardías de la enfermedad.

La Sífilis constituye un problema de salud que requiere solución urgente, dada la directa agresión a la salud individual como a su reflejo en el grupo materno-infantil (21)

El programa de control de enfermedades de transmisión sexual incluye la realización periódica de prueba para detección de

Sífilis, utilizando la Prueba No Treponémica **RPR (Rapid Plasma Reagin)**, con la cual no es posible la detección temprana de la infección no tratada (primeras 2 a 3 semanas de la infección)(6,14)

Otra situación de importancia es que el reactivo orgánico para la prueba RPR puede encontrarse en diferentes tejidos y por enfermedades como Paludismo, Tuberculosis, Hepatitis, Asma y otras, por lo que esta Prueba presenta las posibilidades de falsos positivos y negativos.(14)

Con la presente Investigación, pretendo establecer la incidencia real de la Sífilis en el Municipio de Patulul Suchitepéquez, aplicando las pruebas de Tamizaje Treponémicas y No Treponémicas FTA-ABS y RPR, a todas las Trabajadoras del Sexo que ejercen en la población, evadiendo con esto la posibilidad de obtener falsos positivos y negativos; fundamentando con esto un control estricto de la Sífilis

IV. OBJETIVOS

GENERAL

1. Caracterizar la incidencia de Sífilis en Trabajadoras del Sexo incluidas en el Programa de Profilaxia Sexual, en el Centro de Salud del Municipio de Patulul, Suchitepéquez.

ESPECIFICOS

1. Identificar casos sospechosos de Sífilis por medio de la prueba No Treponémica RPR (Rapid Plasma Reagin) aplicada a Trabajadoras del Sexo.
2. Confirmar los casos sospechosos de Sífilis encontrados por la prueba RPR, con la Prueba Treponémica FTA-ABS (Prueba Contra Anticuerpos Anti-Treponema).
3. Identificar la presencia de Anticuerpos Anti-Treponema Pallidum, en Trabajadoras del Sexo con prueba No Treponémica negativa con evidencia de infección no activa.
4. Determinar las particularidades socioeconómicas y culturales de las Trabajadoras del Sexo afectadas por Sífilis.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

1. SIFILIS - VENEREA (LUES)

1.1 DEFINICION

La Sífilis es una infección sistemática aguda o crónica causada por el **TREPONEMA PALLIDUM**, perteneciente a la familia Spirochaetaceae y género Treponema. Clínicamente se caracteriza por una lesión primaria, una erupción secundaria que afecta la piel y membranas mucosas; largos períodos de latencia y lesiones tardías en piel, huesos, víceras, sistema nervioso central y cardiovascular. (7,8,13,15,27)

1.2 ETIOLOGIA

El **TREPONEMA PALLIDUM** es el agente etiológico de la Sífilis.

Es un microorganismo con 6 a 15 micras de longitud, delgado y con 6 a 14 espirales y extremos ahusados. Su citoplasma está rodeado de una membrana citoplasmática trilaminar cubierta a su vez por una fina capa mucopéptica interna, el periplasto, que está compuesto por moléculas alternantes de N-acetil glucosamina y N-acetilácido Murámico que le otorga cierta rigidez estructural, mientras que la membrana lipoproteínica externa es selectivamente permeable y osmótica sensible. (13,22)

Se desconocen los antígenos del **TREPONEMA PALLIDUM**, pero éste pierde su movilidad y muere a temperaturas de 42 grados centígrados por efecto de arsénicales trivalentes, mercurio o bismuto.

La penicilina es Treponemocida en pequeñas cantidades pero la velocidad de muerte es lenta.

Tiene movimiento característico debido a que alrededor de su núcleo protoplasmático central, está enrollado un haz de tres a cuatro fibrillas axiales que le proporcionan al músculo movilidad, rotando constantemente sobre flagelos agrupados en haces; generalmente el eje mayor de la espiral es recto, pero algunas veces pueden encurvarse en tal forma que el organismo forma por momentos un círculo completo, retornando luego a su posición normal recta. (2,13,15,17)

1.3 HISTORIA

La Sífilis es una enfermedad antigua, se descubrió por primera vez en el Siglo XV en Europa y Asia descubriéndose varios años más tarde sus fases primaria y secundaria. En los Siglos XVIII y XIX, se descubrieron las complicaciones cardiovasculares y neurológicas de la enfermedad tardía. En 1905 fue descubierta la etiología de la Sífilis por Schaudin y Hoffman. En 1910 se introdujo la prueba de fijación del complemento para el diagnóstico de la enfermedad. Luego se introdujo un derivado arsenical (arsfenamina) que permitió el tratamiento de la enfermedad. La Penicilina permitió el tratamiento efectivo y definitivo hasta hace poco más de medio siglo. (7,11,23)

1.4 EPIDEMIOLOGIA

La Sífilis generalmente se adquiere por Contacto Sexual, se puede decir en general, que ésta depende de un delicado equilibrio entre las infecciones provocadas por el conjunto de los portadores asintomáticos y las infecciones secundarias que de ellos se derivan. Por esta razón, ligeras modificaciones de los factores socio-económicos y del número de contactos sexuales nuevos pueden llegar a afectar considerablemente la tasa de morbilidad venérea; por lo tanto se toma en cuenta que existen diferentes factores causales de orden demográfico, médico, socioeconómico, cultural y relacionados con el comportamiento, que a menudo se combinan unos con otros.

La Sífilis se adquiere por Relaciones Sexuales anogenitales y bucogenitales; por contacto directo con lesiones infecciosas ya sean de Sífilis primaria o secundaria. También puede adquirirse la enfermedad por medio de transfusiones sanguíneas, fómites contaminados, infección intrauterina aunque éstas con menor frecuencia.

Es una de las enfermedades transmisibles que afectan principalmente a personas jóvenes (entre 15 y 30 años). Las diferencias marcadas en la incidencia según la raza se relacionan más a factores sociales que Biológicos. Prevalece más en las zonas urbanas que en las rurales y es más común en los varones que en las mujeres.

Aunque el problema de la Sífilis ha perdido gran parte de su gravedad, se ha observado en los últimos años un recrudescimiento inquietante en las primoinfecciones. Se ha pensado que este incremento en la incidencia de Sífilis en los últimos 20 años es debido a las modificaciones en el comportamiento sexual y el uso indiscriminado de los agentes antimicrobianos. Sin embargo, hay autores que mencionan que la causa del incremento no puede ser adjudicado a la aparición de Treponema resistentes a la Penicilina, ni a modificaciones en el huésped en relación a su inmunología; Las causas deberán entonces ser buscadas en las modificaciones en la cultura y comportamiento humano. (11,14,15,2,10,22)

1.5 MANIFESTACIONES CLINICAS

1.5.1 SIFILIS PRIMARIA

El Chancro primario inicia en forma de pápula única indolora, presentando consistencia cartilaginosa a la palpación en los bordes y la base de la ulceración que en el centro de la pápula se desarrolla.

En las mujeres los sitios más comunes para la lesión primaria es intra-rectal, perianal o bucal. La lesión primaria suele acompañarse de linfadenopatía regional, que aparece durante la primera semana de iniciada la lesión.

Los ganglios son indurados, no supurativos e indoloros; esta linfadenopatía es inguinal bilateral y aparece tanto con el Chancro anal como en el genital. El Chancro primario se resuelve espontáneamente sin tratamiento en 4 a 6 semanas, pero la linfadenopatía puede persistir por varios meses. El diagnóstico diferencial incluye; herpes genital, herpes simple, chancroide, y lesiones traumáticas sobreinfectadas. (7,10,11,17)

1.5.2 SIFILIS SECUNDARIA

En el 15% de los casos persiste el Chancro en proceso de cicatrización. Las lesiones secundarias son variables, e incluyen: lesiones mucocutáneas simétricas, localizadas o difusas y linfadenopatía generalizada no dolorosa. El eritema cutáneo consiste en una erupción maculopapular, lesiones papulo-escamosas y ocasionalmente pustulosas.

La erupción puede también ser leve, aproximadamente el 25% pueden no notar una exantema. Las lesiones al inicio son simétricas, bilaterales, color variable

de rojo a rosado, redondas, no pruriginosas, de 5 a 10 milímetros de diámetro y distribuidas en tronco, extremidades y áreas proximales a los genitales.

1 a 2 meses después aparecen pápulas eritematosas de aproximadamente 3 a 10 milímetros de diámetro las cuales se tornan necróticas y se distribuyen a cara, cuero cabelludo, palmas de las manos y plantas de los pies.

Las lesiones de Sifilides pueden progresar a condilomas planos, los cuales consisten en lesiones de amplitud variable, húmedas, altamente infecciosas y localizadas en áreas intertriginosas como la vulva, y en una tercera parte de los pacientes las lesiones aparecen en labios y mucosas oral.

Los síntomas que preceden a la Sífilis Secundaria son disfagia, fiebre, pérdida de peso, malestar general, anorexia, cefalea y meningismo, pudiendo haber también gastritis sifilítica. En el ojo aparecen anomalías pupilares, neuritis óptica, retinitis pigmentaria y uveítis. (4,15,38,11,22,30,33,19,34)

1.5.3 SIFILIS LATENTE

En esta fase no existen signos ni síntomas clínicos, el líquido cefalorraquídeo es normal. La fase de latencia empieza al terminar el primer ataque de Sífilis Secundaria y puede durar toda la vida; el diagnóstico en esta fase es por laboratorio.

La fase temprana de la enfermedad abarca el primer año, y la Sífilis latente se prolonga un tiempo variable pero más de un año. (15,33,48,3,6)

1.5.4 SIFILIS TARDIA

Esta es la fase destructiva de la enfermedad y puede ser incapacitante, afectando el sistema nervioso central o cardiovascular (Neurosífilis o Sífilis Cardiovascular), o presentar Sífilis tardía benigna que se caracteriza por lesiones cutáneas o gomas. (11,23,33)

1.5.4.a SIFILIS TARDIA BENIGNA

Denominado también como Goma, que histológicamente consiste en un granuloma asociado a necrosis central, rodeada por células epiteloides y fibroblásticas, pudiéndose encontrar también células gigantes.

Los Gomas generalmente son asintomáticos, indolores y de distribución variable, solitarias o agrupadas. Pueden comenzar como nódulo superficial o lesiones más profundas, que se descomponen para formar úlceras salientes. A menudo existe curación central, con una cicatriz atrófica rodeada por bordes hiperpigmentados.

Los Gomas pueden afectar también órganos viscerales profundos, de los cuales los más frecuentes son las vías respiratorias el tubo digestivo y huesos. (15,22,36)

La histopatología y la necrosis extensa de los Gomas sugieren hipersensibilidad retardada al **TREPONEMA PALIDUM**. (10)

1.5.4.b.i. NEUROSIFILIS SINTOMATICA

Clínicamente y según su localización, la Neurosífilis se divide en: Meningovascular,

parenquimatosa, y mixta. La Sífilis Meningo-vascular aparece después de un período prodrómico caracterizado por cefalea, vértigo, insomnio y anomalías psíquicas, seguido de un síndrome vascular progresivo. En la Sífilis meningovascular hay inflamación difusa de la Piamadre y aracnoides, además, afección arterial focal o diseminada de los vasos sanguíneos; en los jóvenes con la enfermedad, se encuentra afectada la arteria cerebral media. (10,35)

Al producirse una Meningoencefalítis crónica, la Neurosífilis causa una pérdida gradual y progresiva de la función cortical, provocando una paresia general. La lesión parenquimatosa diseminada se refleja clínicamente en trastornos de personalidad y afecto, hiper-reflexia, ojos y pupilas de Argyll-Robertson, alteración del sensorio (ilusiones, alucinaciones), alteración del intelecto: disminuyendo la memoria reciente, el cálculo, el juicio, el discernimiento y el habla. (11,22,38)

Las tábés dorsal es una enfermedad degenerativa y lentamente progresiva que afecta las raíces de la médula espinal, causando pérdida gradual de los reflejos periféricos, trastornos de las sensaciones de posición y vibración, produciendo ataxia progresiva. Los signos incluyen marcha atáxica de base amplia, pié caído, parestesias, trastornos vesicales impotencia, arreflexia, atrofia del nervio óptico y degeneración trófica de las articulaciones (articulaciones de Charcot). (22,33,34)

1.5.4.c. SIFILIS CARDIOVASCULAR

Las manifestaciones cardiovasculares se limitan a los grandes vasos que dependen de la vasa vasorum para su riego sanguíneo. La endarteritis obliterante de la vasa vasorum produce necrosis con destrucción del tejido elástico, especialmente en segmentos ascendente y transversal de la Aorta siendo la insuficiencia aórtica y aneurismo aórtico, las complicaciones primarias de la Sífilis. Los síntomas de la Sífilis Cardiovascular inician de 10 a 40 años después de iniciada la enfermedad. Las complicaciones vasculares son más comunes en pacientes de sexo masculino y en la raza negra. (11,22)

1.5.4.d. LESIONES OCULARES

Consisten en el apareamiento de iritis y corioretinitis, seguido del apareamiento de pupila fija por la adherencia del iris con la parte anterior. (17,39)

1.6 SIFILIS CONGENITA

Se denomina de esta manera a la Sífilis que es transmitida de una mujer embarazada al feto, lo cual ocurre a través de la placenta y a partir de la 10a. a 15va. semana de gestación.

Algunos fetos afectados mueren. terminando el embarazo en aborto, otros nacen prematuros, algunos a término pero muertos, y otros que sobreviven pero con Sífilis Congénita. (33,34)

Las manifestaciones clínicas tempranas se observan en el período neonatal, siendo las principales: rinitis, hepatoesplenomegalia, ictericia, anemia, trombocitopenia,

leucocitosis y otros. Las manifestaciones congénitas tardías son las que presentan en la Sífilis no tratada después de 2 años de edad.

Estos niños presentan huesos frontales prominentes debido a engrosamiento perióstico por periostitis, depresión del tabique nasal (nariz en silla de montar), afección del octavo par craneano (vestibulococlear), afección articular, afección en la dentadura permanente (dientes de Hutchinson), y otros.

El adecuado tratamiento durante el embarazo puede prevenir la Sífilis Congénita. (22,24,22,36)

1.7 PATOGENIA DE LA SIFILIS NO TRATADA

El **TREPONEMA PALIDUM** puede atravesar las mucosas intactas o la piel y en pocas horas llegar hasta los linfáticos y la sangre, desencadenando una infección sistemática con focos metastásicos antes que aparezca la lesión primaria. Durante el período de incubación la sangre es infecciosa, siendo éste desde 10 días a 10 semanas, con promedio de 3 semanas. El período de transmisibilidad es variable, y el período de incubación es inversamente proporcional al número de microorganismos inoculados. La concentración de espiroquetas alcanza generalmente 10^7 por gramo de tejido, antes que aparezcan lesiones clínicas. (4,8,9)

La lesión primaria aparece en el sitio de inoculación, persistiendo 2 a 6 semanas y cicatriza espontáneamente.

Histológicamente las lesiones primarias muestran infiltración perivascular predominando linfocitos, células plasmáticas e histiocitos con proliferación endotelial capilar y obliteración de vasos sanguíneos pequeños. (10,12,13)

Después de 6 a 8 semanas de cicatrización del Chancro, se presenta la Sífilis secundaria. Sin embargo, el 15% de los pacientes con lesiones tempranas evolucionan a la recuperación total sin tratamiento. Las lesiones de la Sífilis secundaria se caracterizan por ser máculo papulares con hiperqueratosis de la epidermis, proliferación capilar con edema endotelial en el corión superficial y papilas dérmicas con transposición de leucocitos polimorfonucleares; mientras que el corion profundo se observa infiltración perivascular de monocitos, células plasmáticas y linfocitos. En aproximadamente el 85% de los pacientes con Sífilis Secundaria hay adenopatía generalizada. (13,34)

En 2 a 6 semanas la lesión secundaria desaparece y el paciente entra en una fase latente que puede corroborarse únicamente mediante pruebas serológicas. Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS), se divide la Sífilis latente en una fase latente temprana (menor de un año y una fase latente tardía) (mayor de un año). (10,2,7)

Posteriormente se desarrolla la Sífilis terciaria la cual afecta principalmente al Sistema Nervioso Central, Cardiovascular, o se presenta la Sífilis tardía benigna. (7,11)

1.8 DIAGNOSTICO DE LABORATORIO

1.8.A. **Productos Patológicos**

Consiste en la demostración de espiroquetas en líquidos tisulares de las lesiones superficiales tempranas y sueros sanguíneos mediante pruebas para reacciones serológicas. (38)

1.8.B. **Observación de Campo Oscuro**

Es el medio definitivo de demostración de **TREPONEMA PALLIDUM** en lesiones tempranas. Casi siempre positivo en Sífilis primaria, en lesiones mucosas de Sífilis secundaria y en Sífilis congénita.

Técnica: Se coloca una gota de líquido tisular o exudado en un porta objetos, se cubre y presiona con cubreobjetos hasta lograr una capa delgada entre el porta y cubreobjetos, luego se observa en microscopio con el objetivo de inmersión de campo oscuro en busca de espiroquetas móviles. (7,19,21,31,34)

1.8.C. **Inmunofluorecencia Directa:**

Esta técnica es tan sensible como la anterior, se realiza mediante líquido de tejidos o exudados, el cual se seca al ambiente y se fija con suero Antitepronema marcado con fluorescencia para observar espiroquetas fluorescentes. (12,21)

1.8.D **Pruebas Serológicas para Sífilis**

Se utiliza con las siguientes indicaciones:

1. Para producir un número grande de sueros con fines de diagnóstico o selección.
2. Para medir el título de anticuerpos sanguíneos con el fin de estimar la actividad clínica de la Sífilis o para vigilar el título de reagina en respuesta al tratamiento.
3. Confirmar el diagnóstico de Sífilis en pacientes con prueba positiva de reagina o sospecha clínica de la enfermedad. (11,22,38)

1.8.E. **Pruebas No Treponémicas**

1.8.E.a. **Pruebas de Antígeno No Treponémica:**

Los antígenos usados son lípidos provenientes de mamíferos, la Cardiolipina purificada del corazón de buey es un difosfatidilglicerol que requiere

adición de sensibilizadores como la lecitina para reaccionar con la reagina sifilítica. La reagina es una mezcla de anticuerpos Igm e IgA dirigidos contra algunos Antígenos ampliamente distribuidos en los tejidos normales. (32,37)

1.8.E.b. Pruebas de Flocculación:

(VDRL = Venereal Disease Research Laboratories y RPR = Rapid Plasma Reagin), las pruebas se basan en el hecho de que las partículas del antígeno lipídico (cardiolipina de corazón de buey) permanecen dispersas en suero normal pero se combinan con la reagina. (32,37)

Antígenos: Suspensión acuosa del antígeno de cardiolipina y lecitina purificados, en solución tampón fosfatada con cloruro de colina y EDTA, según la OMS. (3,5)

El RPR suele ser más costoso que el VDRL pero es más fácil y rápido de realizar, y además utiliza suero sin calentar, las pruebas VDRL y RPR son igualmente sensibles y se utilizan para seleccionar anticuerpos séricos de Reagina. Los títulos de VDRL y RPR son diferentes. (19,25,27)

El antígeno que se utiliza para las pruebas No Treponémicas existe en otros tejidos por tanto puede haber reacciones falsamente positivas, se calcula un 20 a 40% de falsos positivos, pero en una población de riesgo el porcentaje es menor. Existen también varias enfermedades en las cuales puede darse falsos positivos como lo son: Hepatitis, Paludismo, Tuberculosis, Influenza, Lepra, Asma, Diabetes, enfermedades autoinmunes y otras. (18,24)

Pueden existir también reacciones falsamente negativas cuando existe el fenómeno de Prozona. Se calcula que 1 a 2% de los pacientes con Sífilis secundaria dan RPR negativo con suero sin diluir y que se torna positivo con diluciones mayores.

También pueden encontrarse falsos negativos durante las primeras semanas de infección temprana no tratada y en la Sífilis terciaria.

1.8.E.c. Prueba de Fijación de Complemento

(Wasserman, Rolmer): Se basan en el hecho de que los sueros que contienen Reagina fijan el complemento en presencia del Antígeno de Cardiolipina.(4)

1.8.F Pruebas Treponémicas

1.8.F.a. Pruebas para Anticuerpo Antitreponema (FTA-ABS)

Esta Prueba se basa en inmunofluorescencia indirecta (TREPONEMA PALLIDUM + suero del paciente + Gama Globulina antihumana marcada) proporciona buenos resultados desde el punto de vista de especificidad y sensibilidad para los anticuerpos sifilíticos, pero el suero del paciente antes de la prueba FTA debe ser absorbido por espiroquetas de Riter tratadas con vibraciones sónicas. La prueba FTA-ABS es la prueba que se hace positiva en la Sífilis temprana y permanece positiva muchos años después del tratamiento efectivo contra Sífilis Primaria.(1,14)

Esta prueba ayuda principalmente para la confirmación del diagnóstico de Sífilis, se reporta que en poblaciones normales exista el 2% de falsos positivos.(1,16,32,35)

Inmunofluorescencia Indirecta: Consiste en una técnica de tinción que permite la identificación de anticuerpos en sueros no marcados. La sensibilidad y especificidad es alta.

Fluorecencia: Es la emisión de luz de un color (una longitud de onda), mientras una substancia es irradiada con luz de color diferente.

Microscopio Fluorescente con epiiluminación: El haz de luz luminoso es dirigido a través de un filtro excitador y hacia abajo hasta la muestra. Un espejo dicróico permite el paso de ondas luminosas de longitud seleccionada en una dirección, pero no en otra. Después de alcanzar la muestra, la luz reflejada a través del espejo dicróico y la luz fluorescente emitida es visualizada en el ocular. (17,22)

1.8.F.b. Prueba de TPI

Es la prueba concluyente de infección pasada o actual. Consiste en demostrar la inmovilización de **TREPONEMA PALLIDUM** por anticuerpos específicos del suero del paciente.

Técnica: Se mezclan diluciones de suero del paciente con complemento y espiroquetas vivas y activamente móviles de Chancros testiculares de conejo; luego mezclados se observan al microscopio. (15,25,27,38)

1.8.F.c. Pruebas de Fijación del Complemento con Treponema Palidum

Consiste en que las espiroquetas de sifilomas de conejo forman antígenos específicos para las pruebas de fijación del complemento. (11,13)

1.8.F.d. Prueba de Hemaglutinación con TREPONEMA PALLIDUM

(TPHA):

Después de tratar eritrocitos para que absorban espiroquetas, se mezclan con suero que contiene anticuerpos Antitreponema y los eritrocitos se aglutinan. (13,17)

1.9 TRATAMIENTO

La Penicilina es el tratamiento de elección; la Sífilis de menos de 1 año de evolución se trata con Penicilina G Benzatínica de 2.4 millones de Unidades Internacionales en total, aplicada por vía intramuscular profunda. Para pacientes alérgicos a la Penicilina se recomienda Eritromicina oral 500 miligramos cuatro veces al día durante 15 días; o Clorhidrato de Tetraciclina oral 500 miligramos cuatro veces al día durante 15 días. (2)

La Sífilis de duración indeterminada o de más de 1 año, (excepto Neurosífilis), se trata con Penicilina G Benzatínica 2,4 millones de Unidades Internacionales vía intramuscular profunda en cada glúteo durante 3 semanas consecutivas, aplicando con esto un total de 7.2 millones de U.I. Para pacientes alérgicos se deberá analizar el líquido cefalorraquídeo previo tratamiento. Durante el embarazo una alternativa es Penicilina Oral 500 miligramos cuatro veces al día durante 30 días. (22)

La Neurosífilis es tratada intensamente si el líquido cefalorraquídeo es positivo; es necesario hospitalizar al paciente y dar tratamiento con Penicilina cristalina por vía intravenosa, a dosis 2 a 4 millones de U.I. cada 4 horas por 10 días, seguido de Penicilina G Benzatínica 2,4 millones de U.I. por vía intramuscular profunda cada semana por 3 semanas consecutivas. Alternativamente se puede administrar Penicilina G. Procaínica acuosa 2,4 millones

de U.I. por vía intramuscular cada día, más Probenecid 500 miligramos por vía oral, cuatro veces al día por 10 días seguidos de Penicilina G Benzatínica 2,4 millones de U.I. intramuscular cada semana por 3 semanas consecutivas. (2,4,31)

En las pacientes embarazadas el tratamiento de elección es la Penicilina G Benzatínica, si son alérgicas se tratarán con Eritromicina a la dosis indicada anteriormente. En los pacientes con Sífilis congénita se dará tratamiento con Penicilina G Procaínica acuosa, a dosis de 50 mil U.I. por kilograma de peso, por vía intramuscular por lo menos 10 días, o Penicilina G Cristalina 50 mil U.I. por Kg. vía Iv. ó IM, por lo menos 10 días, o si el líquido cefalorraquídeo es normal, Penicilina G. Benzatínica 50 mil U.I. por Kg. intramuscular en una sola dosis. (16,17,38)

El mejor método de control de la Sífilis es la **PREVENCION**, deben tratarse a todos los contactos de los pacientes confirmados con Sífilis temprana. (5,6,20)

VI. MATERIAL Y METODOS

1. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CORTE TRANSVERSAL

Descriptivo porque se estudiará la distribución de la Sífilis de acuerdo con las características de la población; y de corte transversal porque es el más útil para determinar la frecuencia y prevalencia de una enfermedad.

SUJETO DE ESTUDIO

Trabajadoras del Sexo incluidas en el Programa de Profilaxia Sexual del Centro de Salud del Municipio de Patulul, Suchitepéquez.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para este trabajo se incluye como muestra el universo comprendido por todas las Trabajadoras del Sexo, que acuden semanalmente al Programa de Profilaxia Sexual del Centro de Salud.

CRITERIOS DE INCLUSION

1. Se incluye a toda Trabajadora del Sexo que se encuentre registrada para el Programa de Profilaxia Sexual.
2. Se incluye toda Trabajadora del Sexo, con o sin manifestaciones clínicas de la enfermedad.

CRITERIOS DE EXCLUSION

1. No podrá ser incluida en la muestra cualquier Trabajadora del Sexo que no esté debidamente registrada en el Centro de Salud.
2. No serán incluidas en la muestra aquellas Trabajadoras del Sexo que no den su consentimiento.

DEFINICION OPERACIONAL

EDAD:

Espacio de tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento.

Variable de tipo cuantitativa, medida en años y su escala de medición se hará por boleta de recolección de datos.

NACIONALIDAD:

País de origen de la Trabajadora del Sexo.

Variable de tipo cualitativa, evaluada según procedencia, enumerada según boleta de recolección de datos.

GRUPO ETNICO:

Características culturales, físicas y de color.

Variable cualitativa evaluada según boleta de recolección de datos.

ESCOLARIDAD:

Grado escolar último cursado y ganado.

Variable cuantitativa, evaluada según el nivel descrito en boleta de recolección de datos.

ESTADO CIVIL:

Variable de tipo cualitativa.

Evaluada según los discriminantes de casada, soltera, unida, viuda, divorciada, descrita según boleta de recolección de datos.

NUMERO DE HIJOS:

Hijos vivos gestados por la Trabajadora del Sexo.

Variable de tipo cuantitativo y enumerados según boleta de recolección de datos.

INGRESO MENSUAL:

Cantidad de dinero que devenga la Trabajadora del Sexo, como producto del Servicio Sexual.

Variable de tipo cuantitativa, medida en quetzales y evaluada según boleta de recolección de datos.

CASOS DE SIFILIS:

Paciente sintomático o asintomático de Sífilis con prueba RPR y FTA-ABS positivas.

Variable cualitativa según cuadro clínico y prueba RPR.

Variable cuantitativa según si el paciente es o no reactivo, FTA-ABS positivo o negativo.

Escalas de medición por boleta de recolección de datos, observación macroscópica, microscopía con fluorescencia.

RPR:

Rapid Plasma Reagin
Prueba cualitativa y/o cuantitativa
Presente macroscópicamente
Variable cualitativa reactiva o no reactiva
Variable cuantitativa dilución 1:1 a 1:16
Medible por observación macroscópica

FTA-ABS

Prueba para anticuerpos Anti-treponema

Observar Treponema Pallidum unida a anticuerpo fijado, en microscopio fluorescente.

Variable de tipo cualitativa según resultado positivo o negativo, medible a través de microscopio con fluorescencia.

RPR CUALITATIVO

Reactivo:

Característicamente grumos macroscópicos, ligeramente marcados a intensos (mínimo a moderado).

No Reactivo:

Características macroscópicas rosado suave a ligero, aspecto áspero, sobre fondo rojo sin grumos.

RPR CUANTITATIVO

Diluciones 1:1, 1:2, 1:4, 1:8, 1:16, macroscópicamente presentes interpretadas como la prueba reactiva.

FTA-ABS POSITIVO

Observación de Treponema Pallidum unido a anticuerpo.

FTA-ABS NEGATIVO:

Observación microscópica de Treponema Pallidum unido a anticuerpo.

PLAN PARA LA RECOLECCION DE DATOS

1. Se solicitó autorización al Jefe de Area de Escuintla y Director del Centro de Salud de Santa Lucía Cotzumalguapa para la realización del presente estudio.
2. Se informó a Trabajadoras del Sexo que asisten al Programa Profilaxia Sexual sobre el trabajo a realizarse y solicitarles su colaboración.
3. Se procedió a tomar muestra de sangre de vena periférica a Trabajadoras del Sexo, así:
 - a. Trabajadoras del Sexo, así:
 - a.- Colocación de guantes por parte del investigador.
 - b.- Aplicación de liga enérea superior de antebrazo o brazo.
 - c.- Se introduco aguja con bisel hacia arriba y aproximadamente 45 grados se tomó muestra de sangre (5cc).
 - d.- Se colocóla muestra en tubos de ensayo previamente rotulados.
 - e.- El equipo utilizado se descartó quemándolo.
4. Las muestras fueron colocadas en gradillas y caja cerrada y transportadas al laboratorio LACCEM.
5. En el laboratorio LACCEM (Laboratorio Clínico y Centro Microbiológico) se centrifugó las muestras separándose suero de glóbulos rojos, luego se congelaron los sueros.
6. Se procedió a efectuar RPR (Rapid Plasma Reagin) así:
 - A. Prueba Cualitativa:
 - a. Se descongelaron los sueros a temperatura ambiente.
 - b. En una tarjeta de 12 círculos se procedió a aplicar 1 gota de suero en el primer círculo (1 muestra por c/círculo y 1 gota del reactivo (antígeno: aprox. 5 ul), luego se mezcló.

- c. Se colocaron las tarjetas de muestras en cámara húmeda en un agitador eléctrico por 8 minutos a 100 revoluciones por minuto.
- d. Se agitó brevemente la tarjeta y se procedió a leerlas con luz fuerte, así:

Reactivo: Características grumosas ligeramente marcados e intensos (mínimo a moderado).

No Reactivo: Características rosado suave a ligero, áspero, sobre un fondo rojo fuerte sin grumos.

B. Prueba Cualitativa:

- a. Se procedió a efectuar diluciones de: 1:1; 1:2; 1:4; 1:8; 1:16.
- b. Se aplicó 50 UL. de sol. salina 0.9% en cada círculo del 2 al 5 y UL de suero, en la tarjeta con círculos.
- c. Luego se mezcló UL de sol. salina del círculo 1 al 2, del 2 al 3, del 3 al 4, del 4 al 5 y los últimos 50 UL se descartaron (5 a 6 mezclas en cada muestra por círculo).
- d. Se aplicó 1-2 gotas del reactivo y se colocaron en cámara húmeda y en un agitador eléctrico por 8 minutos a 100rpm.
- e. Leerlas al minuto microscópicamente agitando manualmente y levemente la tarjeta con luz intensa, indicado anteriormente.

C. Las pruebas con diluciones de 1:16 se repitió el proceso cuantitativo con mayor dilución para confirmarlos.

- 7. Se procedió a efectuar prueba de FTA-ABS (Prueba para Anticuerpo Antitreponema), así:

A. Se fijó la suspensión de Treponema Pallidum a la laminilla.

- a. Se diluyó 1 ml. de agua destilada en el liofilato y se aplicó 10 ul. en cada pozo de la minilla por 1 a 3 horas incubándose a temperatura ambiente.
 - b. Se fijó la preparación anterior con acetona sumergiéndolas y dejándose secar al aire.
- B. Se aplicó solución absorbente:
- a. En un tubo de ensayo se aplicó 25 ul. de suero agregándole solución absorbente a cada muestra. Se incubó en baño de agua 30-60 minutos.
 - b. Se diluyó cada muestra 1:2 con solución tampón fosfatada.
- C. Se aplicó a cada pozo de las laminillas 10 ul. de cada muestra de cada tubo de ensayo.
- a. Se incubó las muestras en cámara húmeda por 30-60 minutos.
 - b. Se efectuaron 2 recambios con solución tampón fosfatada de 5 minutos cada uno y se descartó la solución, dejándose secar al aire.
- D. Se aplicó el conjugado de fluoresceína de IgM de globulina antihumana diluido 1:4, 10 ul. a cada pozo de las laminillas.
- a. Se colocó las laminillas en cámara húmeda por 30-60 minutos.
 - b. Se efectuaron 2 recambios con solución tampón fosfatada de 5 minutos cada uno y se descartó la solución, dejándose secar al aire.
- F. Se observaron en el microscopio fluorescente con objetivo de inmersión. Interpretándose:

Positivo: Observar Treponema Pallidum unido a anticuerpo.

Negativo: No observar Treponema Pallidum unido a anticuerpo.

8. Los datos obtenidos con la boleta de recolección de datos se correlacionaron con los resultados de laboratorio (RPR y FTA-ABS).

MATERIALES

a. Presupuesto

Reactivo de FTA-ABS para 50 muestras	Q. 400.00
Reactivo RPR para 50 muestras	Q. 050.00
Equipo de Oficina	<u>Q. 030.00</u>
TOTAL	Q. 480.00

FISICOS

- Clínica de Profilaxia Sexual del Centro de Salud.
- Hojas de registro de consultas para Trabajadoras del Sexo.
- Equipo estéril y descartable: Jeringas, agujas, guantes y otros.
- Equipo de laboratorio: Pipeta, tubos de ensayo, porta objetos, cubreobjetos y otros.
- Reactivos para RPR y FTA-ABS.
- Microscopio con Fluorescencia.

HUMANOS

- Auxiliar de Enfermería.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

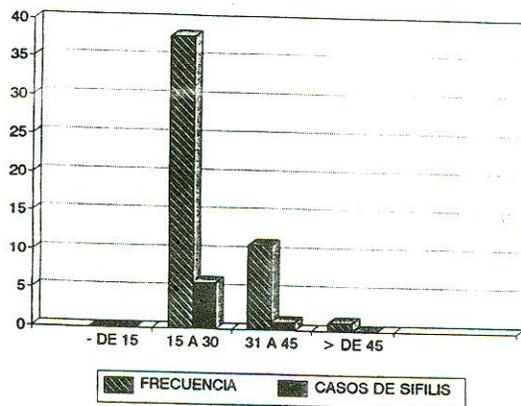
Distribución según rango de edades y resultados de la prueba No Treponémica RPR (Radio Plasma Reagin) en Trabajadoras del Sexo, asistentes al Programa de Profilaxia Sexual del Centro de Salud del Municipio de Patulu, Suchitepéquez. Junio y Julio 1994.

RANGO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	R P R		FENOMENO DE PROZONA				
			CUALITATIVA		CUANTITATIVA				
			NO REACTIVA	REACTIVA	1:1	1:2	1:4	1:8	1:16
MEJOR DE 15	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15 A 30	38	76%	32	6	0	3	2	0	1
31 A 45	11	22%	10	1	0	0	0	1	0
MAYOR DE 45	1	2%	1	0	0	0	0	0	0
TOTAL	50	100%	41	7	0	3	2	1	1

Se presentan cuatro rangos de edades en los que fueron clasificadas las Trabajadoras del Sexo incluidas en el estudio, y se asocia a los resultados obtenidos con la aplicación de la Prueba de Tamizaje RPR (Rapid Plasma Reagin).

FENOMENO DE PROZONA: Prueba que se positiviza a mayor dilución del suero.

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

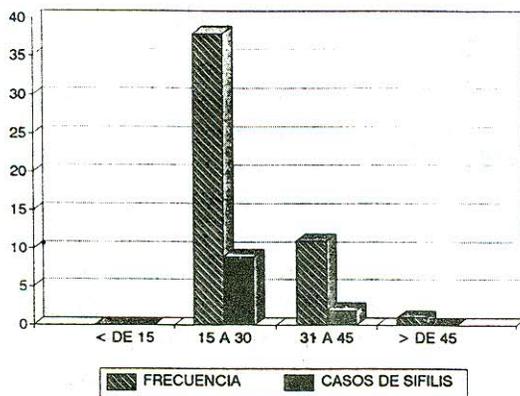


FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

Del total de Trabajadoras sometidas a la prueba, 76% se encuentran entre los 15 y 30 años de edad; de este grupo que es el predominante, se derivan el mayor número de casos positivos por RPR, (85%). De lo anterior se deduce mayor riesgo para las Trabajadoras del Sexo más jóvenes, quienes realizan mayor número de contactos de negocio sexual, ya que la incidencia disminuyó en Trabajadoras del Sexo de mayor edad y menos ingresos

CUADRO No.2

Distribución de rangos de edades, casos confirmados de Sífilis por FTA-ABS (Prueba contra Anticuerpos Anti-Treponema) identificados por RPR, y casos encontrados por FTA-ABS, en trabajadoras del Sexo, asistentes al Programa de Profilaxia Sexual del Centro de Salud del Municipio de Patulul, Suchitepéquez. Junio y Julio 1994.



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

En este cuadro se relacionan los rangos de edad de las Trabajadoras del Sexo y los resultados obtenidos con la aplicación de la prueba confirmatoria para Sífilis FTA-ABS (Prueba contra Anticuerpos Anti-treponema).

Con la aplicación de esta prueba 71% de los casos positivos corresponden al grupo de Trabajadoras comprendidas entre los 15 y 30 años de edad.

RANGO DE EDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	CASOS CONFIRMADOS DE SIFILIS POR FTA-ABS CONTACTADOS POR RPR		CASOS DE SIFILIS ENCONTRADOS POR FTA-ABS
			CONFIRMADOS	DESCARTADOS	
MENOR DE 15	0	0%	0	1	1
15 A 30	38	76%	5	1	4
31 A 45	11	22%	1	1	1
MAYOR DE 45	1	2%	0	0	0
TOTAL	50	100%	6	1	5

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

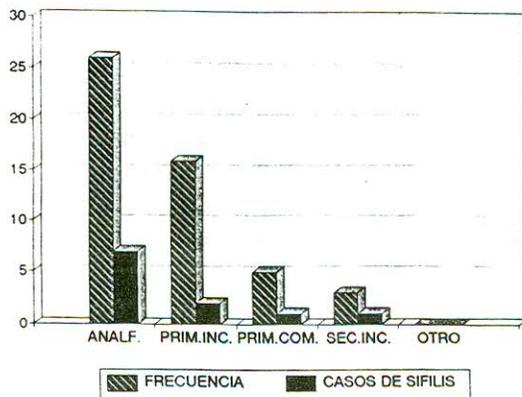
Con la Prueba FTA-ABS se verificó 2% de falsos positivos por RPR se diagnosticó 22% del total de casos, habiéndose incrementado en un 71% la efectividad diagnóstica.

CUADRO No. 3

Escolaridad de las Trabajadoras del Sexo, asistentes al Programa de Profilaxia Sexual. Del Centro de Salud del Municipio de Patulul, Suchitepéquez. Junio y Julio 1994.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	CASOS DE SIFILIS	PORCENTAJE CASOS
ANALFABETA	26	52%	7	63.63%
PRIMARIA INCOMPLETA	16	32%	2	18.19%
PRIMARIA COMPLETA	5	10%	1	9.09%
SECUNDARIA INCOMPLETA	3	6%	1	9.09%
OTRO	0	--		
TOTAL	50	100%	11	100%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

En este cuadro se clasifica a las Trabajadoras del Sexo, según el nivel escolar y su relación con los casos de Sífilis confirmados.

Del total de Trabajadoras incluidas en el estudio 52% son analfabetas y representan 63% de los casos de Sífilis; del resto de casos se encontró relación directa entre el nivel escolar y la incidencia de Sífilis, la cual disminuyó a mayor nivel escolar.

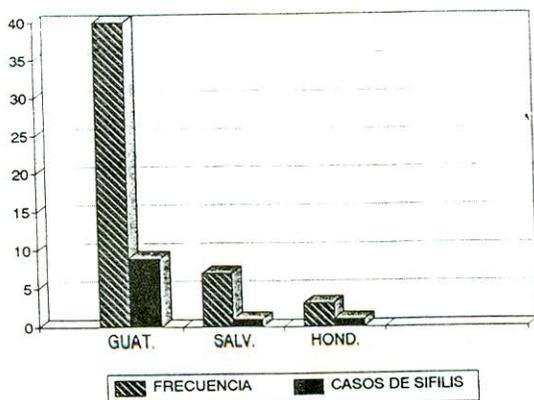
Los datos anteriores evidencian que la enfermedad se ve condicionada por un nivel escolar pobre o nulo, que no permite el acceso de información y educación que en sentido global modifican la conducta humana, brindando actitudes de protección contra el padecimiento de enfermedades de transmisión sexual

CUADRO No. 4

Nacionalidad y Casos de Sífilis de las Trabajadoras del Sexo, asistentes al Programa de Profilaxia Sexual, del Centro de Salud del Municipio de Patulul, Suchitepéquez. Junio y Julio 1994.

NACIONALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	CASOS DE SIFILIS	PORCENTAJE
GUATEMALTECA	40	80%	9	81.8%
SALVADOREÑA	7	14%	1	9.1%
HONDUREÑA	3	6%	1	9.1%
OTRO	--			
TOTAL	50	100%	11	100%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

En este cuadro se describe la distribución respecto a nacionalidad de las Trabajadoras del Sexo incluidas en el estudio, y su relación con los casos de Sífilis encontrados.

80% de las Trabajadoras de Nacionalidad Guatemalteca y en ellas se encontró el 81% de los casos de Sífilis

El crecimiento de la Prostitución conlleva en sí numerosos componentes, como lo son Sociales, Políticos, Económicos y Psíquicos; y en nuestro país existe una relación en el aumento del Trabajo Sexual y la crisis socio-económica y política actual.

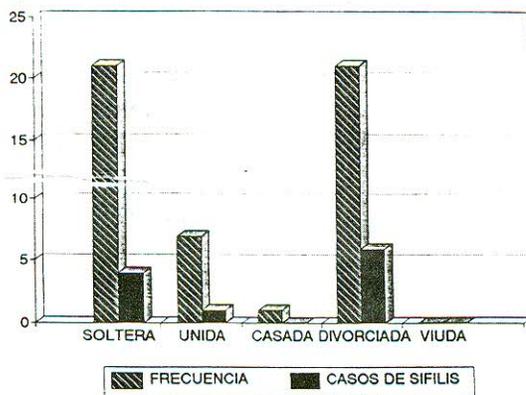
CUADRO No. 5

Estado Civil y casos de Sífilis, de las Trabajadoras del Sexo, asistentes al Programa de Profilaxia Sexual, del Centro de Salud del Municipio de Patulul, Suchitepéquez. Junio y Julio 1994.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	CASOS DE SIFILIS	PORCENTAJE
SOLTERA	21	42%	4	36.36%
UNIDA		12%	1	9.1%
CASADA	1	4%	0	0
DIVORCIADA	21	42%	6	54.54%
TOTAL	50	100%	11	100%

Se clasifica en este cuadro, el estado civil de las Trabajadoras del Sexo incluidas en el estudio y su relación con los casos de Sífilis.

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

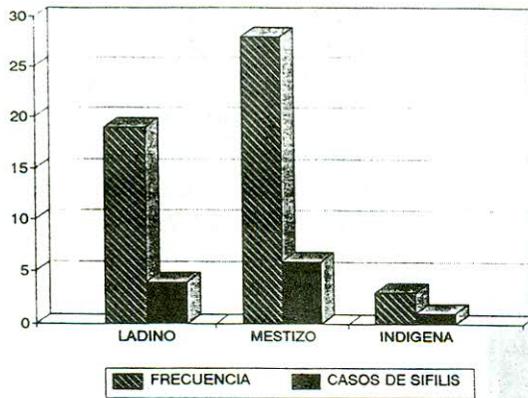
según lo encontrado a través de la boleta de recolección de datos 42% de las Trabajadoras son solteras y 42% divorciadas, pero 54.54% de los casos de Sífilis se encontraron en Trabajadoras del Sexo divorciadas son de mayor edad y con más tiempo de ejercer la Prostitución, y esto aunado a un menor nivel educacional, predisponen a la enfermedad por mayor tiempo de exposición y menos protección.

CUADRO No. 6

Grupo étnico y casos de Sífilis de las Trabajadoras del Sexo, asistentes al Programa de Profilaxia Sexual, del Centro de Salud del Municipio de Patulul, Suchitepéquez. Junio y Julio 1994.

GRUPO ETNICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	CASOS DE SIFILIS	PORCENTAJE
LADINO	19	40%	4	36.36%
MESTIZO	28	56%	6	54.35%
INDIGENA	3	4%	1	9.09%
TOTAL	50	100%	11	100%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

Se presenta en este cuadro la clasificación de grupo étnico para las Trabajadoras del Sexo sometidas a las Pruebas de Diagnóstico de Sífilis.

El mayor número de casos de Sífilis se encontró en Trabajadoras del Sexo con características culturales y raciales Mestizas, quienes representan el 56% del total de Trabajadoras y el 54.35% del total de casos de Sífilis diagnosticados, siguiendo en proporción el grupo Ladino que representa el 40% del grupo 36.36% del total de casos; el grupo Indígena representa tan sólo el 4% del total de trabajadoras y 9.9% de los casos de Sífilis.

CUADRO No. 7

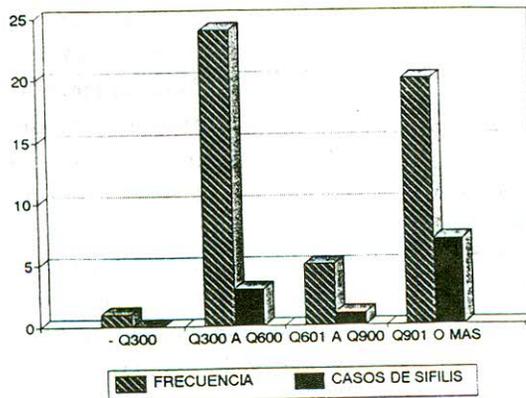
Ingreso aproximado mensual y casos de Sífilis de las Trabajadoras del Sexo, asistentes al Programa de Profilaxia Sexual, del Centro de Salud del Municipio de Patulul, Suchitepéquez. Junio y Julio 1994.

INGRESO APROXIMADO EN QUETZALES	FRECUENCIA	%	CASOS DE SIFILIS	%
	MENOS DE Q.300.00	1	2%	0
Q.300.00 A Q.600.00	24	48%	3	27.27%
Q.600.00 A Q.900.00	5	10%	1	9.1%
Q.901.00 Y MAS	20	40%	7	63.63%
TOTAL	50	100%	11	100%

En este cuadro se clasifica a las Trabajadoras del Sexo incluidas en el estudio, según el ingreso mensual aproximado y su relación con los casos de Sífilis encontrados.

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

según lo registrado 40% de las Trabajadoras tienen un ingreso mensual de Q.900.00 quetzales o más y representan el 63% de los casos de Sífilis encontrados; en frecuencia de casos lo sigue el grupo de menor ingreso con 27.27%.



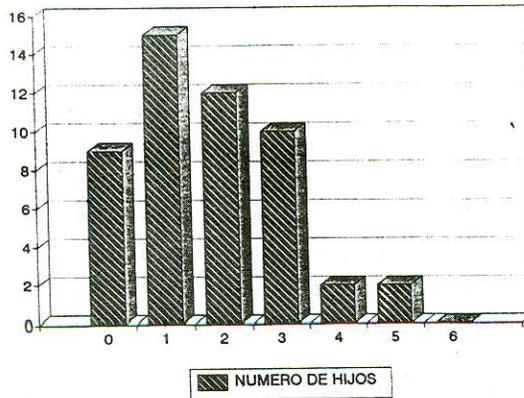
FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO No. 8

Número de hijos de las Trabajadoras del Sexo, asistentes al Programa de Profilaxia Sexual, del Centro de Salud del Municipio de Patulul, Suchitepéquez. Junio y Julio 1994.

NUMERO DE HIJOS	FRECUENCIA	%
0	9	18%
1	15	30%
2	12	24%
3	10	20%
4	2	4%
5	2	4%
6 ó más		

En este cuadro se esquematiza, el número de hijos en relación al grupo de Trabajadoras del Sexo. Lo más relevante de este cuadro es que el 72% de las mujeres incluidas en el estudio tienen entre uno y cinco hijos que dependen exclusivamente de ellas. A través de la entrevista se constató ausencia total de apoyo por parte de los padres.



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

VIII. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

La realización de este estudio fue motivada por el hallazgo de algunos casos de Sífilis congénita en niños de la población de San Juan Bautista Suchitepéquez, Municipio que tiene estrecha relación con Patulul por vecindad. San Juan Bautista se encuentra a más o menos 3 kilómetros de distancia de Patulul utilizando la vereda de extravío, por lo que los habitantes se desplazan diariamente a esta población para realizar actividades comerciales, estudiantiles, de trabajo, además de la estrecha relación social entre ambos Municipios.

La población de San Juan Bautista no cuenta con bares ni cantinas y durante los seis meses de control por parte del EPS de la población, no se registró la existencia de Trabajadoras del Sexo. Considerando que el ejercicio de la prostitución representa una de las principales causas para la diseminación de la Sífilis, se planificó este estudio para ser llevado a cabo en la población de Patulul, ya que ésta se considera el principal foco de diseminación de Sífilis a través de las Trabajadoras del Sexo.

En el Municipio de Patulul se han aplicado eventualmente pruebas de tamizaje para Sífilis a las Trabajadoras del Sexo incluidas en el Programa de Profilaxia Sexual del Centro de Salud de la localidad; debido a la limitación de los recursos económicos y humanos, no se han podido realizar pruebas de tamizaje más frecuentemente por lo que no ha sido posible establecer la insidencia real de la Sífilis en esta población.

Hasta hace varios meses se aplicó algunas veces la Prueba de Tamizaje No Treponémica RPR (Rapid Plasma Reagin), aplicándoseles medicamento a las Trabajadoras que se encontraran positivas.

Jawetz, en su libro de Microbiología Médica, reporta un 20 a 40% de falsos positivos con la aplicación de la Prueba RPR en poblaciones normales, pero en grupos de alto riesgo es un porcentaje menor. (13)

La causa más importante para obtener falsos positivos es una reacción inmunológica que a través de las inmunoglobulinas IgA e IgM, provocan una reacción falsamente positiva en pacientes con enfermedades como Paludismo, Tuberculosis, Hepatitis y otras. En la región Sur y Sur-occidente del país, estas enfermedades son endémicas por lo que la aplicación de la Prueba RPR resulta de menor utilidad. (18)

La prueba de Tamizaje RPR también puede proporcionar falsos negativos, debido principalmente a su poca sensibilidad para los casos de Sífilis temprana no tratada (primeras dos a tres semanas de infección). (13)

Debido a la necesidad de establecer la incidencia real en el grupo de estudio, se aplicó además de la Prueba RPR la Prueba Treponémica FTA-ABS (Prueba contra anticuerpos Anti-Treponema), con la que debido a su especificidad es posible evadir los riesgos de obtener falsos positivos o falsos negativos.

Tanto la Prueba RPR como FTA-ABS fueron aplicadas a todas las mujeres incluidas en el estudio, la razón de esto es en primer lugar, establecer la morbilidad Sifilítica real y en segundo lugar evaluar el comportamiento de ambas pruebas en el grupo de estudio.

Con la aplicación de RPR se encontraron 7 casos sospechosos, entre los cuales al aplicar la prueba FTA-ABS se detectaron 1 falso positivo y 5 falsos negativos. Con estos hallazgos se confirma para el grupo de estudio, 14% de falsos positivos y 22% de falsos negativos; además evidencia la necesidad de aplicar pruebas de mayor especificidad en grupos de alto riesgo. (cuadros números 1 y 2, gráficas 1 y 2).

El encontrar una prueba falsamente positiva es de menor trascendencia, pues sólo se estaría medicando innecesariamente a un paciente que no tiene la enfermedad; pero el que pasen inadvertidos casos falsamente negativos favorece la diseminación de numerosos casos de Sífilis.

Al parecer la Sífilis constituye un problema de salud que hasta el momento continua en aumento, principalmente en la región Sur-occidente del país. Indudablemente para su control será necesario brindar nuestro mejor esfuerzo ya que la Sífilis es una enfermedad que ocasiona más que estragos físicos; y si bien la morbilidad de Sífilis se ve favorecida por características socio-económicas bajas, la enfermedad al mismo tiempo induce a un mayor deterioro del entorno familiar y social. (6,3)

Según lo descrito en la obra de Larsen S.A., la Sífilis es una enfermedad cuya incidencia está directamente relacionada con el nivel cultural y el comportamiento humano. (15)

Para establecer las características culturales y sociales del grupo de estudio, se elaboró una boleta para recolección de datos en la cual se registró la información obtenida en la entrevista con cada Trabajadora incluida en el estudio. Al inicio de dicha entrevista, fue difícil romper las barreras emocionales que se manifestaron en las pacientes, quienes respondían a las interrogantes de una manera escueta o evasiva. A pesar de las dificultades encontradas, bastó con expresarles nuestro interés genuino en brindarles un servicio directamente planificado en beneficio de su salud, y manifestarles de nuestra parte una actitud de respeto ante su individualidad y libre alvedrillo, para que mostraran una actitud más amplia y colaboradora. Las Trabajadoras que al inicio mostraron una conducta cínica y fría, al ser tratadas con respeto y comprensión se descubrieron como seres humanos que expresaron sus sentimientos de frustración, afectos y necesidades.

Evidentemente las Trabajadoras del Sexo son personas que independientemente del tipo de trabajo que realizan presentan características que derivan de su realidad social y cultural.

La Sífilis como toda enfermedad posee un comportamiento epidemiológico ya establecido. Uno de los principales aspectos es quién o quiénes tienen mayor probabilidad de padecer la enfermedad. La Sífilis generalmente se Adquier por contacto sexual y su tasa de morbilidad se ve favorecida por modificaciones socioeconómicas y el número de contactos sexuales; por esta razón se eligió a las Trabajadoras del Sexo para realizar el estudio. (2,10,15)

La Sífilis se describe como una enfermedad que afecta principalmente a personas jóvenes (15 a 30 años), para corroborar este aspecto se establecieron rangos de edades, los cuales abarcan las edades

encontradas en el grupo de estudio. A pesar de la gran amplitud de edades de las mujeres incluidas en el estudio, al aplicar las Pruebas RPR y FTA-Abs se verificó un mayor porcentaje de casos de Sífilis en las Trabajadoras que tienen entre 15 y 30 años. (Cuadros 1 y 2)

En el grupo de Trabajadoras del Sexo incluidas en el estudio, un gran número de ellas son adolescentes o adultas jóvenes, para quienes hacer del Sexo un medio de subsistencia ha sido motivado por diferentes razones; para algunas representa un medio rápido de independencia económica, para otras la única solución ante los problemas económicos por ser madres solteras o abandonadas y para otras sin una razón aparente representa un mecanismo de autoagresión y desafío social.

En las poblaciones del Sur y Sur-occidente del país se ha dado un gran incremento en el número de mujeres que ejercen la prostitución en bares, cantinas y las calles. Las comunidades conviven diariamente con las Trabajadoras, quienes con el tiempo han sido tomadas como parte normal de las poblaciones.

La crisis económica y el deterioro social hacen del Municipio de Patulul, un lugar favorable para el incremento de la Prostitución. Según lo expresado por el personal del Centro de Salud, existe un gran número de mujeres que realizan Trabajo Sexual de una manera clandestina, las cuales no son contactables para ser incluidas en los Programas de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual.

Son muchas las circunstancias que favorecen el incremento de la Sífilis en el Municipio, pero una de las más importantes es la falta de efectividad de la educación en salud para medidas de prevención de enfermedades venéreas.

A través del estudio se estableció el mayor número de casos en Trabajadoras jóvenes, las cuales llevan a cabo un gran número de contactos sexuales sin protección, haciendo más factible la diseminación de la Sífilis.

En torno a las Trabajadoras del Sexo giran numerosas creencias populares, y una de ellas en nuestro medio es tener la idea que las Trabajadoras que ejercen en Guatemala son de Nacionalidad Salvadoreña u Hondureña.

Consideramos de importancia conocer toda característica de orden social que nos pueda brindar un mejor conocimiento acerca del Trabajo Sexual y su relación con nuestros problemas de salud. Si bien entre el grupo de Trabajadoras del Sexo incluidas en el estudio se encontraron extranjeras de las nacionalidades mencionadas, el 80% de las Trabajadoras son de Nacionalidad Guatemalteca, en su mayoría procedentes de poblaciones vecinas; lo que es de más importancia es que de este grupo provienen el mayor número de casos de Sífilis. (Cuadro y Gráfica 4).

Lo esencial de conocer la realidad respecto a la Nacionalidad de las Trabajadoras del Sexo incluidas en el estudio, es reconocer la Prostitución en nuestro territorio como problema propio, producto de nuestra propia crisis social y económica.

En la boleta de recolección de datos se incluyó el estado civil de las Trabajadoras del Sexo, pues además del ejercicio de la Prostitución cada una de ellas tiene un rol familiar que en algunas situaciones tiene interdependencia económica o emocional.

En la mayoría de los casos las Trabajadoras del Sexo estuvieron unidas y otras que son divorciadas, pero el común denominador de importancia es que son en su mayoría madres solteras de 1 hasta 5 hijos que dependen económicamente de ellas. En ninguno de los casos se encontró historia de embarazos recientes, ni anomalías por Sífilis Congénita. (Cuadro y gráfica 8).

La desintegración del hogar y el ser madres solteras fueron circunstancias mencionadas por las trabajadoras, como causas que les indujo al ejercicio de la Prostitución; estos factores que vienen a agregarse a otros aspectos de orden emocional y social constituyen los condicionantes para el desarrollo de la Prostitución.

Epidemiológicamente la Sífilis cobra mayor importancia en grupos de nivel económico y social bajos, lo cual está fuertemente ligado con el analfabetismo. Estas características de subdesarrollo conllevan para el individuo un deficiente alcance de conocimientos que lo ubiquen en una conducta favorecedora para la salud. (10)

El nivel escolar de las Trabajadoras del Sexo incluidas en el estudio se estableció a través de la boleta de recolección de datos, con el objetivo de verificar su relación con la incidencia de Sífilis encontrada. El mayor porcentaje de las trabajadoras son analfabetas o cursaron primaria incompleta, en este grupo se encontró el mayor número de casos de Sífilis, en el resto del grupo se observó menor incidencia a mayor escolaridad. (Cuadro y gráficas 3)

Durante la entrevista con las trabajadoras del sexo se evidenció una mayor dificultad de comunicación a menor nivel de escolaridad; esto no sólo por pobreza lingüística, sino por una manifiesta limitación para visualizar el mundo y sus circunstancias.

Los problemas de salud de los países tercermundistas dependen absolutamente de la falta de desarrollo social que sujeta a los individuos a un nivel existencial que les limita tanto en su calidad de vida como en su supervivencia.

Durante la entrevista las Trabajadoras del Sexo se desenvolvían como seres limitados por su medio social, manifestando una incapacidad para establecer prioridades respecto a su vida y salud. En la mayoría de los casos se expresaron así: **"...Nosotras no podemos usar preservativos porque a los hombres no les gusta, si les exigimos que lo usen no se ocupan con nosotras sino con las que no se lo exigen, y esto para nosotras es pérdida de dinero..."**

Los servicios de salud han establecido programas educativos que procuran modificar las actitudes de los individuos, pero en el caso de las Trabajadoras del Sexo este objetivo no se cumple.

Indiscutiblemente es necesario analizar profundamente las vías más factibles para establecer una educación en salud, adecuada a los niveles culturales y sociales de este tipo de grupos.

En nuestro medio existe un enfoque cultural que limita a la mujer en el concepto de sí misma, de sus capacidades y de su función social; todos estos aspectos que giran en torno a la Sífilis son condicionantes que tienen solución a largo plazo, y que el conocerlos permite un manejo racional de la enfermedad. (cuadro 5 y 8, gráfica 5 y 8).

Un aspecto de orden social y de gran importancia es la mezcla étnica, la cual ha conllevado a un deterioro de los valores morales y sociales que originalmente se manejaron en la cultura Indígena.

El Mestizaje posee características de sus etnias de origen, las que le imprimen mayor riesgo de deterioro; por una parte el bajo nivel educacional indígena que le incapacita para manejar adecuadamente los aportes culturales positivos de la etnia Ladina, y por otro lado el aporte negativo y el deterioro social provenientes del modernismo que destruyen las bases morales de la cultura Indígena.

El clasificar a las Trabajadoras del Sexo según su grupo étnico brinda un panorama más amplio para conocer el desplazamiento de la Sífilis según el patrón cultural de los diferentes grupos humanos; ya que a pesar que el manejo terapéutico es el mismo para cualquier paciente con Sífilis, los programas preventivos y educacionales deben ser adaptados a las necesidades de cada grupo en base a sus características culturales y sociales.

En el grupo de Trabajadoras del Sexo incluidas en el estudio, se encontró una mínima cantidad de mujeres pertenecientes a la etnia Indígena; esto debido a las costumbres y patrones culturales que le brindan a la mujer Indígena conceptos morales y sociales de sí misma que disminuyen la probabilidad de contemplar el Sexo como negocio.

Las Trabajadoras del Sexo pertenecientes a la etnia Mestiza representan la mayoría, tanto para el total de Trabajadoras incluidas en el estudio como del total de casos de Sífilis

encontrados. Durante la entrevista se observó en las Trabajadoras del Sexo Mestizas una mezcla cultural muy marcada, aunque desgraciadamente con los aspectos negativos de sus componentes culturales. La Trabajadora del Sexo Meztiza es una mujer que ha roto con los conceptos de su parcial origen Indígena, para dar paso a las costumbres de su parcial grupo de origen Ladino. La mezcla étnica se da sin procesos que capaciten en el manejo de los aspectos negativos de la culturización. El impacto de las mezclas culturales ha llevado a la Trabajadora del Sexo de etnia Mestiza, a ser la más afectada por la Sífilis en el grupo de Trabajadoras incluidas en el estudio, y a representar mayor riesgo para Salud Pública dada su mínima conciencia y responsabilidad para sí mismas y para su sociedad. (Cuadro y gráfica 6).

La Sífilis es una enfermedad que manifiesta una relación directa con los grupos de nivel socio-económico bajo, como parte de las características de las Trabajadoras del Sexo se incluyó en el estudio el ingreso mensual promedio devengado por cada una de ellas a través del servicio sexual.

En el cuadro número 7 se presentan los rangos aproximados para clasificar el ingreso mensual.

El aspecto económico es de gran importancia en su relación con la incidencia de Sífilis, ya que a pesar que el grupo de Trabajadoras con mayores ingresos representa sólo el 40% del total, en ellas se encontró el mayor número de casos de Sífilis. Durante la entrevista con las Trabajadoras del Sexo, éstas mencionaron que el servicio sexual que ellas brindan no es cobrado con precios elevados, debido a la gran competencia que hay entre las numerosas trabajadoras del sexo que operan en la población; por dicha competencia las Trabajadoras del Sexo procuran un mayor número de contactos sexuales para obtener una nivelación económica. Desgraciadamente a través de las Trabajadoras del Sexo con mayor número de contactos sexuales, transita el mayor peligro de transmisión de la Sífilis a los usuarios de los servicios sexuales y de éstos al resto de la población.

A través de la entrevista realizada se estableció que cada Trabajadora del Sexo con un ingreso mensual aproximado de Q.900.00 quetzales o más, efectúa entre 50 y 60 contactos sexuales semanales. Con esto se fundamenta que la Sífilis en la región tiene mayor importancia de lo que aparenta, pues un gran número de casos no son registrados estadísticamente, debido en el mejor de los casos, al tratamiento de los pacientes por médicos que ejercen en clínicas privadas; pero también se cuenta con la probabilidad de que haya numerosos individuos asintomáticos en períodos de latencia, incubación o en las distintas etapas de la enfermedad. (cuadro y gráfica 7).

IX. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de Sífilis en Trabajadoras del Sexo, asistentes al Programa de Profilaxia Sexual del Centro de Salud del Municipio de Patulul, Suchitepéquez es de 22%, por lo que representa un serio problema para la Salud Pública y del Municipio.
2. Para la población de Patulul Suchitepéquez, la Trabajadora del Sexo con sífilis es una mujer joven entre 15 a 30 años, en edad reproductiva, generalmente analfabeta o con primaria incompleta; es de origen Guatemalteco y en la mayoría de los casos divorciada o separada. Esta Trabajadora del Sexo con Sífilis es proveniente de etnia Mestiza o Ladina, con gran número de contactos sexuales y de nivel socio-económico bajo.

Será con gran probabilidad una madre soltera con 1 a 5 hijos que dependen económicamente de ella y que reunirá su ingreso mensual a costa de numerosos contactos sexuales de bajo costo.

La mujer Trabajadora del Sexo con Sífilis, es asintomática, ignorante de su situación de salud, no utiliza medios de protección contra enfermedades de transmisión sexual y es carente de conciencia y responsabilidad, para sí misma y para su sociedad.

3. La Prueba No Treponémica RPR (Rapid Plasma Reagin), es útil para el Tamizaje de casos sospechosos de Sífilis, pero debido al alto porcentaje de falsos positivos y negativos es de poca especificidad, por lo que se debe aplicar Pruebas Treponémicas confirmatorias.
4. La Prueba Treponémica FTA-ABS (Prueba contra Anticuerpos Anti-treponema), es de alta especificidad para identificar y confirmar los casos de Sífilis.

La Prueba FTA-ABS, es recomendable para ser aplicada principalmente a grupos de riesgo para establecer los casos reales de Sífilis y así lograr un mejor control de la enfermedad.

5. La Sífilis es un problema de salud que para su solución exige profundos cambios de orden social, cultural, político y económico.

El paso inicial para el cambio radica en la toma de conciencia individual y en el cumplimiento de la responsabilidad social que a cada individuo con mayor capacidad, formación y criterio le corresponde.

X. RECOMENDACIONES

1. Establecer obligatoriamente la aplicación de Pruebas Treponémicas Diagnósticas a todas las Trabajadoras del Sexo que ejercen en la población, por tratarse de un grupo de alto riesgo que con gran facilidad favorecen la diseminación de la Sífilis al resto de la población.
2. Que todas las Trabajadoras del Sexo sean sometidas a la Prueba Diagnóstica, por lo menos cada quince días para contactar y tratar los nuevos casos antes del apareamiento de lesiones contagiosas, para aminorar los riesgos de diseminación de la enfermedad.
3. La Trabajadora del Sexo con Sífilis, sea esta Sintomática o Asintomática, se trate directamente en el Centro de Salud para asegurar la aplicación adecuada y completa del tratamiento.
4. Se procure que la educación en salud sea diseñada según las características sociales y culturales de las trabajadoras del sexo que ejercen en la población, promoviendo la utilización del preservativo como medio de protección contra enfermedades de transmisión sexual.
5. Se extienda la educación sobre enfermedades de Transmisión Sexual al resto de la población, principalmente en los diferentes Centros Educativos de la población para que los jóvenes se beneficien de la información, y a la vez funcionen como transmisores de ésta.

XI. R E S U M E N

Se realizó un estudio descriptivo de Corte Transversal en 50 Trabajadoras del Sexo que asisten al Programa de Profilaxia Sexual del Centro de Salud del Municipio de Patulul, Suchitepéquez.

El principal objetivo de esta investigación ha sido caracterizar la incidencia de Sífilis en el grupo de estudio.

A cada Trabajadora del Sexo incluida en la investigación, se le extrajo muestra sanguínea por vía periférica y al suero se le aplicó las pruebas Treponémica FTA-ABS y No Treponémica RPR, para así establecer los casos de Sífilis.

Con la Prueba RPR se encontraron 7 casos sospechosos de Sífilis, pero al aplicar la prueba FTA-ABS se confirmaron 6 casos existiendo 1 falso positivo y 5 falsos negativos. Con la Prueba Treponémica FTA-ABS y su especificidad diagnóstica, se establecieron 11 casos de Sífilis en el grupo de estudio, en lo que se concluye una prevalencia de 22% de la enfermedad.

El mayor número de casos se encontró en las Trabajadoras del Sexo comprendidas entre los 15 y 30 años (81% del total de casos) con escolaridad nula o con primaria incompleta (81.82% del total de casos).

En el grupo de Trabajadoras del Sexo, incluidas en el estudio, se constató un 78% de Madres Solteras, Divorciadas y Separadas, las cuales sostienen entre 1 y 6 hijos, 81% de los casos de Sífilis se dio en Trabajadoras del Sexo de Nacionalidad Guatemalteca, y 54.55% de éstas, en Trabajadoras procedentes de grupos étnicos mestizos, 40% del grupo de Trabajadoras del Sexo devengan más de Q.900.00 al mes, y a este grupo corresponde 63.63% del total de casos de Sífilis encontrados.

Todas las Trabajadoras del Sexo diagnosticadas con Sífilis se encuentran Asintomáticas y los casos fueron debidamente notificados a los Servicios de Salud para su seguimiento.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

01. **Azulau, R.D. et. al.** Importancia de la inmunofluorescencia en Dermatología y Sífilis. Archivo Argentino Dermatológico: 31(5)303-317 1981.
02. **Belli, Luis.** Las Penicilinas en enfermedades de Transmisión Sexual. Archivo Argentino Dermatológico: 35(1):11-17 1985.
03. **Boletín** Epidemiológico Nacional: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Departamento de Vigilancia Epidemiológica. Vol. 3:23-32 Período v-XII 1991.
04. **Camargo, Mario E.** The Syphilis Advance: Will the diagnosis Progress? Rev. Assoc. Med. Brasileña: 34(1): 19-23 1988.
05. **Crespo, J.** Enfermedades Transmisibles por Contacto Sexual. En Rytel, M.W. et. al. Manual de Enfermedades Infecciosas. 1a. edición. Interamericana. México, D.F. 1986 pp. 169-194.
06. **Depto.** Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social D.G.S.S. Nomas de Vigilancia Epidemiológica. Guatemala 1988.
07. **Fluchman, Juan Carlos et. al.** IgM Treponema Pallidum Hemaglutinación (IgMt-PHA). Archivo Argentino Dermatológico: 36(1):43-51 1986.
08. **Guerra Castro, Myra et. al.** Comportamiento de VDRL en afecciones sistemáticas. Rev. Cuba Hig. Epidemiología: 23(1): 29-35 1985.
09. **Guttenplan M., Hendrix R.A.** Otosyphilis: A Practical quieto diagnosis ant treatment. Trans. pa. Acad. Opthtalmol Otolaryngol: 4(1)834-838 1989.
10. **Holmes, K et. al.** Sifilis, Harrison: Principios de Medicina Interna. Tomo I. 11a. edición Interamericana. México, D.F. 1989 pp. 786-799.

11. **Janot C. Straiff F.** Reconsideration of the risk of Transmitting infectious diseases by blood Transfusion. Ann Fr. Anesth. Reanim: 8(3): 199-293 1989.
12. **Jocklic W., et. al.** Zinsser Microbiología. 17a. edición Médica Panamericana 1983.
13. **Jawetz, Ernest, et. al.** Microbiología Médica. 12a. edición. Manual Moderno. México D.F. 1987 pp. 299-302.
14. **Koskenvou M., et. al.** False-positiva Seroreactions for Syphilis as a harbinger of. disease revisited. Clin. Exp. Rheumatol: 7(1): 75-78 1989.
15. **Larsen S.A.** Syphilis. Clin. Lab. Med.: 9(3):545-557, 1989.
16. **Lonardoní M.V. et. al.** Contrainmunolectroforesis para diagnóstico de Sífilis. Rev. Farm. Bioquim. Universidad de Sao Paulo: 18(2):177-182 Brasil, 1982.
17. **Lynch-malcon.** Medicina Bucal de Burket Diagnóstico y Tratamiento. 7a. edición. Interamericana. México, D.F. 1987 pp. 868-873.
18. **Montoya Maya, fernando et. al.** Evaluación Serológica para Sífilis en pacientes Tuberculosos. Acta médica Colombiana: 5(3):423-429 1980.
19. **Moran J.S. et. al.** The impact of Sexually Transmitted Diseases on minority poulations. Public. Health Rep: 104(6):560-565 1989.
20. **Organización Panamericana de la Salud.** Control de las enfermedades transmisibles en el hombre. 14a. edición. Washington, D.C., E.U.A. 1987 pp. 416-421.
- 21 **Organización Panamericana de la Salud.** Manual sobre el enfoque de riesgo en la Atención Materno-Infantil. Seri PALTEX No.7 Washington, D.C., E.U.A. 1986.

22. **Paul, William.** Sífilis. en: Cecil Tratado de Medicina Interna. 17a. edición. Interamericana México, D.F. 1987 pp.1843-1854
23. **Puskel, P. et. al.** Evolución de las actividades de Prostitución en el Servicio de Salud de Osorno. Revisión Chil. Enfermedades de Transmisión Sexual:3(4):85-87 1988.
24. **Pritchard, Jack A. Williams.** Obstetricia, 3a. edición. SALVAT. México, D.F. 1988 pp. 605-607.
25. **Reis Mynam Moroussi et. al.** Análisis Serológico de Sífilis utilizando VDRL y Hemaglutinación pasiva cuantitativa comparada con FTA-ABS. Rev. Brasileña Patol. Clin: 22(6): 205-212 1986.
26. **Riviere G. R. et. al.** In Vitro Model of Treponema Pallidum Invasiveness Infect. Insun: 57(8): 2267-2271 1989.
27. **Santiago, M.B. et. al.** Anticuerpos Antilipídicos en Sífilis. Medicina Biológica Re: 23(5):397-402 Brasil 1990.
28. **Shetsiruli, L.T. et. al.** Immunologic Aspects of the Pathogenesis of latent and Seroresistant forms of Syphilis. Vestn. Dermatol. Veneral: (5)55-58 1989.
29. **Shimizu T. et. al.** Secondary Syphilis of the Tonsil. archv. Otorhinolaryngol: 246(2):117-120. 1989.
30. **Silveira, Mauricio Correa. et. al.** Diagnóstico Serológico de Sífilis en Prostitutas portadoras de Gonorrea. Bol. Científicol. Soc. Flumin. Med. Cir: 16(1)25-28 1984.
31. **Singh, B. et. al.** Demostración de un efecto espiroquetocida de los productos químicos anticonceptivos sobre Treponema Pallidum. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana: 92(6):500-507, 1982.
32. **Sequeira Luz. F. de ges. al.** Prueba Serológica para sífilis a través de demanda a un Laboratorio de inmunología. Bol. inf. Unión: 8(31):7 Brasil. 1983.

33. **Sodeman** W.A. et. al. Diagnóstico de Sífilis. 7a. edición. Interamericana. México, D.F. 1985 pp. 580-582.
34. **Stites**, Daniel P. et. al. Inmunología Básica y Clínica. 5a. edición. Manual Moderno. México, D.F. 1985 pp. 624-627.
35. **Uribe**, Carlos Santiago et. al. Estudio Clínico y Serológico de 22 pacientes con Sífilis en el SNC. Acta Médica Colombiana: 10(3):125-129, 1985.
36. **Vaughan** V.C. y R.E Bherman. Nelson Tratado de Pediatría. 12a. edición. Interamericana, México, D.F. 1988 pp. 753-757.
37. **Wascoff**, Alberto. Sífilis: Valor epidemiológico de la Entrevista para la Detección de Contactos. Boletín Oficina Sanitaria panamericana: 99(2) 130-137, 1985.
38. **Zanini**, L. et. al. Criterios diagnósticos y Terapéuticos de Sífilis. Revisión Asociación Médica Brasileña: 28(1): 14-17, 1982.

XIII. A N E X O S
BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

"DETERMINACION DE SIFILIS EN MUJERES TRABAJADORAS DEL SEXO"

NUMERO DE REGISTRO DE MUJERES TRABAJADORAS DEL SEXO

1. EDAD

- A) MENORES DE 15 B) 15 A 30
C) 31 A 45 C) MAYORES DE 45

2. ESCOLARIDAD

- A) ANALFABETA B) PRIMARIA INCOMPLETA
C) PRIMARIA COMPLETA D) SECUNDARIA INCOMPLETA
E) OTRO: _____

3. NACIONALIDAD

- A) GUATEMALTECA B) SALVADOREÑA
C) HONDUREÑA D) NICARAGUENSE
E) OTRO: _____

4. ESTADO CIVIL

- A) SOLTERA B) UNIDA
C) CASADA D) VIUDA
E) DIVORCIADA

5. NUMERO DE HIJOS: _____

6. GRUPO ETNICO

- LADINO MESTIZO

7. INGRESO APROXIMADO

A) MENOS DE 300.00

B) 300.00 A 600.00

C) 601.00 A 900.00

D) 900.00 O MAS

8. ASINTOMATICA

SINTOMATICA

Ha presentado algunos de los signos y síntomas siguientes:

	<u>SI</u>	<u>NO</u>
CHANCRO PRIMARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RASH (ERITEMA CUTANEO SIMETRICO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GANGLIOS GRANDES (LINFADENOPATIA GENERALIZADA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAMBIO CARDIOVASCULARES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAMBIO NEUROLOGICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAMBIO OCULARES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESPECIFICACIONES: _____

9. PRUEBAS DE LABORATORIO

VDRL: CUALITATIVA: _____

CUANTITATIVA: _____

FTA-ABS: POSITIVO: _____

NEGATIVO: _____

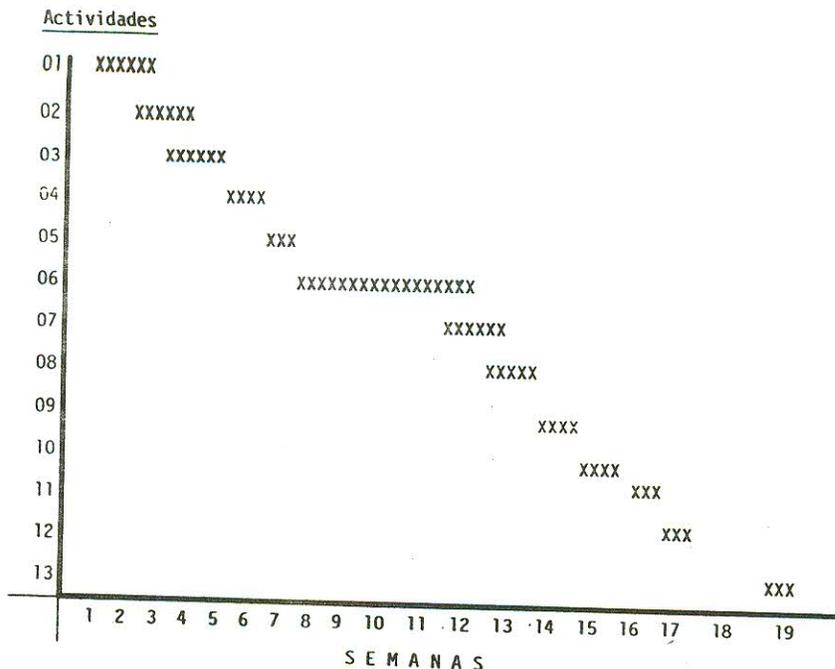
CASO CONFIRMADO DE SIFILIS POR FTA-BS ESTUDIADO POR RFR: _____

CASO ENCONTRADO DE SIFILIS POR FTA-ABS: _____

10. OBSERVACIONES

EJECUCION DE LA INVESTIGACION

GRAFICA DE GANT



ACTIVIDADES

01. Selección del tema de Proyecto de Investigación
02. Recopilación del Material Bibliográfico
03. Elaboración del Proyecto de Tesis
04. Aprobación del Proyecto de Tesis
05. Aprobación del Proyecto por la Coordinación de Tesis
06. Recopilación de la información
07. Procesamiento de datos, elaboración de gráficas y cuadros
08. Análisis y discusión de resultados
11. Aprobación del Informe Final
12. Impresión de Tesis y Trámites Administrativos
13. Examen Público de discusión de Tesis