

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
“DR. AGOSTINHO NETO”
GUANTANAMO

**COMPORTAMIENTO DE SIFILIS EN LA
PROVINCIA GUANTANAMO.
ESTUDIO DE 20 AÑOS**

Dra. Gloria Abijana Damién¹, Lic. Nancy Pérez Mora², Dra. Nancy Mora Castillo¹, Lic. Carina Pulsán Lajé², Dr. Arturo Blet Sánchez³, Dra. Niurka Domínguez Jay⁴, Dra. María Elena Ruiz de la Cruz⁵, Lic. Leticia de la Caridad Pérez Herrero.⁶

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de la sífilis durante 20 años con el objetivo de caracterizar su comportamiento clínico-epidemiológico en la provincia de Guantánamo. El universo de estudio estuvo conformado por los casos notificados durante los años 1987-2007. Entre las variables se analizó el comportamiento por grupos de edades y sexo. Como indicadores estadísticos se utilizaron el número absoluto, el porcentaje y la tasa. Entre los principales resultados estuvieron la disminución de la tendencia. No existió diferencia en cuanto al sexo. Predominó el grupo de edades de 15 a 24 años. Se analizó el total de casos de sífilis congénita y el incremento inusual en 1995. Se precisan los factores que incidieron en la aparición de los casos. La información se presenta en tablas de distribución de frecuencia y gráficos. Se arriba a conclusiones y se emiten recomendaciones.

Palabras clave: SIFILIS/epidemiología; SIFILIS CONGENITA/epidemiología; FACTORES DE RIESGO

¹ *Master en Enfermedades Infecciosas. Especialista de II Grado en Dermatología. Profesor Auxiliar..*

² *Master en Atención Integral a la Mujer. Licenciada en Enfermería. Instructor.*

³ *Especialista de I Grado en Medicina General Integral.*

⁴ *Master en Sexualidad. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor.*

⁵ *Master en Atención Integral a la Mujer Especialista de I Grado en Medicina General Integral.*

⁶ *Master en Atención Integral al Niño. Licenciada en Enfermería. Instructor.*

INTRODUCCION

El aumento de casos de sífilis diagnosticados en la provincia de Guantánamo, al igual que a nivel mundial y nacional, con el consiguiente incremento de casos de sífilis congénita en el año 1995, el pobre control epidemiológico y el deficiente seguimiento de los casos a nivel de la atención primaria de salud, obliga a plantear nuevas perspectivas de posible solución para este problema, ya que, aunque actualmente es imposible hablar de erradicación, sí es posible alcanzar una disminución de nuevos casos que permita afirmar que esta enfermedad no constituye un problema de salud. La provincia de Guantánamo no escapa a esta problemática y tiene poco conocimiento de las manifestaciones clínicas por parte de la atención primaria de salud y la comunidad.

La sífilis es una enfermedad infecto-contagiosa de distribución mundial, de transmisión sexual, aunque puede adquirirse in útero a partir de la madre infectada, o por derivados sanguíneos infectados; constituye un problema de salud, por el número de casos diagnosticados y la posibilidad de adquirir otra infección de transmisión sexual (ITS), como el VIH/sida con gran repercusión psicológica en el paciente y la posibilidad de evolucionar hacia las formas tardías de la sífilis.¹

En la década del 70 el término de enfermedades venéreas es sustituido por el de enfermedades de transmisión sexual (ITS) y, más recientemente, son denominadas infecciones de transmisión sexual (ITS), que constituyen un conjunto de enfermedades infecto-contagiosas expresadas clínicamente con distintos síntomas, diferentes causas, pero desde el punto de vista epidemiológico las reúne el hecho de adquirirse, principalmente, por contacto sexual, independientemente de la preferencia que tenga el individuo; pueden transmitirse, además, durante el embarazo de la madre infectada al feto, por transfusiones o contacto con sangre y hemoderivados.^{2,3} En su evolución, muchos de esos agentes que causan una ITS no presentan síntomas en todo momento, o en todas las personas, y desaparecen sin poderse hablar de cura. Entre las ITS, la sífilis constituye una de las problemáticas planteadas en nuestra provincia.

Con esta investigación pretendemos incrementar y, a la vez, reforzar el conocimiento de los profesionales de la salud, con lo que contribuiremos a realizar un diagnóstico precoz y aplicar un tratamiento oportuno para el corte de la cadena de transmisión, la sífilis tardía y la congénita.

Esta enfermedad se sustenta en las siguientes premisas; el permanente compromiso político, técnico y financiero que garantice la viabilidad armónica de las acciones para el control de la sífilis, fortalecimiento de la capacidad de gerencia por niveles para el manejo eficiente y eficaz de las acciones de control y la activa participación comunitaria en la vigilancia y control de la enfermedad.⁴

Teniendo en cuenta la inexistencia de estudios anteriores de este tipo en la provincia, y dada la importancia del tema, nos dimos a la tarea de realizar el presente trabajo con el objetivo de describir el comportamiento clínico-epidemiológico de la sífilis, durante los años 1987-2006 en la provincia de Guantánamo.

METODO

Se realizó un estudio descriptivo, para caracterizar desde el punto de vista clínico y epidemiológico el comportamiento de la sífilis en la provincia de Guantánamo durante los años 1987 - 2007.

El universo estuvo conformado por los 8 836 casos de sífilis notificados durante el período estudiado en la provincia de Guantánamo.

Se analizó la tendencia de la sífilis, describiendo el universo según sexo y grupos de edades.

-Los grupos de edades se distribuyeron en menores de 15 años, de 15 a 24, 25 a 34, 35 a 44, 45 a 54, 55 y más.

-El sexo, como femenino y masculino.

Todas estas variables fueron extraídas de las historias clínicas y encuestas epidemiológicas confeccionadas a cada paciente.

Se analizaron los casos notificados y la tasa de sífilis congénita en ese período, así como los factores que incidieron en la aparición de la enfermedad, como:

- Falta de realización de la serología en la atención prenatal.
- Falta de realización de la serología al ingreso (parto).

- Examen clínico superficial.
- Falta de tratamiento oportuno a las gestantes con serología reactiva.

Se hizo un recuento del trabajo realizado y las experiencias en el seguimiento de esta enfermedad durante los años investigados.

Los resultados se expresaron en números absolutos, tasas y porcentajes, representados en tablas de distribución de frecuencia y gráficos.

La discusión de los resultados y su interpretación se realizó a través de un minucioso trabajo de revisión bibliográfica y actualización de otras fuentes y se arribó a conclusiones y recomendaciones pertinentes.

RESULTADOS Y DISCUSION

En la Tabla 1 se refleja el total de casos de sífilis diagnosticados durante los años 1987-2006, así como la tasa por 100 000 habitantes en cada período.

De 8 836 pacientes notificados con sífilis durante esos años, el mayor número se registra en 1990, con 650 infectados y una tasa de 132,6.

Es significativo el descenso del número de casos de sífilis en los últimos seis años, al registrarse las menores cifras durante los años 2005 y 2006, respectivamente. En Cuba, también las cifras descienden, principalmente en los últimos cuatro años. El desarrollo social y la revolución científico-técnica determinan un cambio radical en la evolución de la medicina, extendiéndola de lo individual a lo colectivo, del individuo a la familia y a la comunidad.

Este concepto se aplica a los tres niveles de atención médica: primaria, secundaria y terciaria. Sin embargo, la mayor parte se aplica en el nivel de atención primaria, por ser el más relacionado con la comunidad.⁵

De ello se deduce que el control de la sífilis también está incorporado al sistema general de atención de salud, con lo que se mejora aún más la calidad de atención médica a los pacientes.

Consideramos que esta disminución de casos no refleja la realidad y pensamos que existe un subregistro por diversas causas, entre ellas, las dificultades en

los medios diagnósticos, principalmente la serología, así como insuficiente personal médico en la atención primaria de salud (APS).

La OMS señala un aumento considerable de casos, y se estima, que son 12 000 000 los casos nuevos anuales, con predominio en partes de África, como Nigeria y Níger. En países del lejano Oriente, Viet Nam, Japón y otros, las cifras no son bien conocidas por no existir un programa de control en esos países.

Los expertos en la materia expresan que el número de casos sin notificar por los médicos privados triplican el de los registrados.^{6,7}

El número de casos declarados anualmente en los E.U.A. ha disminuido de forma regular desde los 575 593 casos de 1943 hasta 64 621 de 1987, lo que representa una reducción del 88 %; no obstante, se ha incrementado hasta 134 255 en 1990. Su nivel máximo lo alcanzó en 1947 y después disminuyó hasta aproximadamente 6 000 en 1956; desde entonces se ha producido un incremento en los casos de sífilis infecciosa, interrumpido por cuatro ciclos de 7 a 10 años, en los cuales en cada uno de ellos se manifiesta con un rápido aumento y disminución de la incidencia.^{8,9}

En los 20 años estudiados se diagnostican 8 817 casos de sífilis reciente adquirida, y de ellos, 4 511 casos pertenecen al sexo masculino, que representan el 51.2 %, y el 48.8 % son del sexo femenino (Tabla 2).

En nuestro estudio no encontramos grandes diferencias en relación con el sexo. En la literatura revisada la mayoría de los autores expresan que la enfermedad es más frecuente en hombres que en mujeres; sin embargo, otros autores señalan que en muchos países, después de la II Guerra Mundial, la tasa de infección es más o menos igual en ambos sexos.¹⁰

La frecuencia mayor en hombres, según la mayoría de los autores, era considerada por su mayor promiscuidad, aunque otros consideran que el incremento de la enfermedad en la mujer puede ser explicado por la desaparición del tabú sexual.

En 1860, alrededor del 25 % de los soldados de Londres tenían sífilis, y fueron introducidas las Leyes de Enfermedades Contagiosas (1864, 1866, 1869) con el objetivo de detener la diseminación de la enfermedad en las fuerzas armadas.^{11,12}

Desde tiempos remotos se hablaba de la prevención de las enfermedades venéreas y para su protección en la I Guerra Mundial se repartieron condones a los soldados norteamericanos. Con la llegada de la penicilina, medicamento altamente eficaz para la eliminación del *Treponema*, los métodos preventivos quedaron en un segundo plano. En la II Guerra Mundial se repartieron nuevamente condones, lo que originó un debate sobre valores morales y validez de los condones que terminó con la aparición de la epidemia del VIH/sida en los años 80.^{13,14}

Se ha demostrado la efectividad del condón y, a pesar de la eficaz educación sanitaria para interiorizar el uso del mismo, aún muchas personas no están convencidas de la importancia de su utilización, lo que origina que continúen apareciendo las infecciones de transmisión sexual, a pesar de los tratamientos eficaces y potentes.^{15,16}

Los grupos de edades de mayor incidencia en el total de sífilis adquirida estaban comprendidos en los de 15-24 y 25- 34 años con 4 195 y 3 110 casos, respectivamente (Tabla 3).

La sífilis es muy común en grandes ciudades y personas jóvenes sexualmente activas. El peligro de adquirir esta enfermedad por vía sexual aumenta con el número de parejas sexuales y la elección indiscriminada de la pareja. La mayoría de los autores consideran que la tasa más alta ocurre en varones y mujeres entre 25 y 29 años.^{16,17} Otros señalan que la incidencia de sífilis es máxima entre los 15 y 24 años.^{14,15}

A través de los años la sífilis ha presentado el mismo patrón epidemiológico en relación con la edad. Los jóvenes que han contraído esta enfermedad han iniciado sus relaciones sexuales más temprano y con cambio frecuente de pareja.¹⁷

En el período analizado se diagnosticaron 19 casos de sífilis congénita, de los cuales 6 corresponden al año 1995, que representan una tasa de 0,71 por 1 000 nacidos vivos (Tabla 4). El objetivo de la eliminación de sífilis congénita como problema de salud pública es reducir su incidencia a 0,5 ó menos casos por 1 000 nacidos.

La sífilis congénita es una infección causada por la diseminación hematológica del *Treponema pallidum* de la gestante infectada al feto.^{18,19} Puede ocurrir en cualquier momento del embarazo. La tasa de transmisión vertical en mujeres

con sífilis no tratadas ocurre en el 70 % al 100 % en las fases primarias y secundarias; sólo el 30% en las fases latente y terciaria.²⁰

La tasa de incidencia registrada de sífilis congénita hasta el 2005 era de 0.0 x 1 000 nacidos vivos en Cuba y de 4,0 por 1 000 nacidos vivos en Brasil. Al detectarse en 1995 un incremento inusual de la sífilis congénita en nuestra provincia se realizaron intervenciones y acciones de salud para fortalecer el programa de prevención existente y, de ese modo, eliminar los factores que influyeron en el aumento, lo cual se reflejó en los siguientes años con la no aparición de casos, pues la incidencia de sífilis congénita es un indicador de la falta de cuidados prenatales y el resultado de una asistencia primaria insuficiente.²⁰

La prevención de la sífilis congénita representa una oportunidad para demostrar el logro en las unidades de salud, de provincias, departamentos y a nivel nacional, ya que es una intervención definida, efectiva y medible. Se debe disponer del número de embarazadas con serologías reactivas para sífilis, con el control del tratamiento médico y epidemiológico en el 100 %.²⁰

La Tabla 5 refleja los factores que incidieron en el diagnóstico de la sífilis congénita; en 10 de ellos no se realizó la serología a la madre al ingreso para el parto. En 4 gestantes no se realizó la serología en la atención prenatal: en 3 casos el examen clínico fue superficial y 2 gestantes con serología reactiva no recibieron el tratamiento adecuado.

El principio fundamental de la prevención y eliminación de la sífilis congénita consiste en detectar y tratar la infección en la mujer embarazada en el menor tiempo posible, con el cumplimiento de lo establecido, como es que todas las gestantes deben ser pesquiasadas en la primera consulta prenatal (captación), en el 3^{er} trimestre del embarazo y al ingreso hospitalario para el parto. Si la serología es reactiva debe recibir tratamiento indicado por el primer médico que conozca el resultado.^{18,20}

CONCLUSIONES

- Entre los años 2003-2008 la disminución de la sífilis es significativa; los grupos de edades de 15-24 y 25 -34 años resultaron ser los de mayor incidencia.

- En el año 1995 hubo un incremento de la sífilis congénita.

RECOMENDACIONES

- Fortalecer el programa de las ITS.

- Capacitar al personal de salud participante en el proceso de diagnóstico, tratamiento y control de la sífilis de forma continuada.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sífilis. En: Farreras Medicina Interna. vI. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 2002.p. 1018
2. Behrman J. Sífilis. Cecil Tratado de Medicina Interna. 21ªed.t1. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 2006.p. 1967-1977.
3. Principales afecciones del individuo en los contextos familiar y social. En: Temas de Medicina General Integral. vII. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.p.406-411.
4. Ministerio de Salud Pública. Manual para médicos de Familia sobre ITS/VIH/SIDA. La Habana: Centro Nacional Prevención ITS-VIH-SIDA; 2003.p.51
5. Saúl A. Lecciones de Dermatología.14ªed. Madrid: Méndez Editores; 2001.
6. Sífilis. En: Harrison. Principios de Medicina Interna. 14ªed.vI. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 2002.p.1085-1099.
7. Colectivo de autores. Curso de Medicina Tropical. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003
8. Manzur Katrib J. Dermatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.p. 223-228
9. Willcox R. El tratamiento de las enfermedades transmitidas sexualmente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004.p. 61-81
10. Benenson A. El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. Washington: OPS; 2003.p. 370-74
11. Infecciones de Transmisión sexual. Pautas para su tratamiento. La Habana: MINSAP; 2004.p. 61-80
12. Vivier A. Atlas de Dermatología Clínica. 2ªed. Madrid: Mosby/Doyma; 2002.p.11-18

13. Breve historia del condón. Manual para médicos de la familia sobre ITS VIH SIDA. Prevención de las ITS/VIH/ SIDA. La Habana: MINSAP; 2003.p. 51.
14. Atlas de Dermatología. Diagnóstico y tratamiento. 2ªed. México: Interamericana; 2004
15. Behrman RE, Vaughan VC, Nelson NE. Sífilis. En: Nelson Tratado de Pediatría.vI. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.p. 7536-57
16. Jones HW. Enfermedades benignas de la vulva y vagina. En: Jones HW, Wents AC, Burnett JS. Novak. Tratado de Ginecología. 11ªed. México: Interamericana. MC Graw-Hill; 2001.p.512
17. Ghadouane M, Benjelloun BS, Elharim-Roudies L, Jorio-Benkharaba M, Malki-Tazi A. Skeletal lesions in early congenital syphilis (a review of 86 cases). Rev Rhum Engl Ed. 2001; 62 (6): 433-7
18. Pieper CH, Van Gelderen WF, Smith, Kirsten GF, Mohrcken S, GieRP. Chest radiographs of neonates with respiratory failure caused by congenital syphilis. Pediatr Radiol. 2000; 25(3): 198-200.
19. Parvin A. Sífilis congénita. En: Behrman RE, Vaughan VC, Nelson NE. Nelson. Tratado de Pediatría. 17ªed. vI. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.p. 569-578.

TABLA 1. COMPORTAMIENTO DE LA SIFILIS TOTAL.

| AÑOS | TOTAL SÍFILIS | TASA |
|--------------|----------------------|-------------|
| 1987 | 586 | 120.8 |
| 1988 | 547 | 111.7 |
| 1989 | 583 | 117.8 |
| 1990 | 650 | 132.6 |
| 1991 | 613 | 124.5 |
| 1992 | 539 | 108.9 |
| 1993 | 374 | 74.9 |
| 1994 | 425 | 84.5 |
| 1995 | 473 | 93.9 |
| 1996 | 603 | 117.1 |
| 1997 | 607 | 119.2 |
| 1998 | 589 | 115.7 |
| 1999 | 555 | 108.6 |
| 2000 | 452 | 88.1 |
| 2001 | 332 | 64.5 |
| 2002 | 249 | 48.0 |
| 2003 | 200 | 39.0 |
| 2004 | 173 | 34.0 |
| 2005 | 137 | 26.4 |
| 2006 | 149 | 28.9 |
| TOTAL | 8836 | |

Tasa x 100 000 habitantes.

GRAFICO 1. TENDENCIA DE LA SIFILIS EN LA PROVINCIA GUANTANAMO.

Fuente: Tabla 1.

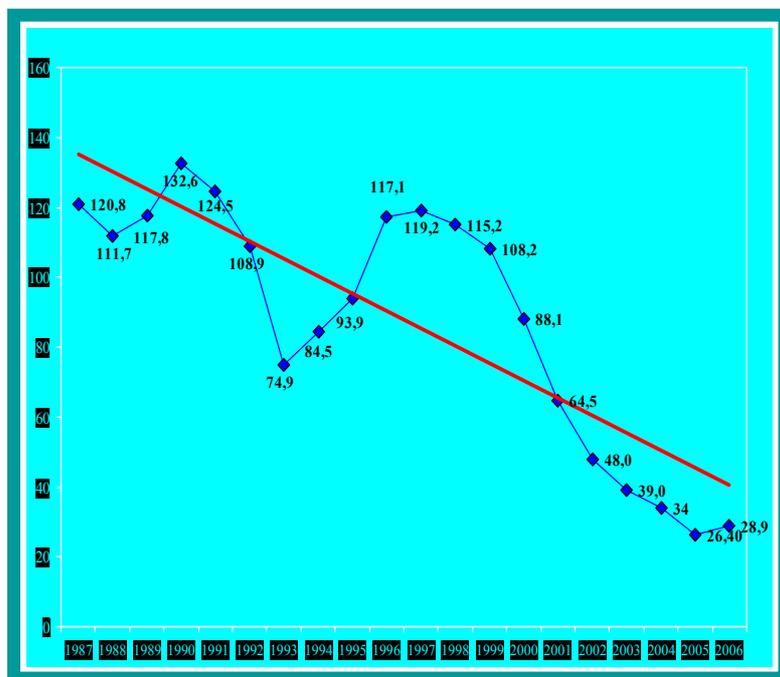


TABLA 2. SIFILIS RECIENTE ADQUIRIDA Y SEXO.

| SEXO | MASCULINO | | FEMENINO | | TOTAL |
|--------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
| | No. | % | No. | % | |
| TOTAL | 4 511 | 51.2 | 4 306 | 48.8 | 8 817 |

GRAFICO 2. CASOS DE SIFILIS Y GRUPOS DE EDADES.

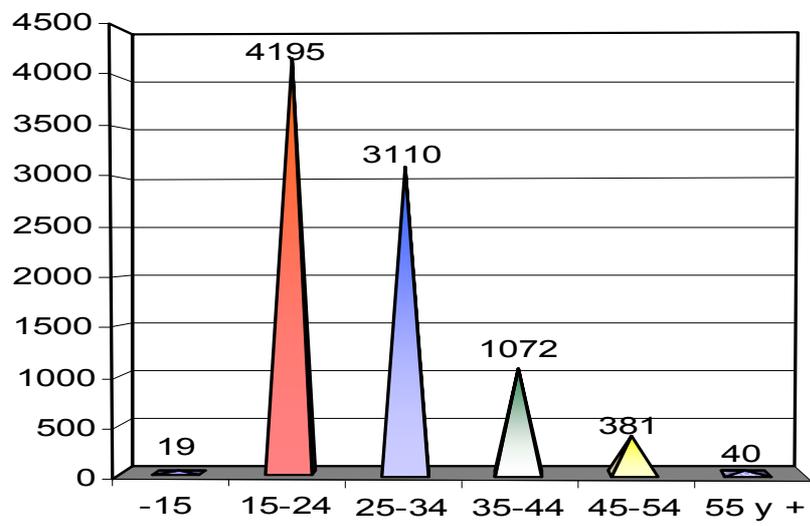


TABLA 3. SIFILIS CONGENITA.

| AÑOS | TOTAL SÍFILIS | TASA |
|--------------|----------------------|-------------|
| 1987 | 1 | 0.09 |
| 1988 | 2 | 0.17 |
| 1989 | 2 | 0.19 |
| 1990 | 2 | 0.19 |
| 1991 | 2 | 0.21 |
| 1992 | 1 | 0.11 |
| 1993 | 2 | 0.21 |
| 1994 | 1 | 0.12 |
| 1995 | 6 | 0.71 |
| 1996 | - | - |
| 1997 | - | - |
| 1998 | - | - |
| 1999 | - | - |
| 2000 | - | - |
| 2001 | - | - |
| 2002 | - | - |
| 2003 | - | - |
| 2004 | - | - |
| 2005 | - | - |
| 2006 | - | - |
| TOTAL | 19 | - |

Tasa x 1000 nacidos vivos.

TABLA 4. FACTORES QUE INCIDIERON EN EL DIAGNOSTICO DE LA SIFILIS CONGENITA.

| CAUSAS | No. | % |
|---|------------|------------|
| Falta de realización de la serología en la atención prenatal | 4 | 21.1 |
| Falta de realización de la serología al ingreso (parto) | 10 | 52.6 |
| Examen clínico superficial | 3 | 15.8 |
| Falta de tratamiento oportuno a gestante con serología reactiva | 2 | 10.5 |
| TOTAL | 19 | 100 |