

GINECOLOGÍA Y SALUD REPRODUCTIVA

Caracterización de un grupo poblacional con diagnóstico de infección por *Treponema Pallidum***Characterization of a population group from the Centro Habana municipality diagnosed with *Treponema Pallidum* infection**

Inés Domínguez Domínguez^I, Omayda Safora Enríquez^{II}, Aldo Rodríguez Izquierdo^{III}

^IMáster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructora. Policlínico Docente "Joaquín Albarrán" Municipio Centro Habana. La Habana, Cuba.

^{II}Máster en atención Integral a la mujer. Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Auxiliar. Hospital Ginecoobstétrico América Arias. La Habana, Cuba.

^{III}Máster en atención Integral a la mujer. Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Auxiliar. Policlínico Pedro Borrás Astorga. La Habana, Cuba.

RESUMEN

La sífilis es una enfermedad que ha presentado un incremento mundial en los últimos años.

OBJETIVOS: Conocer su comportamiento y caracterizar a la población afectada en 3 áreas de salud del municipio Centrohabana. Identificar algunas características sociodemográficas de los pacientes infectados. Reconocer las vías a través de las cuales se realizó el diagnóstico. Establecer relación entre los pacientes con sífilis y la orientación sexual referida.

MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de la incidencia de la sífilis en 3 áreas de salud en el trienio 2007-2009. Se estudiaron distintas variables como, edad, sexo, color de la piel, estado civil, orientación sexual, ocupación y medio de diagnóstico. El universo estuvo constituido por 120 pacientes con serologías cuantitativas positivas a sífilis en 3 áreas de salud la información fue recogida de las tarjetas de enfermedades de declaración obligatoria (EDO).

RESULTADOS: Se constató un aumento creciente en las edades de 14 a 30 años. La población de piel negra fue la más afectada ya que se detectó en el 45 %, de la sometida a estudio. Con respecto a las demás variables se pudo constatar que el 70

% mantenía una conducta heterosexual. Dentro de los factores psicosociales estudiados encontramos que más de las tres cuartas partes de los que presentaron serologías reactivas, se declararon solteros. En la distribución ocupacional, más de la mitad de los pacientes estudiados no estaban vinculados a ningún tipo de labor.

CONCLUSIONES: Existen indicios de un aumento en el número de casos nuevos diagnosticados por año, la edad, el no tener pareja sexual estable y la desvinculación laboral pueden actuar como un factor de riesgo para adquirir la enfermedad.

Palabras clave: Serología reactiva, *treponema pallidum*, factores de riesgo.

ABSTRACT

In past years, syphilis is an increasing disease at world scale.

OBJECTIVES: To know its behavior and to characterize the involved population in three health areas from the Centro Habana municipality and to identify some sociodemographic features of infected patients, as well to recognize the routes by which diagnosis was made and to establish the relation between the patients with the syphilis and de reference sexual orientation.

METHODS: A retrospective and descriptive study was conducted on the syphilis's incidence in three health areas during 2007-2009. Different variables were studied including age, sex, skin color, marital status, sexual orientation, job and diagnostic mean. Universe included 120 patients with quantitative serology positives to syphilis in three health areas; information was obtained from the obligate statement diseases cards (OSDC).

RESULTS: There was an increasing rise in ages from 14 to 30 years. The black population was the more involved since it was detected in the 45 % of study persons. Regarding the other variables it was possible to verify that the 70 % had a heterosexual behavior. Within the study psychosocial factors we found that more of the three quarter of those with positive serology was singles. In occupational distribution more than a half of study patients are not linked with any type of job.

CONCLUSIONS: There are clues of an increase in the figure of new cases diagnosed per year; that the age, a no stable sexual partner and non work link may to act as a risk factor to acquire the disease.

Key words: Reactive serology, *treponema pallidum*, risk factors.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen una de las principales causas de infertilidad, discapacidad a largo plazo y muerte en el mundo, tienen consecuencias médicas y psicológicas para millones de hombres, mujeres y niños, a pesar de que son prevenibles, diagnosticables y tratables.^{1,2} Muchas de ellas en la actualidad conforman un grupo que son consideradas de declaración obligatoria (EDO).^{3,4}

Las ITS se consideran una verdadera epidemia de nuestra época. Según estimados de la Organización Mundial de la salud (OMS), 135 millones de personas en el mundo adquieren algún tipo de ellas anualmente^{5,6} y en las Américas, se estima una cifra de alrededor de 53 millones de nuevos casos cada año. Las etiologías más frecuentes de estas infecciones son: las vaginosis bacterianas, el herpes genital, clamidiasis, blenorragia, trichomoniasis, infecciones por papilomas virus humanos, hepatitis B, sífilis y el VIH- SIDA.⁷

Resulta paradójico, que aunque se sabe que una adecuada conducta sexual y sobre todo la práctica de relaciones sexuales protegidas pueden prevenir su ocurrencia, en pleno siglo XXI estas enfermedades lejos de disminuir se encuentran en ascenso.⁶

Un ejemplo de esto lo constituye la sífilis. El organismo que la causa es la *treponema pallidum*, una bacteria larga, fina, pequeña, con un característico movimiento de rotación sobre su eje conocida también como espiroqueta. Se trata de un patógeno exclusivo del hombre, de hecho, civilización e infección sifilítica han avanzado siempre juntas.⁸

La sífilis es una enfermedad con un incremento mundial en los últimos años, lo cual está asociado a factores tales como: edad temprana de las primeras relaciones sexuales, promiscuidad, uso de tabletas anticonceptivas, aumento de la prevalencia en hombres homosexuales.^{8,9}

Se realizó esta investigación en 3 áreas de salud del municipio Centrohabana (policlínicos Joaquín Albarrán, Marcio Manduley y Reina) con el objetivo de conocer el comportamiento del diagnóstico de esta enfermedad en el territorio y hacer una caracterización de la población afectada con vistas a mejorar su control, teniendo en cuenta que la precocidad del diagnóstico y la rapidez en el tratamiento son aspectos fundamentales en la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual.

A pesar de que nuestra medicina es preventiva y existan programas de control de las infecciones de transmisión sexual (ITS), la sífilis continúa siendo una amenaza para nuestros municipios, debido al aumento en el número de casos en el pasado año, la cifra no es muy significativa, pero corremos el riesgo que en los próximos años continúe ascendiendo como ocurrió en estas 3 áreas de salud del municipio Centrohabana en el periodo estudiado 2007 al 2009.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo en el que se utilizaron métodos cuantitativos para la recolección, interpretación y análisis de los resultados del comportamiento de las serologías positivas para sífilis en 3 áreas de salud en el municipio Centrohabana, policlínicos "Joaquín Albarrán", "Marcio Manduley" y "Reina" en el período del año 2007 al 2009.

El universo abarcó los 120 pacientes de ambos sexos diagnosticados de serologías positivas, a los cuales se les confeccionó la tarjeta de enfermedades de declaración obligatoria (EDO), no se aplicó selección de muestra pues se trabajó con el universo.

Los datos se obtuvieron a través de los controles estadísticos y las encuestas realizadas por las enfermeras de vigilancia epidemiológica a los casos estudiados.

Se tuvo en cuenta la confidencialidad de la identidad y se recibió el consentimiento informado para la realización de la encuesta.

El diagnóstico se realizó después de realizar exámenes de reacción de cardioplipina o VDRL positivas en dos ocasiones sucesivas, el cual se confrontó con el estudio clínico y epidemiológico, descartando los posibles falsos positivos por situaciones técnicas u otras enfermedades, lo que permitió su clasificación como infectados de sífilis.

Con ayuda del programa Microsoft Excel para Windows, se creó una base de datos donde la información fue procesada de forma automatizada. Estos datos se representaron en distribución de frecuencias numérica y porcentual.

Este trabajo fue aprobado por el comité científico de la institución después de habersele presentado el proyecto, se hizo la salvedad de que los datos serían solamente procesados de forma numérica y que la identidad de cada paciente sería resguardada, respetando al máximo los principios éticos de confiabilidad y discreción.

RESULTADOS

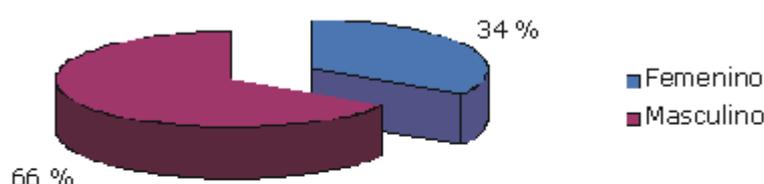
En la tabla 1 se muestra la distribución según grupos de edades y el año de diagnóstico. Los rangos de edades que más incrementan el número de casos de un año a otro son de 14 a 20, de 21 a 30 y 41 a 50. Es llamativo que entre las edades de 14 a 30 años aportan el 60 % de los casos infectados.

Tabla 1. Distribución de los pacientes según grupo de edades y año del diagnóstico

Grupo de edades	2007	2008	2009	Total de casos	% de los casos
14-20	13	10	14	37	30,8
21-30	6	14	15	35	29,2
31-40	6	12	10	28	23,3
41-50	3	1	14	18	15,0
51-60	-	-	-	-	-
60 y más	-	2	-	2	1,7
Total	28	39	53	120	100

Fuente: Registro de enfermedades de declaración obligatoria (EDO). Policlínicos "Albarrán" "Reina" y "Manduley".

En la figura, se hace referencia al número de casos según sexo y podemos observar que predominaron los hombres con 79 casos que representan el 66 %. Al calcular la proporción de mujeres y hombres (1/1,6) vemos que estas se contagiaron en una menor cuantía.

**Fig.** Distribución de pacientes según sexo.

Se observa en la tabla 2 que en relación con el color de la piel, en el estudio este factor no presentó grandes diferencias, se reportaron 22 % de piel blanca enfermos, un 33 % de mestizos y un 45 % de piel negra.

Tabla 2. Número de casos según color de la piel

Color de la piel	Total	%
Blanca	26	22
Negra	54	45,0
Mestiza	40	33
Total	120	100

Fuente: Registro de enfermedades de declaración obligatoria (EDO).
Policlínicos "Albarrán" "Reina" y "Manduley".

En la tabla 3 se muestran las vías por las cuales se hizo el diagnóstico de los 120 casos estudiados. El mayor porcentaje estuvo en los casos que acudieron espontáneamente, o sea que solicitaron personalmente realizarse la prueba en su consultorio del médico de la familia y los contactos encuestados con el 45 % y 40 % respectivamente.

Tabla 3. Distribución de pacientes. Vías de diagnóstico

Vías de diagnóstico	Sexo		Total	%
	F	M		
Contacto	15	33	48	40
Espontáneos	10	44	54	45
Interrupción de embarazo	13	-	13	10,8
Donación de sangre	-	2	2	1,7
Captación de embarazo	3	-	3	2,5
Total	41	79	120	100

Fuente: Registro de enfermedades de declaración obligatoria (EDO).
Policlínicos "Albarrán" "Reina" y "Manduley".

La tabla 4 ofrece la distribución de las personas con serología reactiva, según la orientación sexual referida. Como se puede observar el 7 % refirió ser bisexual, el 23 % homosexual y el 70 % heterosexual.

Tabla 4. Distribución según orientación sexual referida

Orientación sexual	Total	%
Heterosexuales	84	70
Homosexuales	28	23
Bisexual	8	7
Total	120	100

Fuente: Registro de enfermedades de declaración obligatoria (EDO). Policlínicos "Albarrán" "Reina" y "Manduley".

En la tabla 5 se hace referencia a la distribución según el estado civil referido. El mayor número se encontraba entre los que no tenían una pareja sexual estable, o sea el 76,7 %, situación que puede ponernos a pensar que en este grupo los cambios de parejas, no tener una pareja estable, no protegerse y llevar una vida según ellos más relajada, nos coloca frente a una población con mayor riesgo.

Tabla 5. Distribución de los pacientes según estado civil referido

Estado civil	Total	%
Con pareja sexual	28	23,3
Sin pareja sexual	92	76,7
Total	120	100

Fuente: Registro de enfermedades de declaración obligatoria (EDO). Policlínicos "Albarrán" "Reina" y "Manduley".

Se analizó la vinculación laboral de estas personas infectadas por sífilis. Lo más significativo fue que el 58,3 % de los casos no tenían vínculo laboral ni educacional (tabla 6).

Tabla 6. Distribución de pacientes según situación laboral

Ocupación	Total	%
Trabajador	45	35
Estudiante	6	5
Desvinculado	70	58,3
Jubilado	2	1,7
Total	120	100

Fuente: Registro de enfermedades de declaración obligatoria (EDO).
Policlínicos "Albarrán" "Reina" y "Manduley".

DISCUSIÓN

La sífilis constituye una enfermedad de transmisión sexual que afecta la salud reproductiva de la población de ambos sexos al provocar secuelas que dificultan impiden la posibilidad de fertilidad futura y complicaciones médicas y psicológicas para los/las pacientes que la padecen. En este estudio se muestra que su incidencia (3 áreas de salud) en el municipio Centrohabana ha ido aumentando en los últimos 3 años a pesar de la labor de pesquisa que a nivel de la atención primaria de salud se realiza y que son precisamente los jóvenes los más afectados con esta infección, lo que se corresponde con los estudios revisados,^{8,10,11} que relacionan esta situación a la mayor actividad sexual en estas edades y la irresponsabilidad ante las conductas de riesgo que predominan en la adolescencia y adultos jóvenes.^{10,11} Esto nos llama a reflexionar en relación con la efectividad de las acciones de salud que hemos tomado hasta ahora y hacia qué grupo dirigirlas principalmente.

Coincidimos en que son los hombres los que reportan mayor número de casos, esto concuerda con otros trabajos, donde concluyen que los hombres se enferman más que las mujeres.⁹ En los países en vías de desarrollo, las complicaciones maternas que se relacionan directamente con la sífilis no tratada representan la primera causa de morbilidad y mortalidad materno-infantil.⁹⁻¹¹ El color de la piel en nuestra muestra no fue un factor de diferenciación esto puede ser debido a que en nuestra sociedad las igualdades y posibilidades de la población no están determinadas por el color de su piel y que nuestro sistema de salud abarca a todas las personas por igual. Al revisar otras literaturas encontramos que sí reportan en la incidencia las diferencias en el color de la piel, pero más bien reflejan factores sociales que biológicos, aunque en los Estados Unidos se ha observado que es 9 veces más frecuente en las personas con piel negra.^{10,11}

Los pacientes diagnosticados acudieron mayormente de manera espontánea (ellos solicitaron el examen) a realizarse el estudio, lo que es una muestra de la

educación para la salud, lograda por las diferentes vías en nuestra población. Sin embargo se demostró que hay que profundizar en la búsqueda de enfermos por otros métodos que nos permitan realizar más diagnósticos precoces.

Nuestros datos coinciden con otros estudios y al parecer están estrechamente relacionados con el nivel de promiscuidad de los implicados.^{10,12-14} El grupo de personas heterosexuales en la actualidad conforman el grupo más vulnerable de infección y según la literatura revisada, encontramos que a finales del decenio de 1970 y principios del 80, los homosexuales han disminuido su protagonismo, luego de la puesta en marcha de programas de instrucción en las medidas para prevenir el contagio por ITS en especial del SIDA.^{8,9,12,13}

En este trabajo el nivel educacional predominante fue el de secundaria básica, no pensamos que en nuestro medio se trate de un factor de riesgo ya que de forma general la población tiene un alto nivel de instrucción, sino un hallazgo casual entre el grupo que se estudió, pero debemos tener presente que el nivel escolar constituye una premisa que condiciona regularmente la ocupación laboral que se va a desarrollar. Cuando la escolaridad de una persona o de un grupo es baja contribuye a la falta de comprensión de las medidas de prevención y control de la salud, entorpece la comunicación social y la satisfacción de necesidades, lo que de manera indirecta se convierte en una amenaza, es decir, un riesgo.^{9,10}

La condición de solteros (no tener un vínculo de pareja estable) sí es un factor a tener presente ya que el no establecer lazos estables en sus relaciones sexuales los llevan a cambios frecuentes de parejas y por consiguiente las posibilidades de adquirir la enfermedad aumenta.^{10,14}

Las personas desvinculadas de escuelas y trabajos sufren por supuesto un alejamiento social lo que los convierte en un grupo de riesgo, al no recibir las orientaciones que en escuelas y centros de trabajo se realizan como parte de la política de mejorar el nivel de información llevada a cabo por la atención primaria de salud en el marco de la comunidad.¹⁰

Podemos concluir que existe un aumento del número de casos nuevos en los últimos 3 años. En la caracterización que se realizó, el hecho de ser joven, del sexo masculino, heterosexual y sin vínculo laboral o educacional resultaron factores de riesgo para adquirir la enfermedad.

Existe en la población un buen nivel de conocimientos sobre esta enfermedad lo que permitió que la mayoría de los diagnósticos se realizaran espontáneamente, pero se constata una brecha importante entre información y aplicación de conocimientos. No siempre la información garantiza que se tomen las medidas preventivas adecuadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dixan MR. Wasserheit J. La cultura del silencio. Infecciones del tracto reproductivo entre las mujeres del tercer mundo. Nueva York: Internacional Women's Health Coalition. 1991. p. 1-4.
2. Ministerio de Salud Pública. Infecciones de Transmisión Sexual. Pautas para su tratamiento. La Habana: MINSAP; 2008.

3. Dallabeta MD, Gina A. El control de las enfermedades de de transmisión sexual. Un manual para el diseño y la administración de programas. Washington: OPS. 1997. p. 3-24,174-81.
4. Schryver A, Mehers A. Epidemiología de las enfermedades de transmisión sexual. Panamá Mundial Bol Ofic Sanit Panamá. 1993;141(1):1-14.
5. Pelve J. Enfermedades de transmisión sexual. Causas. Transmisión, riesgos y prevención. Impacto Juvenil. Su importancia. La Habana: Sociedad Científica Cubana; 1996. p. 19-25.
6. Peláez Mendoza J. Sexualidad, imaginación y realidad. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1997. p. 91-110.
7. Informe Anual de datos Estadísticos. La Habana: Centro provincial de Higiene y Epidemiológica; 1999-2000.
8. Cruz Hernández J. Anticoncepción y Enfermedades de transmisión sexual. Rev Cubana Med Gen Integr. 2006;22(1).
9. Berdasquera DY, Rodríguez 1C. El médico de la familia y el control de la sífilis después de una estrategia de intervención. Rev Cubana Med Gen Integr; 2006.
10. Fariñas AT, Pérez Acosta M, Carrasco Amaro C. El médico de la familia y el programa de control de la sífilis en La Lisa. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 1999 Jun [citado 2010 Dic 17];25(1):44-53. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661999000100006&lng=es
11. Wolfe ND, Dunavan CP, Diamond J. Origins of major human infectious diseases. Nature. 2007;447:279-83.
12. Smith MO. 2006. Treponemal Disease in the Middle Archaic to Early Woodland Periods of the Western Tennessee River Valley. American Journal of Physical Anthropology. 2006;131:205-17.
13. Powell ML, Cook D. Treponematosis: Inquiries into the Nature of a Protean Disease. In: Mary Lucas Powell and Della Collins Cook, eds. The Myth of Syphilis: The Natural History of Treponematosis in North America. Latina. Gainesville, FL: University Press of Florida; 2005.
14. LaFond RE, Lukehart SA. Biological Basis for Syphilis. Clinical Microbiology Reviews. 2006;19(1):29-49.

Recibido: 10 de diciembre de 2010.

Aprobado: 23 de diciembre de 2010.

Dra. *Inés Domínguez Domínguez* . Policlínico Docente "Joaquín Albarrán". Marina No. 51 e/ Jovellar y Hornos, Centrohabana. La Habana, Cuba. Teléfono: 879 2656
Correo electrónico: inesdd@infomed.sld.cu