

República Dominicana

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU)

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela de Medicina



NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DE SÍFILIS EN PACIENTES DEL INSTITUTO DERMATOLÓGICO DOMINICANO Y CIRUGÍA DE PIEL DR. HUBERTO BOGAERT DÍAZ (IDCP) PERIODO ABRIL-JUNIO 2022

Sustentantes:

Aurey Lisbeth Herrera Marte

Maria de Jesús Ortiz Rodríguez

Asesores:

Dra. Milagros Moreno (Asesor Clínico)

Dra. Edelmira Espaillat (Asesor Metodológico)

Santo Domingo 2022

Los conceptos emitidos en el presente anteproyecto de tesis de grado son de la exclusiva responsabilidad de las sustentantes del mismo.

CONTENIDO

Agradecimientos	
I. Introducción	6
I.1 Antecedentes	7
I.2 Justificación	10
II. Planteamiento del Problema	10
III. Objetivos	12
III.1 General	12
III.2 Específicos	12
IV. Marco Teórico	13
IV.1 Historia	13
IV.1.1 Definiciones	13
IV.1.2 Etiología	14
IV.1.3 Epidemiología	15
IV.1.4 Cuadro Clínico	17
IV.1.5 Diagnóstico	21
IV.1.6 Factores de Riesgo	24
IV.1.7 Tratamiento	25
IV.1.8 Pronóstico y Evolución	25
IV.1.9 Prevención	25
V. Operacionalización de las Variables	26
VI. Material y Métodos	30
VI.1 Tipo de Estudio	30
VI.2 Área de Estudio	30

VI.3 Universo	30
VI.4 Muestra	30
VI.5 Criterios	31
VI.5.1 De Inclusión	31
VI.5.2 De Exclusión	31
VI.6 Instrumento de Recolección de Datos	31
VI.7 Procedimiento	31
VI.8 Tabulación	32
VI.9 Análisis	32
VI.10 Aspectos Éticos	32
VII. Resultados	33
VIII. Discusión	51
IX. Conclusiones	54
X. Recomendaciones	56
XI. Referencias Bibliográficas	57
XII. Anexos	61
XII.1 Cronograma	61
XII.2 Consentimiento	62
XII.3 Instrumento de Recolección de Datos	64
XII.4 Costos y Recursos	68
XIII. Evaluación	70

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco a Dios por ser mi luz y apoyo en cada momento de mi vida.

A mis padres por ser mis guías, por apoyarme desde el primer día, motivarme a siempre dar lo mejor y apostar a mí en todo momento, son mi mayor inspiración.

A mi tía Wendy Marte, gracias por todo tu amor, guía y apoyo.

A mis compañeras de carrera Dalia Bonilla, Luz Ozoria, Luisa Ramírez y Meirys Ledesma, un placer coincidir con ustedes, gracias por hacer este camino más bonito, deseándoles éxito en sus vidas.

A mi compañera de tesis María Ortiz, gracias por ser mi compañera en este camino, tan receptiva, sin dudas volvería a elegirte siempre.

A mis amigas y colegas Nallely Montero y Shirley Pichardo, que bonito coincidir con ustedes, gracias por sus consejos y siempre estar ahí para mí.

A mis asesoras Dra. Milagros Moreno y Dra. Edelmira Espaillat, gracias por su orientación, y todo el tiempo dedicado en este trabajo de investigación.

A la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, por ser mi casa de estudios.

Y a todos esos familiares y amigos que estuvieron siempre ahí impulsándome y brindándome apoyo.

Aurey L. Herrera Marte

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, doy gracias a Dios por estar conmigo siempre y en todo momento y

permitirme llegar a este punto.

A mis maestros y a la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña por ser mi casa

durante todos estos años.

Gracias infinitas a mis padres, Agustín Ortiz y Marcia Elizabeth por su entrega, amor

y apoyo incondicional, por ser mis guías por excelencia.

A mi compañera de tesis Aurey Herrera, gracias por decidir recorrer este camino conmigo, por tu empatía, por tu gran corazón, sin dudas volvería a elegirte siempre.

Agradezco a mis asesoras las doctoras Milagros Moreno y Edelmira Espaillat su dedicación, su tiempo y toda la orientación brindada.

Agradezco a mi abuela Yoya y a mis hermanos Pascual y Cristian por ser parte importante en este proceso sin ellos no sería lo mismo.

Gracias a mis hermanos de carrera y amigos del alma Augusto Victorino, Génesis

Acosta y Franchesca Polanco, por ser luz en mi camino y llegar cuando más los necesitaba, les estaré por siempre agradecida.

Y a todos los familiares y amigos que estuvieron conmigo y de algún modo me brindaron su apoyo.

María de Jesús Ortiz Rodríguez

1. Introducción

La sífilis es una enfermedad infecciosa, crónica, causada por el microorganismo *Treponema pallidum*, caracterizada por afectar múltiples órganos incluyendo piel, mucosas y anexos cutáneos.

Se transmite principalmente a través de contacto sexual y por vía transplacentaria, pero también puede adquirirse por transfusión de sangre humana contaminada y por inoculación accidental directa.¹

La historia natural de la infección presenta tres etapas clínicas sintomáticas: sífilis primaria que se caracteriza por una úlcera indolora y dura, que aparece en los genitales o en cualquier otra área de contacto, la secundaria presenta varias manifestaciones sistémicas y dermatológicas floridas y la sífilis terciaria (neurosífilis, sífilis cardiovascular y gomas) que presenta manifestaciones sistémicas; estas dos últimas son precedidas por etapas asintomáticas o latentes de la enfermedad: sífilis latente precoz y tardía.¹

El diagnóstico de la sífilis se basa en una buena anamnesis, reconocimiento de las lesiones clínicas y la confirmación mediante pruebas de laboratorio. El tratamiento de la sífilis consiste en el uso de antibióticos sistémicos, en especial penicilina benzatínica. La sífilis aumenta el riesgo de infectarse por VIH y su falta de tratamiento puede llevar a complicaciones graves y a la muerte.

Se calcula que diariamente, más de un millón de personas contraen una infección de transmisión sexual (ITS). La incidencia anual de la sífilis va en aumento. La OMS estima que en el 2016 se produjeron en todo el mundo 5,6 millones de nuevos casos de sífilis en adolescentes y adultos de 15 a 49 años, con una tasa de incidencia mundial de 1,5 casos por 1000 mujeres y 1,5 casos por 1000 hombres.²

Las manifestaciones dermatológicas de la sífilis suelen ser múltiples y variadas, por lo que se le ha llamado "la gran simuladora". Predominan en la etapa secundaria, e incluyen la presencia de máculas, pápulas, alopecia, linfadenopatías y síntomas constitucionales, además del clásico chancro de la etapa primaria y los gomas de la terciaria. Han sido descritas formas de presentación atípicas, que representan un reto diagnóstico.²

La sífilis constituye un gran problema para la salud pública a nivel mundial y el reconocimiento oportuno de sus lesiones cutáneas puede contribuir a un diagnóstico precoz, detener su evolución y evitar la transmisión.³

1.1 Antecedentes:

1.1.1 Internacionales:

A. valdes y col. (2017) realizaron un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal con el objetivo de evaluar el conocimiento de sífilis y las conductas de riesgo de hombres que viven con el VIH (MLHIV) en el ANRS CO3 Aquitaine Cohorte en el suroeste de Francia. Entre 302 pacientes encuestados, 101 informaron al menos un episodio de sífilis. El conocimiento de que la sífilis podía transmitirse por sexo oral fue bajo tanto en pacientes con (37%) como sin (20%) antecedentes de sífilis. Los pacientes con antecedentes de sífilis utilizaban con mayor frecuencia drogas recreativas (RR 1,6; P = 0,0028). Entre 160 pacientes que tuvieron relaciones sexuales con un hombre en los últimos 12 meses, el 23 % informó usar condones para las relaciones sexuales orales y el 80 % informó usar condones para las relaciones sexuales anales. Sesenta y dos por ciento de los HSH declararon estar dispuestos a cambiar su práctica si se les informa sobre el aumento de la sífilis.⁴

Rocio Cabezas y col. (2019) realizaron un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo correlacional en Perú con el objetivo de evaluar el nivel de conocimiento de la sífilis en gestantes de 20 a 35 años de edad. Su marco muestral estuvo compuesto por 141 pacientes. El nivel de conocimiento de la sífilis fue un nivel medio con un 84.4%, la dimensión del nivel de conocimiento de la sífilis del concepto general fue de nivel medio 70,2%, la dimensión del nivel de conocimiento de la sífilis en etapas fue de nivel bajo 71,6%, la dimensión del nivel de conocimiento de sífilis sobre las medidas preventivas fue de nivel bajo 66,7%.⁵

R. da costa y col (2020) realizaron un estudio de tipo de tipo analítico y transversal con un universo de adolescentes de 18 e 19 años matriculados en tres instituciones de enseñanza superior presenciales del municipio de Piauí, Brasil, para analizar los conocimientos, actitudes y prácticas de universitarios sobre la sífilis donde los varones tienen un 39,6 % menos de probabilidades de tener un conocimiento adecuado/regular sobre sífilis.⁶

X. Wu y col (2016) realizaron un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal con el objetivo de evaluar el conocimiento de prevención y tratamiento de sífilis en 6 distintas poblaciones de China. Su marco muestral estuvo compuesto por 3470 participantes. Los estudiantes universitarios tenían el nivel de conocimiento más bajo con un 51.7%, seguido de trabajadoras

sexuales con un 53.9%, trabajadores de fabrica con un 56.0%, embarazadas con un 66.0% y hombres que tienen sexo con hombres con un 81.1%.⁴²

R. Nath y col. (2019) realizaron un estudio de tipo cualitativo con el objetivo de conocer los Conocimientos y actitudes sobre la sífilis y la profilaxis previa a la exposición (PrEP) de la sífilis entre hombres que tienen sexo con hombres en Vancouver, Canadá. Su marco muestral estuvo formado por 25 hombres. De ellos 20 tenían conocimiento de sífilis. Los participantes organizaron estrategias sexuales más seguras en torno al VIH, no a la sífilis. Aunque el conocimiento relacionado con la sífilis era relativamente alto, este no parecía estar relacionado con relaciones sexuales más seguras.⁴³

1.1.2 Nacionales:

Después de una búsqueda exhaustiva de trabajos de investigación no encontramos evidencia de publicaciones nacionales referentes al nivel de conocimiento de las manifestaciones cutáneas de sífilis.

1.2 Justificación:

La sífilis ha sido considerada como una infección sistémica de evolución crónica que pasa por varios estadios y presentaciones clínicas. Puede ser desde asintomática hasta llevar al deterioro completo de las capacidades cognitivas y muerte.

Es una de las ITS que mayores estragos ha producido en el mundo, en épocas donde los tratamientos eran inefectivos, sin embargo, en la actualidad, es una enfermedad prevenible.

Hacer un diagnóstico de sífilis, en ocasiones resulta un reto por sus presentaciones atípicas y su imitación de otros cuadros. El nivel de conocimientos del personal de salud, así como de los pacientes, juega un papel importante para su pesquisa.

El propósito de nuestro estudio es determinar el nivel de conocimiento de sus manifestaciones cutáneas por parte de la población lo que resulta de gran relevancia para su identificación temprana, tratamiento oportuno y la implementación de programas efectivos para su prevención.⁷

II. Planteamiento del Problema:

La sífilis es una enfermedad sistémica, de evolución crónica. La infectividad de la sífilis por transmisión sexual es mayor (alrededor del 60%) en las etapas iniciales (primaria, secundaria y latente temprana), dichas etapas iniciales se caracterizan por presentar un conjunto de manifestaciones cutáneas específicas de la enfermedad.⁸

La OMS estima que en el 2016 se produjeron en todo el mundo 5,6 millones de nuevos casos de sífilis en adolescentes y adultos de 15 a 49 años, con una tasa de incidencia mundial de 1,5 casos por 1000 mujeres y 1,5 casos por 1000 hombres. La prevalencia total estimada de 18 millones de casos de sífilis; en el 2012 se tradujo en una prevalencia mundial del 0,5% en las mujeres y del 0,5% en los hombres de 15 a 49 años.²

En 2018 en los Estados Unidos, hubo un estimado de 156 000 infecciones sifilíticas prevalentes y 146 000 incidentes en personas de 14 a 49 años.⁹

Según los últimos datos de OMS publicados de 2018 las muertes causadas por Sífilis en República Dominicana han llegado a 22 (0,04% de todas las muertes).

La tasa de mortalidad por edad es de 0,20 por 100,000 de población. República Dominicana ocupa el lugar número 85 en el mundo.¹⁰

En lo que respecta a la prevalencia de sífilis se observan mayores valores porcentuales en Santiago (12.1 %) y en Puerto Plata (11.8 %), seguidos por La Altagracia (8.2 %), Barahona (6.7 %) y Santo Domingo (4.7 %).¹¹

La sífilis ha tenido un incremento importante, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, constituyendo un problema para la salud pública, lo que hace necesario un mayor conocimiento de sus manifestaciones clínicas para un diagnóstico correcto y manejo oportuno, y esto nos ha llevado a realizar la siguiente interrogante: ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las manifestaciones cutáneas de sífilis en pacientes adultos que acuden al Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Diaz (IDCP) durante el periodo abril-junio 2022.

III. Objetivos:

III.1 General:

Determinar el nivel de conocimiento de las manifestaciones cutáneas de sífilis en pacientes mayores de 18 años de edad que acuden al Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Diaz (IDDCP) en el periodo abril-junio 2022.

III.2 Específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de los pacientes diagnosticados.
2. Determinar el nivel de conocimiento de las manifestaciones cutáneas de sífilis en los pacientes de estudio.
2. Establecer método diagnóstico utilizado de los pacientes en estudio.
3. Establecer el estadio clínico de los pacientes al momento del diagnóstico.
4. Identificar la localización anatómica de las lesiones.
5. Determinar la conducta de riesgo en los pacientes de estudio.

IV. Marco Teórico:

SÍFILIS

IV.1 Historia:

En la actualidad todavía hay grandes controversias con respecto al origen de la sífilis, existen tres teorías que intentan explicarlo. La teoría más antigua fue construida sobre prejuicios. Al retorno de Cristóbal Colón de América en 1493 hubo un gran brote de sífilis en Europa, por lo que se asume que la culpa la tenían los indígenas con los que los marineros tuvieron intimidad, dando origen a la “Teoría Colombina”, siendo ésta la teoría más popular por casi 500 años.

La segunda teoría llamada “Teoría Precolombina” establece que la sífilis estaba presente en Europa desde la antigua cultura greco-romana y luego fue llevada al Nuevo Mundo por los colonizadores.

Por último, la “Teoría Unitaria”, alega que la sífilis se originó en África desde los inicios de la humanidad y que la bacteria (*Treponema*) mutó para de esta forma ir acorde a los constantes cambios del medio ambiente, por lo que se divulgó en el resto del mundo unido a la migración humana.

Estas teorías han sido motivo de grandes debates, por ello, en la actualidad se desarrollan estudios de filogenia y paleopatología con el fin de encontrar el verdadero origen de la sífilis.¹²

IV.1.1: Definiciones:

Nivel de Conocimiento:

Conocer es una relación que se establece entre el sujeto que conoce y el objeto conocido. En el proceso del conocimiento, el sujeto se apropia, en cierta forma, del objeto conocido. El conocimiento siempre implica una dualidad de realidades de un lado, el sujeto cognoscente y, del otro, el objeto conocido, que es poseído en cierta manera, por el sujeto cognoscente. Mediante el conocimiento, el ser humano penetra las diversas áreas de la realidad para tomar posesión de ella.¹³

Sífilis

La sífilis es una infección crónica generalizada, causada por *Treponema pallidum*, subespecie *pallidum*, la cual suele transmitirse por vía sexual y se caracteriza por episodios de actividad separada por periodos de latencia. Después de un periodo de incubación de dos a seis semanas aparece una lesión primaria, a menudo acompañada de linfadenopatía regional, que desaparece sin tratamiento. La fase de bacteriemia secundaria, que por lo general se vincula con lesiones mucocutáneas diseminadas y linfadenopatías generalizadas, va seguida de una fase latente de infección subclínica que dura años o décadas. En la era previa a los antibióticos, cerca de 33% de los pacientes sin tratamiento avanzaba a la fase terciaria, caracterizada por lesiones mucocutáneas, musculoesqueléticas o parenquimatosas destructivas y progresivas, aortitis o manifestaciones tardías del SNC.¹⁴

Usualmente esta enfermedad recibe el nombre de “la gran simuladora”, ya que su estadio secundario se asocia a múltiples manifestaciones clínicas que pueden ser atribuidas a diversas enfermedades, dificultando así su diagnóstico y tratamiento oportuno.

IV.1.2: Etiología:

La familia Spirochaetales comprende cuatro géneros que son patógenos para el ser humano y para algunos animales: *Leptospira*, que induce leptospirosis; *Borrelia*, que causa la fiebre recurrente y la enfermedad de Lyme; *Brachyspira*, que origina infecciones intestinales, y *Treponema*, que ocasiona las enfermedades llamadas treponematosis. Entre las especies de *Treponema* se encuentran *T. pallidum* subespecie *pallidum*, causante de la sífilis venérea; *T. pallidum* subespecie *pertenue*, que produce el pian o frambesia; *T. pallidum* subespecie *endemicum*, que ocasiona el bejel o la sífilis endémica, y *T.*

carateum, que es el microorganismo causal de la pinta. Hasta fecha reciente, las subespecies se diferenciaban de manera predominante por los síndromes clínicos que generaban. Ahora los investigadores identificaron firmas moleculares que permiten distinguir las tres subespecies de *T. pallidum* con métodos sin cultivo, basados en la reacción en cadena de la polimerasa, pero en algunas cepas otras firmas de secuencias cruzan los límites de las subespecies. Otras especies de *Treponema* observadas en la boca, la mucosa de genitales y el tubo digestivo de seres humanos se han vinculado con enfermedades (p. ej., periodontitis, pero no hay certeza de que sean microorganismos etiológicos primarios).

Treponema pallidum subespecie *pallidum*, es una espiroqueta fina cuyo cuerpo celular está circundado por una membrana citoplásmica trilaminar, una capa delicada de peptidoglucanos que le brinda rigidez estructural, así como una membrana exterior con abundantes lípidos que contiene una cantidad relativamente pequeña de proteínas integrales de membrana. El microorganismo se desplaza gracias a endoflagelos que lo rodean en forma espiral en el espacio periplásmico.

Treponema pallidum no puede cultivarse *in vitro* y hasta que en 1998 se definió la secuencia de su genoma se sabía muy poco de su metabolismo. Este microorganismo posee muy pocas capacidades metabólicas porque no tiene los genes necesarios para la síntesis nueva de muchos aminoácidos, nucleótidos o lípidos. Además, tampoco posee los genes que codifican las enzimas del ciclo de Krebs y la fosforilización oxidativa. El microorganismo contiene numerosos genes compensadores que se prevé que codifiquen transportadores de aminoácidos, hidratos de carbono y lípidos. Asimismo, gracias al análisis del genoma y a otros estudios, se descubrió que hay una familia de genes (*tpr*), formada por 12 integrantes, que tiene semejanzas con los antígenos variables de la membrana externa de otras espiroquetas. Un miembro, *TprK*, tiene regiones variables (V) circunscritas que genera modificaciones antigénicas en el curso de la infección, quizá como un mecanismo de evasión inmunitaria.

El único hospedador natural de *T. pallidum* es el ser humano. *T. pallidum* puede infectar a diversos animales, pero sólo los seres humanos, los simios superiores y unas cuantas especies de laboratorio presentan de manera regular lesiones sifilíticas. Se utilizan conejos para propagar cepas virulentas de *T. pallidum* y sirven como el modelo animal que mejor refleja la enfermedad y la inmunopatología de los seres humanos.¹⁴

IV.1.3: Epidemiología:

Un gran porcentaje de los casos de sífilis son adquiridos por contacto sexual con personas portadoras de lesiones contagiosas, como chancro, placas mucosas, o condilomas planos. En menor proporción se encuentra el contagio por

contactos no venéreos o transfusión de sangre contaminada, así como la transmisión vertical o trasplante de órganos.

Con el descubrimiento de la penicilina, el número total de casos de sífilis notificados al año en Estados Unidos se redujo hasta apenas 31 575 casos en el año 2000, presentando así una reducción de 95% desde 1943, con <6 000 casos de sífilis contagiosa primaria y secundaria. A partir del año 2000, el número de casos de sífilis infecciosa primaria y secundaria se incrementó más del doble y, en 2008 se reportaron 14,000 casos. Cerca de 70% de estos casos fueron en varones que tienen relaciones sexuales con varones (MSM), 20 a 70% de los cuales presentaban infección concomitante con VIH. El número de casos primarios y secundarios entre mujeres en Estados Unidos incrementó entre el año 2004 y 2008, pero desde entonces ha descendido al mismo tiempo que la sífilis congénita.

La cantidad estimada de mujeres infectadas en América fue de 106,500. A su vez, al analizar la seroprevalencia de 31 países alrededor del mundo, la OMS reportó que la prevalencia más alta fue en la región de América (excluyendo Estados Unidos y Canadá con un valor de 3.9% seguida de África con 1.98).⁷

Según la OMS el tamizaje de sífilis en gestantes en las Américas fue de 59% en 2020, mientras que la región del Caribe mantuvo una mayor cobertura de detección de sífilis, alcanzando el 95% en 2020. Una revisión sistemática que recopiló datos de 2000 a 2020 mostró que América Latina y El Caribe presenta algunas de las estimaciones más altas de sífilis entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) en el mundo, y la prevalencia de sífilis entre HSH parece estar aumentando a lo largo de las Américas. Corroborando este hallazgo, basado en datos de Global AIDS Monitoring reportados por los países de las Américas, el 60% de los países reportaron una tasa de seropositividad entre MSM superior al 10%.⁴¹

La sífilis sigue siendo un grave problema de salud en todo el mundo y el número de casos de infección nueva se calcula cada año en 11 millones. Las regiones más afectadas son los países subsaharianos de África, Sudamérica, China y el sudeste de Asia. En la década, la frecuencia de distribución en China ha incrementado casi ocho veces y en muchos países de Europa se habla de una mayor incidencia de sífilis contagiosa entre los MSM. En el mundo, se calcula que hay 1.4 millones de casos de sífilis entre embarazadas, con 500.000 finales adversos del embarazo cada año. En China, las tasas de sífilis congénita son de cerca de 150 casos por 100.000 nacidos vivos.¹⁴

IV.1.4: Cuadro Clínico:

Sífilis Primaria

Las lesiones genitales o extragenitales se presentan en las zonas de inoculación. Las úlceras por lo regular son indoloras a menos que presenten una sobreinfección bacteriana. El periodo de incubación es de 21 días (promedio) con variaciones de 10 a 90 días.¹⁵

Chancro.

Es redondo u ovalado, tiene bordes bien delimitados, regulares, elevados, firmes y de consistencia gomosa.⁸ Se pueden formar costras en su superficie, y el tejido puede necrosarse, con lesiones que pueden variar desde milímetros hasta 1 o 2 cm de diámetro. Usualmente son lesiones únicas, no es frecuente que sean múltiples. Los chancros de ubicación extragenital se presentan en cualquier zona de inoculación.^{15 16}

Áreas de mayor afectación.

El área anogenital es la zona más frecuente. En los varones: porción interna del prepucio, surco coronal del glande, cuerpo y base del pene. Mujer: cuello uterino, vagina, vulva, clítoris y mama; los chancros se presentan con menos frecuencia en las mujeres. En los varones homosexuales podría encontrarse en el conducto anal, el recto, la boca o los genitales externos¹ por su parte se ha identificado en algunos MSM el sexo oral como fuente importante de infección. Por ende, la sífilis primaria pasa desapercibida con mayor frecuencia en las mujeres y los varones homosexuales que en los varones heterosexuales¹⁴

Chancros extragenitales: ano o recto, boca, labios, lengua, amígdalas, dedos de las manos (doloroso), dedos de los pies, mama y pezón.

El chancro se cura casi siempre en cuatro a seis semanas (límites desde 2 a 12 semanas, sin dejar rastro, si acaso una pequeña cicatriz atrófica, pero las treponemas se diseminan por todo el organismo por vía linfática y sanguínea.¹⁴

²⁶

Linfadenopatía. Esta se da en un periodo de tiempo no mayor a una semana. Los ganglios están delimitados, firmes, gomosos, no hipersensibles y más a menudo unilaterales; pueden persistir durante meses.⁷

Sífilis Secundaria

Aparecen de dos a seis meses después de la infección primaria; dos a 10 semanas después de la aparición del chancro primario; seis a ocho semanas después de la cicatrización del chancro. El chancro puede estar aún presente

cuando aparecen las lesiones secundarias (15% de los casos). Cabe destacar que, si existe una infección paralela por VIH, esta puede alterar la evolución de la sífilis secundaria, otras manifestaciones de esta etapa son: fiebre, faringitis, pérdida de peso, malestar general, anorexia, cefalea y meningismo. Las lesiones mucocutáneas son asintomáticas.¹⁵

Lesiones dérmicas de la sífilis secundaria.

La roséola sifilítica consiste en una erupción de manchas redondeadas de color rojo cobrizo de 5 a 12mm de diámetro y de localización predominante en el tórax, los brazos y el abdomen, y con afectación palmo plantar en el 50 al 80% de los casos. El primer exantema usualmente es maculoso y débil. con el tiempo las erupciones pueden ser papuloescamosas, pustulosas o acneiformes.^{15 20 31}

Las lesiones vesiculoampollosas se presentan sólo en la sífilis congénita neonatal (palmas y plantas). En la palpación, las pápulas son firmes; condilomas lata, blandos. Las lesiones pueden ser anulares o policíclicas, sobre todo en la cara de personas de tez oscura. En la sífilis secundaria con recaídas, lesiones arciformes. Siempre están bien definidas, excepto por el exantema maculoso. Las lesiones son dispersas, tienden a permanecer delimitadas y por lo general son simétricas.¹⁵

Alopecia apolillada

La pérdida de cabello puede ser el único signo de la sífilis secundaria. Se ha descrito en el 3 a 7% de los casos y puede ser en parches, difusa o combinada. El tipo más característico consiste en pequeños parches irregulares de alopecia no cicatricial en toda la cabeza, pero primordialmente en la región occipital y parietal. en ocasiones se afectan las cejas, la barba y otras áreas con pelos.¹⁶

Mucosas.

Las lesiones de la membrana mucosa son altamente infecciosas. las tres manifestaciones son:

Condiloma lata: consiste en máculas o placas maceradas del color de la piel o hipopigmentadas. se han descrito en un 9 a un 44% de los casos de sífilis. Sus superficies pueden ser lisas, papilomatosas o cubiertas de vegetaciones tipo coliflor.⁸ Son más frecuentes en la región anogenital y en la boca; pueden presentarse en cualquier superficie corporal donde la humedad se acumula entre

las superficies intertriginosas, como las axilas o membranas interdigitales de los pies.¹⁵

Placa mucosa: Máculas y pápulas de 0.5 a 1 cm de diámetro, pequeñas, asintomáticas, redondas u ovaladas, ligeramente elevadas, planas en la parte superior, cubiertas por una membrana blanca a gris hiperqueratósica, que ocurre en la mucosa oral o genital.⁷ pueden afectar cualquier parte de la boca, pero generalmente aparecen en la lengua y en los labios, en la lengua pueden aparecer zonas depapiladas, denominándose lengua en prado segado. Las amígdalas y la epiglotis pueden estar afectadas.^{16 26}

Faringitis: puede presentarse en hasta un cuarto de los casos. El enrojecimiento difuso de la faringe, el paladar y las amígdalas puede ser leve o grave por el edema y las erosiones.¹⁶

Cambios en las uñas

Estos pueden ser el resultado del compromiso de la matriz o pliegue ungueal. se ha descrito fragilidad, desdoblamiento, onicolisis, erosión, elconixis de la lúnula (depresiones cupuliformes) con fisuras y atrofia de la lámina ungueal.¹⁶

Sífilis Latente

Se sospecha cuando existe un antecedente de lesiones primarias o secundarias, antecedente de exposición a la sífilis o parto de un lactante con sífilis congénita; puede presentarse sin lesiones primarias o secundarias previas reconocidas.¹⁵ La única evidencia de la enfermedad es que las pruebas serológicas son reactivas.¹⁶

Sífilis Terciaria y Tardía

Es una enfermedad inflamatoria lentamente progresiva que puede afectar a cualquier órgano y producir enfermedad clínica 20-40 años después de la infección inicial.²⁴ Generalmente un tercio de los pacientes con sífilis latente que no recibieron tratamiento desarrollan sífilis terciaria.

Las lesiones cutáneas terciarias se dividen en tres tipos: nódulos granulomatosos, placas granulomatosas de tipo psoriásicas y gomas. Las lesiones tempranas se desarrollan dentro de los dos primeros años de haber superado la etapa secundaria, y las lesiones tardías se pueden presentar en cualquier momento después de este.

Las lesiones nodulares son superficiales, firmes, indoloras, de un rojo pálido, con nódulos cutáneos planos y brillantes cuyos tamaños varían desde escasos

milímetros hasta 2 cm. Los nódulos aparecen en configuración de grupo y se unen en placas. La piel que cubre las lesiones se fisura, lo que produce úlceras irregulares cubiertas de costras. Con el paso del tiempo comienzan a curarse desde el centro y avanzan hacia los bordes lo que produce placas con configuración anular, arciforme, serpiginosa o policíclica, que pueden crecer hasta más de 30 cm. algunas placas pueden ser psoriasiformes. Estas lesiones se ven con más frecuencia en brazos, espalda y cara. Con o sin tratamiento estas se curan después de varios años dejando cicatrices atróficas.

Goma es una lesión granulomatosa benigna destructiva a nivel local que puede aparecer hasta 40 años después de la infección, aunque de media se estima que aparece a los 15 años ²⁴. Los gomas son nódulos indoloros, de color rosado a rojo oscuro que varían en el tamaño desde milímetros hasta varios centímetros de diámetro. Tienen predilección por sitios con traumatismos previos, pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, pero son más frecuentes en el cráneo y en la frente, los glúteos y las regiones preesternal, supraclavicular o pretibial. El nódulo es inicialmente firme, pero desarrolla una consistencia gomosa. Pueden crecer de forma vertical y horizontal.¹⁶

Manifestaciones cutáneas atípicas de sífilis

Sífilis primaria

Entre las formas atípicas descritas, en el dorso de la lengua se han descrito chancros con apariencia pseudotumoral. También en la mano, con linfadenopatías regionales.

Sífilis Secundaria

La sífilis secundaria nodular puede presentarse como placas o nódulos localizados o generalizados simétricos, eritematosos o violáceos. Estas formas en ocasiones pueden adoptar patrones arciformes. Las palmas, las plantas, así como las superficies mucosas suelen estar preservadas.

Sífilis anular que abarca desde pápulas tenues levemente descamativas hasta formas exofíticas verrugosas que pueden afectar el cuero cabelludo, el tronco y las regiones perioral, perianal y genital. Cuando se presenta en el cuero cabelludo, puede ocasionar alopecia cicatricial. Las localizaciones típicas son las comisuras labiales, el cuero cabelludo, las palmas y las plantas, así como las áreas intertriginosas.

La sífilis secundaria pustulosa es una forma muy infrecuente, en esta las lesiones primarias están centradas por folículos y se distribuyen simétricamente en la cara, el tronco y las extremidades, con posible afectación palmo-plantar. Estas lesiones dan lugar a la formación de una costra, dejando muchas veces cicatrices o alteraciones de la pigmentación postinflamatorias.

Sífilis secundaria frambuesiforme denomina a las lesiones vegetantes, ulceradas y queratósicas, a veces húmedas, que suelen aparecer en regiones periorificiales, tronco y extremidades, aunque pueden presentarse limitadas al cuero cabelludo. Esta forma de presentación es muy rara. Aunque puede acompañarse de un componente pustuloso, en estos casos, a diferencia de la sífilis secundaria pustulosa, las pústulas no están centradas en los folículos.

Sífilis nódulo-ulcerativa o lúes maligna es una infrecuente pero grave forma de secundarismo que se ha descrito especialmente entre hombres homosexuales coinfectados por el VIH. Se caracteriza por un llamativo cuadro prodrómico (fiebre, escalofríos, cefalea, malestar general, pérdida de peso y adenopatías generalizadas) que se sigue de lesiones diseminadas, irregularmente distribuidas, clínicamente similares a los chancros primarios. Las lesiones inicialmente suelen ser papulares y progresivamente evolucionan a placas ovaladas bien delimitadas ulceronecroticas.³

IV.1.5 Diagnóstico:

El diagnóstico definitivo de sífilis temprana requiere la demostración de espiroquetas en el exudado de la lesión o tejido ya sea por microscopía de campo oscuro o por inmunofluorescencia directa.¹⁷

Debido a que algunos pacientes con sífilis no presentan sintomatología, la detección de anticuerpos en muchas ocasiones resulta ser vital para el diagnóstico, debido a que *T. Pallidum* no crece en medios de cultivos convencionales y no siempre están disponibles los métodos de detección directa.¹⁷

Exámenes de laboratorio

Examen microscópico en campo oscuro.

Esta prueba permite detectar la presencia del microorganismo *T. Pallidum* de los especímenes recogidos de las lesiones sifilíticas primarias. Este método es

diagnóstico definitivo de sífilis indistintamente del resultado arrojado por la serología. Esta prueba demanda una cautelosa recolección de muestras idealmente consistentes en líquido seroso, libre de glóbulos rojos.^{17 18}

No es viable en la cavidad oral debido a la presentación de espiroquetas saprofitas y es negativo en pacientes tratados por vía sistémica o tópica con antibióticos. Se aspira el ganglio linfático regional y el aspirado se examina en microscopio de campo oscuro.¹⁶

Prueba de anticuerpo fluorescente directo contra *T. pallidum* (DFATP).

Los anticuerpos fluorescentes se utilizan para detectar *T. pallidum* en exudado de lesiones, aspirado de ganglios linfáticos o tejido.¹⁶

Pruebas serológicas para sífilis (STS).

Constituyen el método diagnóstico de sífilis venérea de mayor utilidad en la actualidad, son esenciales para diagnosticar sífilis temprana y a su vez son el único método para diagnosticar sífilis latente, estas pruebas se clasifican en pruebas no treponémicas y pruebas treponémicas.¹⁸

Pruebas No Treponémicas

Estas pruebas detectan los anticuerpos dirigidos contra los antígenos lipóidicos, dentro de ellas están la del Laboratorio de Investigaciones sobre Enfermedades Venéreas (VDRL, por sus siglas en inglés) o la prueba de reagina plasmática rápida (RPR). Son de gran utilidad en el diagnóstico y el seguimiento de la sífilis y muy sensibles durante las fases secundaria y latente temprana de la enfermedad. Sin embargo, tienen poca sensibilidad en fases muy tempranas (sífilis primaria) o tardías (sífilis terciaria) y pueden presentarse falsos positivos biológicos en el 0,2 % a 0,8 % de los casos.¹⁸

Pruebas Treponémicas

Estas pruebas permiten identificar anticuerpos IgG e IgM expuestos contra los antígenos específicos de la treponema y tienen gran especificidad y sensibilidad en todas las fases de la enfermedad; no obstante, su gran limitación radica en que no pueden diferenciar la enfermedad activa de la antigua.

Las pruebas treponémicas incluyen: la prueba de absorción de anticuerpos antitreponémicos fluorescentes (FTA-Abs, por sus siglas en inglés), la prueba de hemaglutinación de *T. pallidum* (TPHA o TPPA, por sus siglas en inglés), que

tiene gran especificidad y sensibilidad que han servido de referencia para evaluar otras pruebas diagnósticas; las pruebas de quimioluminiscencia y los electroinmunoensayos, apropiados en laboratorios de alto flujo (como los bancos de sangre); y las pruebas inmunocromatográficas o pruebas rápidas.

Debido a su gran sensibilidad (92 %-99 %) y especificidad (95 %-99 %), fácil uso y bajo costo, la OMS recomienda ampliamente el uso de las pruebas rápidas para sífilis en poblaciones especiales, como las mujeres gestantes.¹⁸

Algoritmos Diagnósticos

Las pruebas serológicas son las que permanentemente apoyan el diagnóstico clínico, y el uso combinado de la prueba no treponémica y la treponémica debe promoverse siempre.

Frente a la sospecha de sífilis en cualquiera de sus estadios, se ordenan pruebas no treponémicas en primera instancia (RPR o VDRL), seguidas de una “prueba confirmatoria” (por ejemplo, prueba rápida, FTA-Abs, TPPA o quimioluminiscencia), especialmente útil si las diluciones iniciales de la RPR/VDRL son de 1:4 o menores. En este caso, si la prueba treponémica confirmatoria es negativa, la prueba treponémica inicial se considera falsamente positiva.

En la última década, se han implementado pruebas treponémicas que han promovido el uso de un “algoritmo diagnóstico inverso” el cual consiste en realizar una prueba treponémica en primera instancia y de esta ser positiva, realizar una prueba no treponémica de manera confirmatoria.¹⁸

Dermopatología.

En la sífilis primaria y secundaria, la biopsia de las lesiones en piel muestra adelgazamiento central o ulceración de la epidermis. Infiltrado dérmico linfocítico y plasmacítico. Proliferación de capilares y linfáticos con endarteritis; puede tener trombosis y zonas pequeñas de necrosis. La tinción de Dieterle muestra espiroquetas.¹⁶

IV.1.5.1 Diagnóstico Diferencial:

Sífilis primaria

- Chancroide
- Herpes Simple
- Granuloma Inguinal
- Erosión o Úlcera por Traumatismo¹⁶

Sífilis Secundaria

- Pitiriasis Rosada
- Condiloma Cuminado
- Erupción por Fármacos
- Erupción Viral
- Psoriasis
- Síndrome de Reiter¹⁶

Sífilis Terciaria

- Sarcoidosis
- Carcinoma Metastásico
- Vasculitis
- Psoriasis
- Lupus Vulgar¹⁶

IV.1.6 Factores de Riesgo

Todas las personas con una vida sexual activa se encuentran en riesgo de contraer una infección de transmisión sexual como lo es la sífilis, en especial, si no son utilizadas medidas de protección. Como algunas de las ITS se transmiten mediante piel/ mucosas se hace muy difícil tener una relación sexual protegida en su totalidad.¹⁹

las siguientes conductas representan alto riesgo de contraer sífilis:

- Promiscuidad
- Tener relaciones sexuales sin preservativo
- HSH
- Estar infectado con el VIH
- Nivel socioeconómico bajo ²⁰

IV.1.7 Tratamiento

Según las guías de los CDC 2010 con respecto al tratamiento de la sífilis, establece que el fármaco ideal a utilizar en todos los periodos de la sífilis es la penicilina G.¹⁴

La dosis de elección de penicilina G tanto para la sífilis primaria como para la sífilis secundaria no complicada son 2.4 UI/millón en dosis única, la cual se administra de forma intramuscular, en caso de alergia a la penicilina se debe administrar clorhidrato de tetraciclina 500 mg vía oral cuatro veces al día por dos semanas, o doxiciclina 100 mg vía oral dos veces al día durante dos semanas.¹⁴

21

En casos de sífilis latente tardía o de duración indeterminada el tratamiento se basa en administrar 2.4 millones de unidades cada semana durante tres semanas, en caso de alergia a la penicilina se debe administrar clorhidrato de tetraciclina 500 mg vía oral cuatro veces al día por dos semanas, o doxiciclina 100 mg vía oral dos veces al día durante dos semanas.^{14 21}

IV.1.8 Pronóstico y Evolución

El tratamiento con penicilina suele curar la infección en la mayoría de los casos¹⁵. La eficacia del tratamiento se valorará a través de medios clínicos, al tiempo que se vigila que el título determinado mediante VDRL o RPR disminuya a la cuarta parte (p. ej., de 1:32 a 1:8). Los pacientes con sífilis primaria o secundaria deben evaluarse seis y doce meses luego de recibir tratamiento, y los pacientes con sífilis latente a los seis, doce y veinte y cuatro meses. Se recomienda una revisión clínica y serológica más frecuente (tres, seis, nueve, 12 y 24 meses) en aquéllos con infección concomitante por VIH, sin importar la fase en que se encuentre la sífilis.

Posterior al tratamiento correcto de la sífilis primaria o secundaria seropositiva, durante el primer periodo, existe una disminución gradual de los títulos de VDRL o RPR y se vuelven negativos a los 12 meses en 40 a 75% de los casos primarios seropositivos y en 20 a 40% de los casos secundarios.¹⁴

IV.1.9 Prevención

Muchas son las recomendaciones para evitar contagiarse con sífilis, entre ellas están:

- Evitar tener relaciones sexuales sin protección.
- No tener múltiples parejas sexuales o una pareja sexual que a su vez tenga varias parejas más.

- Evitar tener relaciones sexuales con personas previamente contagiadas con sífilis.
- En el caso de estar embarazada y estar contagiada evitar la vía vaginal para el alumbramiento.
- Transfusiones sanguíneas con sangre contaminada. ²²

V. Operacionalización de las variables

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la realización del estudio	Años cumplidos	Numérica
Sexo	Estado fenotípico condicionado genéticamente y que determina el género al que pertenece un individuo	Femenino y Masculino	Nominal
Lugar de Procedencia	Estado del que procede, bien sea nacional del mismo, bien sea su país de residencia habitual.	Rural Urbano	Nominal
Estado Civil	Situación de convivencia administrativamente reconocida de la persona en el momento en que se realiza la recogida de información	Soltero/a Casado/a Unión Libre Viudo/a Divorciado/a	Nominal
Nivel de Escolaridad	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Básico Bachiller Universitari o Técnico	Nominal

Ocupación	Conjunto de tareas laborales determinadas por el desarrollo de la técnica, la tecnología y la división del trabajo.	Secretario/a Cajero/a Ebanista Delivery Maestro/a Niñero/a Estilista Empacador/a	Nominal
Método Diagnóstico	Procedimiento mediante el cual se identifica una enfermedad.	FTA-ABS VDRL	Nominal
Estadio Clínico	Etapa o avance de un proceso, orientado a la evolución o desarrollo de la enfermedad	Sífilis primaria, secundaria, terciaria.	Nominal
Lesión Anatómica	Alteración, en la estructura anatómica que puede repercutir o no con limitación de la función de un órgano o tejido a consecuencia de agentes externos o internos en un determinado tiempo y espacio	Úlceras genitales Pápulas Exantema maculopapular Alopecia apolillada Nódulos Gomas	Nominal

Localización Anatómica	Lugar anatómico donde se presentan las lesiones reportadas	Vulva Pene Año Cuero Cabelludo Región Perineal Uñas Cejas Palmas Plantas Boca Pezón	Nominal
Conducta de riesgo	Acciones voluntarias o involuntarias realizadas por un individuo que pueden llevarlo a consecuencias nocivas	Orientación Sexual Número de Parejas Sexuales	Nominal
Nivel de conocimientos	Es una relación que se establece entre el sujeto que conoce y el objeto conocido.	Sujeto Objeto	Nominal

VI. Material y Métodos

VI.1 Tipo de estudio

Se realizará un estudio observacional, descriptivo y transversal de recolección de datos con el propósito de determinar las manifestaciones cutáneas de sífilis en pacientes que acuden a la consulta de ITS del Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert (IDCP) en el periodo abril-junio 2022.

VI.2 Área de estudio

Nuestro trabajo de investigación será realizado en las instalaciones del Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz (IDCP) en la ciudad de Santo Domingo, se encuentra delimitado al norte por la Ray Osvaldo Brasil, al este con la Avenida Albert Thomas, al sur con la calle Federico Velázquez y al oeste con la calle Federico Bermúdez.

VI.3 Universo

El universo objeto de esta investigación estará conformado por todos los pacientes que acuden a la consulta de ITS del Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz (IDCP)

VI.4 Muestra

Se realizó un muestreo probabilístico tomando el número de casos del año 2019 de pacientes que acuden al Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz (IDCP).

N_0 : Tamaño de muestra para una población desconocida

Z : Nivel de confianza =95% =1.96

P : Proporción esperada =0.5

Q : Proporción inesperada =0.5

e : Error máximo =5% =0.05

N : Tamaño de la población (Pacientes diagnosticados con sífilis el año pasado) = 158

N' : Tamaño de muestra = ?

$$N = \frac{158(0.5)_2 (1.96)_2}{(158-1) (0.09)^2 + (0.5)^2 (1.96)^2} = \frac{39.5(3.84)}{1.27 + 0.96} = \frac{151.68}{2.23} = 68$$

$$(158-1) (0.09)^2 + (0.5)^2 (1.96)^2 \quad 1.27 + 0.96 \quad 2.23$$

VI.5 Criterios

VI.5.1 De Inclusión

- Que acepten participar en la investigación mediante el consentimiento informado.
- Que tenga más de 18 años.
- Que estén diagnosticados con sífilis.
- Pacientes de primera vez en la consulta de ITS del Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Diaz (IDCP).

VI.5.2 De Exclusión

- Los que no acepten participar.
- Que tenga menos de 18 años
- Los que no asistan a la consulta del departamento de ITS del Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Diaz (IDCP)
- Los que no hayan sido previamente diagnosticados con sífilis.

VI.6 Instrumentos de Recolección de Datos

Se elaboró un formulario con el fin de recolectar los datos de la investigación a realizar, el cual fue diseñado por parte de los sustentantes.

El cuestionario tiene un formato 8 ½ x 11 y contiene 16 preguntas de las cuales 12 son abiertas y 4 cerradas. En el mismo se plasmaron además de los datos sociodemográficos del paciente tales como: edad, sexo, lugar de procedencia, ocupación actual; preguntas relacionadas con el cuadro clínico de presentación; así como también el medio de diagnóstico.

VI.7 Procedimiento

Luego de aprobar el anteproyecto por la universidad se procederá a someter al departamento de investigación del Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Diaz (IDCP) para su revisión y posterior aprobación, con el fin de la obtención de los permisos pertinentes para la recolección de datos de este trabajo de investigación.

Los pacientes serán seleccionados de la consulta de ITS. Asistiremos a la consulta de ITS del Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Diaz (IDCP) donde seleccionaremos aquellos pacientes que reciban el diagnóstico de sífilis por primera vez en cualquiera de sus estadios. También incluiremos aquellos pacientes donde el médico tratante sospeche sífilis y le indique la prueba, en ese caso daremos seguimiento al resultado de la prueba y cuando éste regrese, de ser reactiva, le realizaremos el cuestionario posterior a la firma del consentimiento informado.

VI.8 Tabulación

Los datos de información obtenidos serán sometidos y procesados mediante el programa de Microsoft Word y Microsoft Excell para el manejo de los datos recolectados.

VI.9 Análisis

Las informaciones obtenidas en este trabajo de investigación serán analizadas en frecuencia simple.

VI.10 Aspectos Éticos

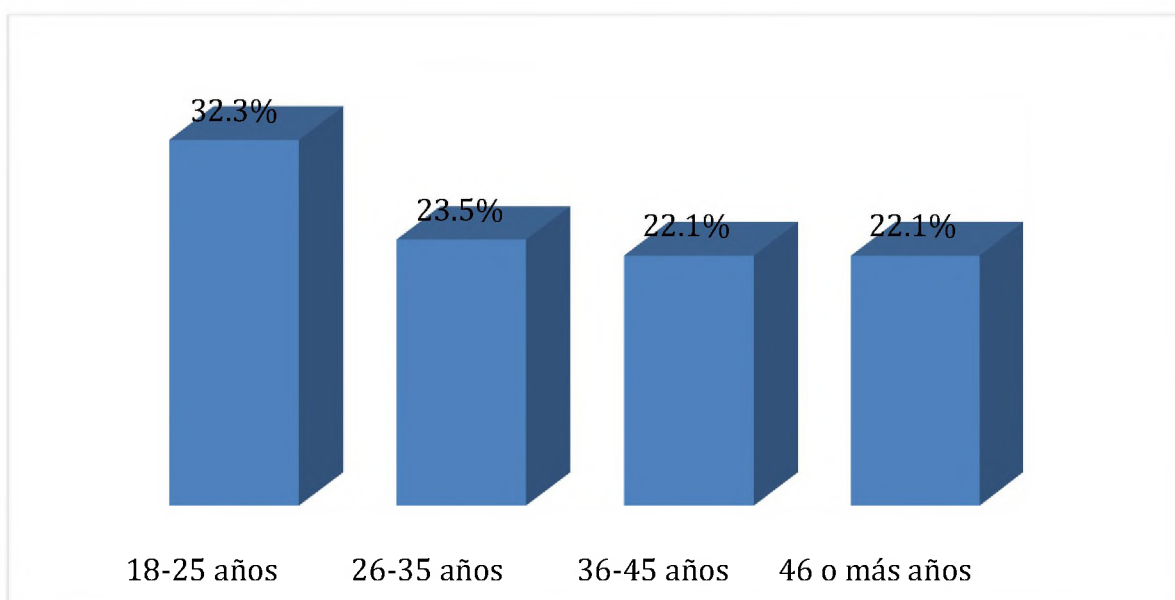
El presente estudio será ejecutado con apego de las normativas éticas internacionales, incluyendo aspectos relevantes de la declaración de Helsinki y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). El protocolo del estudio y de los instrumentos diseñados para el mismo serán sometidos a revisión de los asesores tanto clínicos como metodológicos, a través de la escuela de medicina y de la coordinación de la unidad de investigación de la universidad, así como la unidad de enseñanza del Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Diaz, cuya aprobación será un requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos, todos los datos de esta investigación serán manejados con estricto apego a la confidencialidad, a la vez la identidad de las contenidas en los expedientes clínicos será protegida en todo momento.

VII. Resultados

Tabla 1. Nivel de conocimiento de las manifestaciones cutáneas de sífilis en pacientes adultos que acuden al Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Dr. Huberto Diaz Bogaert (IDCP); Mayo-junio 2022 distribuido según la edad.

Edad	Frecuencia	Porcentajes
18-25 años	22	32.3%
26-35 años	16	23.5%
36-45 años	15	22.1%
46 o mas años	15	22.1%
Total	68	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



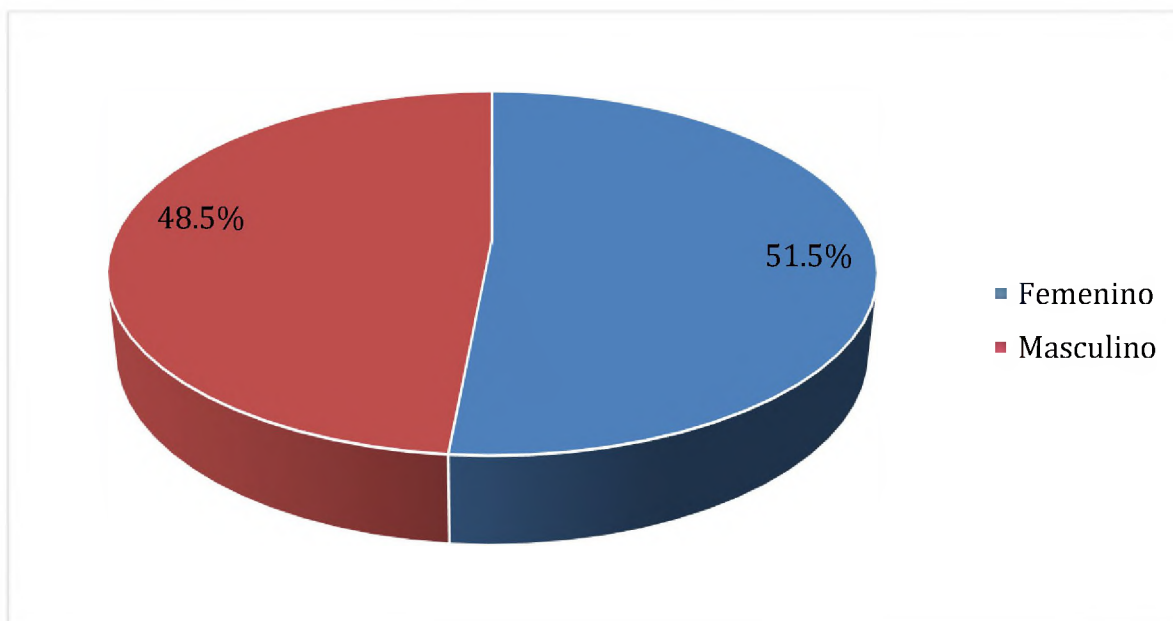
Fuente: Cuadro No.1

Dentro de los 68 pacientes entrevistado con diagnóstico sífilis se puede observar que el mayor porcentaje es de 32.3% el cual corresponde a las edades comprendidas en el rango de 18-25, seguido del 23.5% correspondiente a los años entre 26-35 y el 22.1% conciernen a la edad entre 36-45 y 46 o más años respectivamente.

Tabla 2. Nivel de conocimiento de las manifestaciones cutáneas de sífilis en pacientes adultos que acuden al Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Dr. Huberto Diaz Bogaert (IDCP); Mayo-junio 2022 distribuido según el sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentajes
Femenino	35	51.5%
Masculino	33	48.5%
Total	68	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



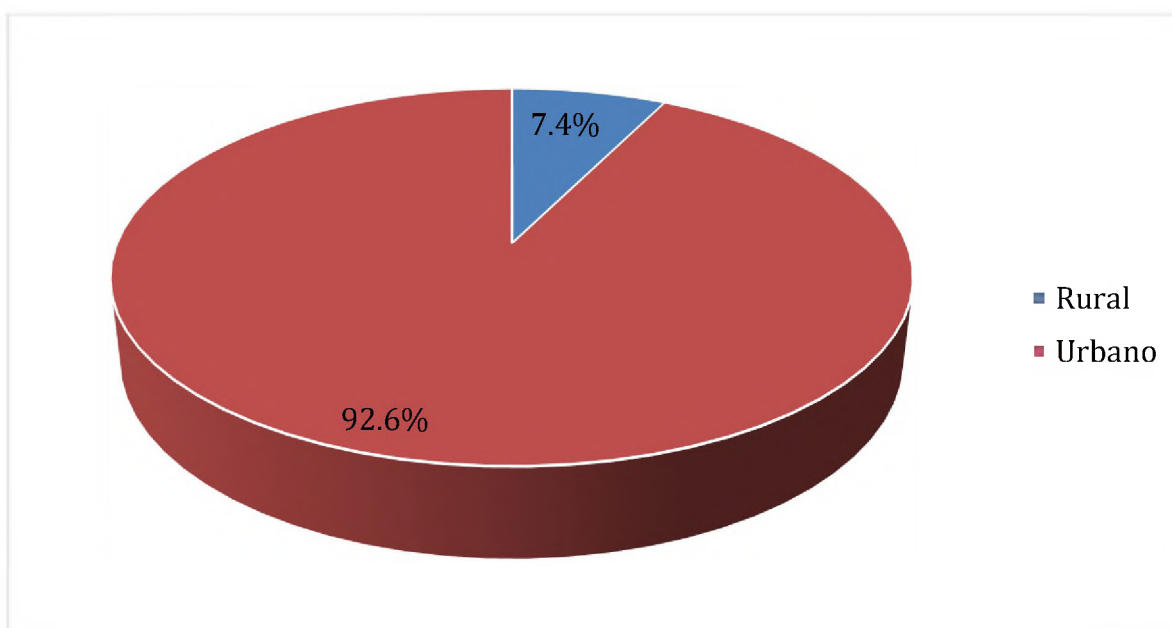
Fuente: Cuadro No.2

Evidenciamos un predominio en el sexo femenino, representando el 51.5%.

Tabla 3. Nivel de conocimiento de las manifestaciones cutáneas de sífilis en pacientes adultos que acuden al Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Dr. Huberto Diaz Bogaert (IDCP); Mayo-junio 2022 distribuido según el lugar de procedencia.

Procedencia	Frecuencia	Porcentajes
Rural	5	7.4%
Urbano	63	92.6%
Total	68	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



Un franco predominio de los pacientes residentes en el gran Santo Domingo, por el área de influencia del hospital representando el 92.6%.

Tabla 4. Nivel de conocimiento de las manifestaciones cutáneas de sífilis en pacientes adultos que acuden al Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Dr. Huberto Diaz Bogaert (IDCP); Mayo-junio 2022 distribuido según el estado civil.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentajes
Casado/a	15	22.1%
Soltero/a	42	61.8%
Unión Libre	11	16.1%
Total	68	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Dentro de los 68 pacientes entrevistados con diagnóstico sífilis el 61.8% son solteros, seguido de un 22.1% casados y un 16.1% se encuentran en unión libre.

Tabla 5. Nivel de conocimiento de las manifestaciones cutáneas de sífilis en pacientes adultos que acuden al Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Dr. Huberto Diaz Bogaert (IDCP); Mayo-junio 2022 distribuido según la ocupación.

Ocupación	Frecuencia	Porcentajes
Estudiante	12	17.6%
Ama de casa	9	13.2%
Chofer	7	10.3%
Comerciante	6	8.8%
Delivery	4	5.9%
Estilista	4	5.9%
Cajera	4	5.9%
Otros	22	32.4%
Total	68	100%

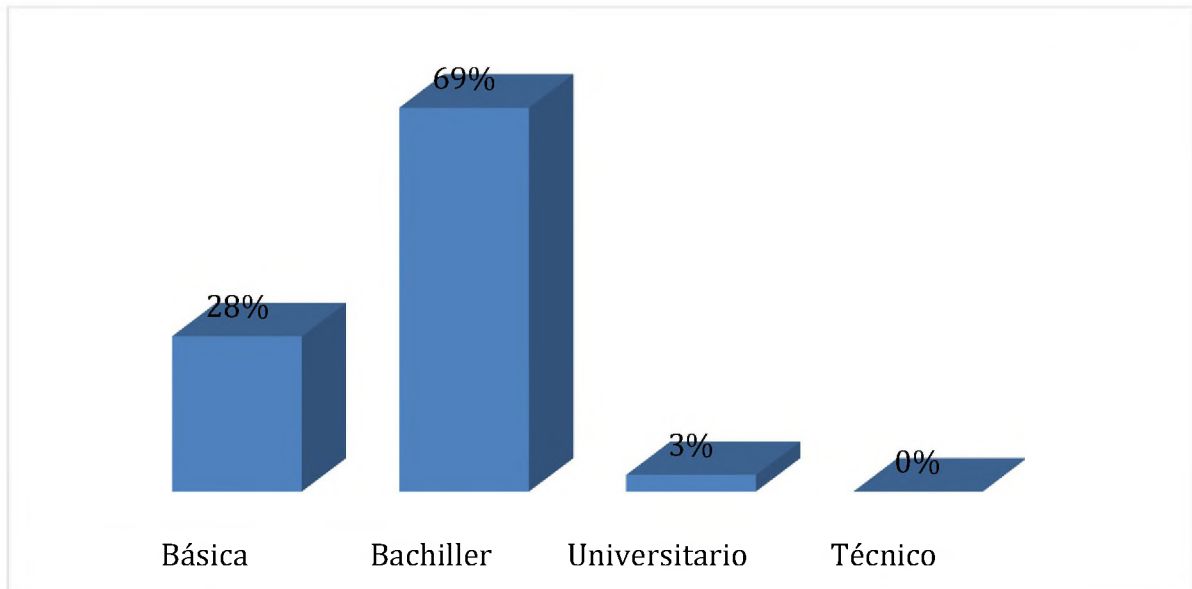
Fuente: Instrumento de recolección de datos.

De los pacientes que participaron en nuestra investigación el 17.6% son estudiantes, seguido de un 13.2% que corresponde a amas de casas, el 10.3% concierne a los usuarios con ocupación de chofer. 8.8% corresponde a comerciante. Se puede observar que los porcentajes inferiores pertenecen a delivery, estilista y cajera con un 5.9 % respectivamente y otras profesiones con un 32.4%, correspondiente al mayor porcentaje debido a que eran muy diversas entre ellas se encontraron: herrero, empacador, pintor, secretaria, albañil, maestra.

Tabla 6. Nivel de conocimiento de las manifestaciones cutáneas de sífilis en pacientes adultos que acuden al Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Dr. Huberto Diaz Bogaert (IDCP); Mayo-junio 2022 distribuido según el nivel de escolaridad.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentajes
Básica	19	28%
Bachiller	47	69%
Universitario	2	3%
Técnico	0	0%
Total	68	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



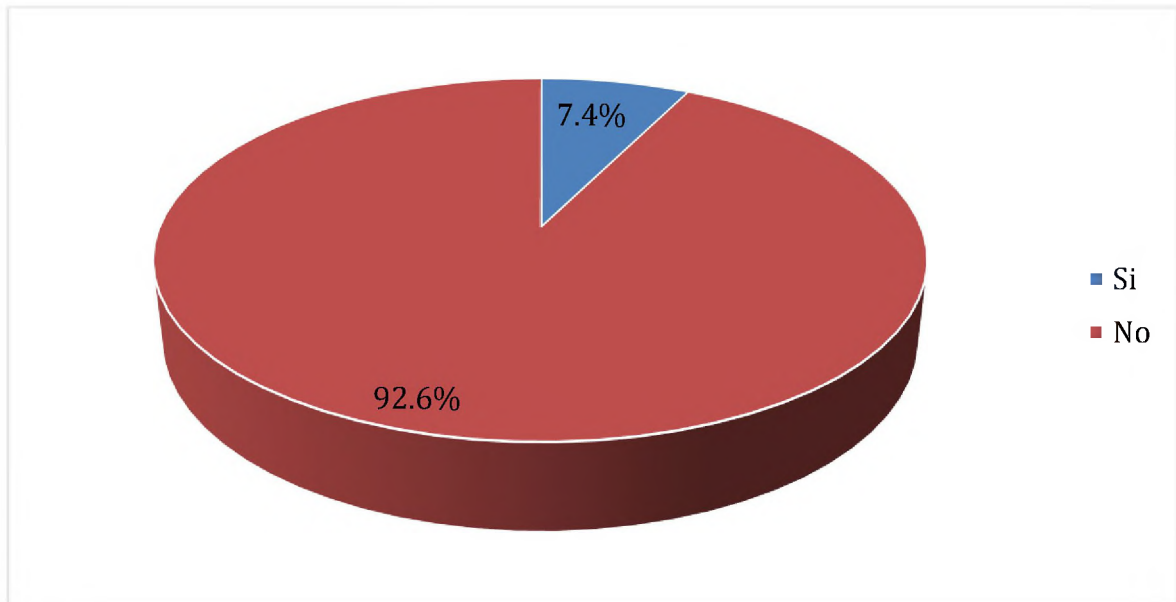
Fuente: Cuadro No.6

De los pacientes que participaron en nuestra investigación el 69% tienen un nivel de escolaridad bachiller, seguido de un 28% que corresponde nivel de escolaridad básica, y el 3% concierne a universitarios respectivamente.

Tabla 7. Nivel de conocimiento de las manifestaciones cutáneas de sífilis en pacientes adultos que acuden al Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Dr. Huberto Diaz Bogaert (IDCP); Mayo-junio 2022 distribuido según el conocimiento de sífilis antes de ser diagnosticado.

Conocimiento de sífilis	Frecuencia	Porcentajes
Si	5	7.4%
No	63	92.6%
Total	68	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



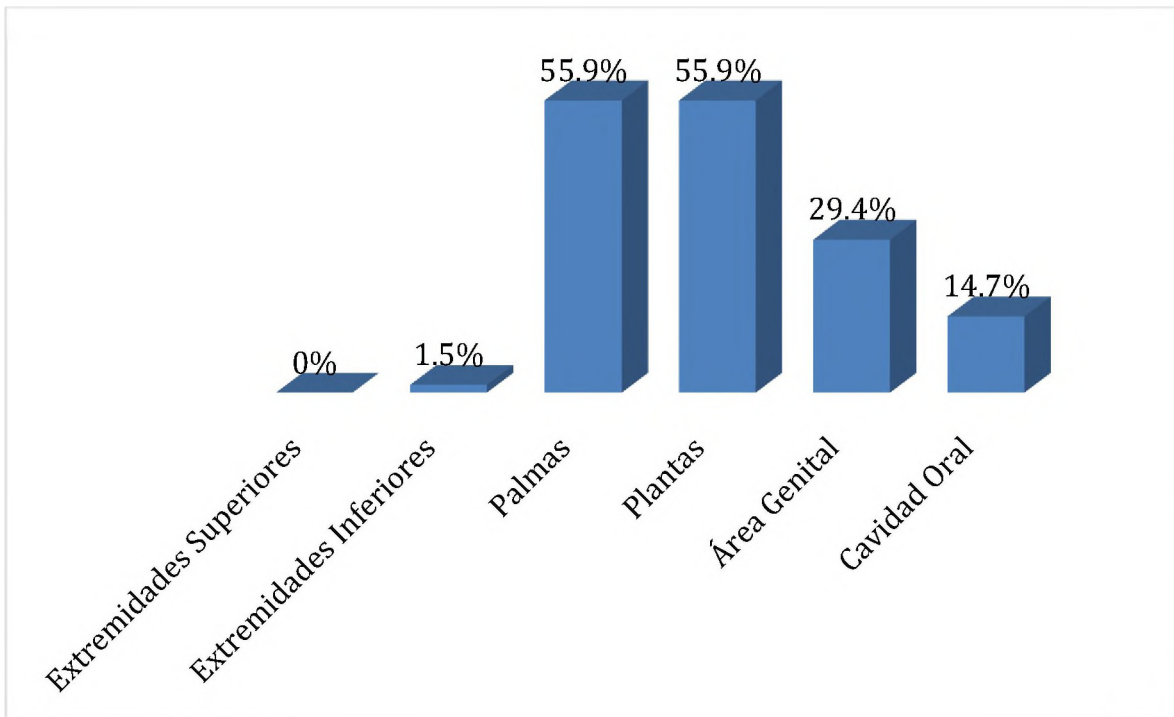
Fuente: Cuadro No.7

Un franco predominio de los pacientes entrevistados no tenía conocimiento de sífilis previo a su diagnóstico representando un 92.6%.

Tabla 8. Nivel de conocimiento de las manifestaciones cutáneas de sífilis en pacientes adultos que acuden al Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Dr. Huberto Diaz Bogaert (IDCP); Mayo-junio 2022 distribuido según la localización anatómica.

Zonas del cuerpo	Frecuencia	Porcentajes
Extremidades Superiores	0	0%
Extremidades Inferiores	1	1.5%
Palmas	38	55.9%
Plantas	38	55.9%
Área Genital	20	29.4%
Cavidad Oral	10	14.7%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



Fuente: Cuadro No.8

De los pacientes entrevistados en nuestra investigación la localización anatómica más frecuente fue en palmas y plantas con un 55.9%, seguido del área genital con un 24.9%, cavidad oral con un 14.7% y las extremidades inferiores con un 1.5% respectivamente

Tabla 9. Nivel de conocimiento de las manifestaciones cutáneas de sífilis en pacientes adultos que acuden al Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Dr. Huberto Diaz Bogaert (IDCP); Mayo-junio 2022 distribuido según el tipo de lesión.

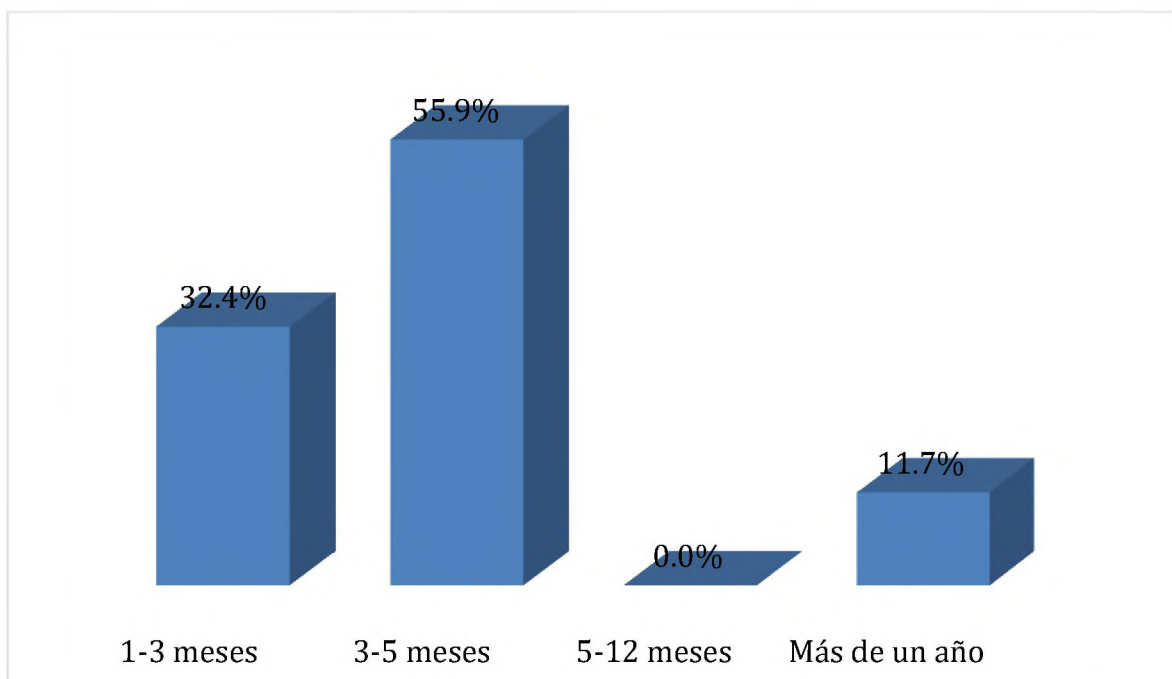
Tipo de lesión	Frecuencia	Porcentajes
Úlceras Genitales	20	29.4%
Pápulas	12	17.6%
Exantema Maculo-Papular	37	54.4%
Nódulos	0	0%
Gomas	0	0%

De los 68 pacientes que participaron en nuestra investigación dentro de las manifestaciones cutáneas se puede apreciar que la más frecuente es el exantema maculo-papular representando un 54.4%, seguida de las úlceras genitales con un 29.4%, y pápulas con un 17.6%.

Tabla 10. Nivel de conocimiento de las manifestaciones cutáneas de sífilis en pacientes adultos que acuden al Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Dr. Huberto Diaz Bogaert (IDCP); Mayo-junio 2022 distribuido según el tiempo transcurrido desde que presentó las lesiones cutáneas hasta el momento del diagnóstico.

Tiempo transcurrido	Frecuencia	Porcentajes
1-3 meses	22	32.4%
3-5 meses	38	55.9%
5-12 meses	0	0%
Más de un año	8	11.7%
Total	68	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



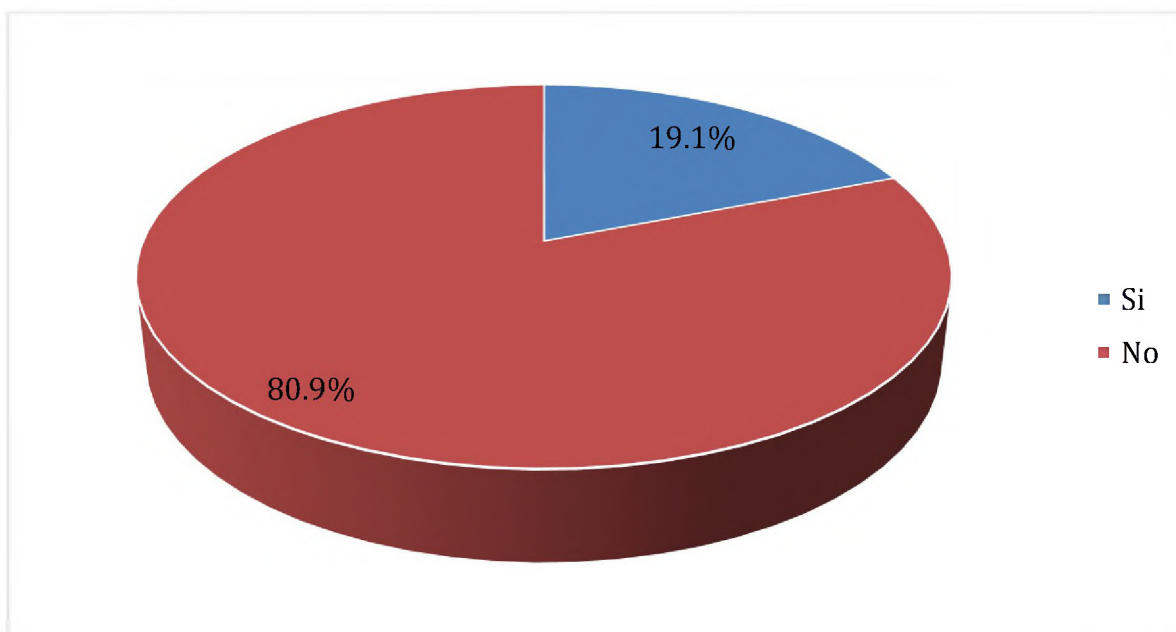
Fuente: Cuadro No.10

De los pacientes entrevistados en nuestra investigación se puede apreciar que en un 55.9% de ellos transcurrió un periodo de 3-5 meses desde que presentaron las lesiones cutáneas hasta su diagnóstico, un 32.4% duro de 1-3 meses de presentar las lesiones previo a su diagnóstico y en un 11.7 % transcurrió más de un año de presentar las lesiones previo a su diagnóstico

Tabla 11. Nivel de conocimiento de las manifestaciones cutáneas de sífilis en pacientes adultos que acuden al Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Dr. Huberto Diaz Bogaert (IDCP); Mayo-junio 2022 distribuido haber asistido con anterioridad a algún centro de salud para tratarse las lesiones.

Asistió con anterioridad	Frecuencia	Porcentajes
Si	13	19.1%
No	55	80.9%
Total	68	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



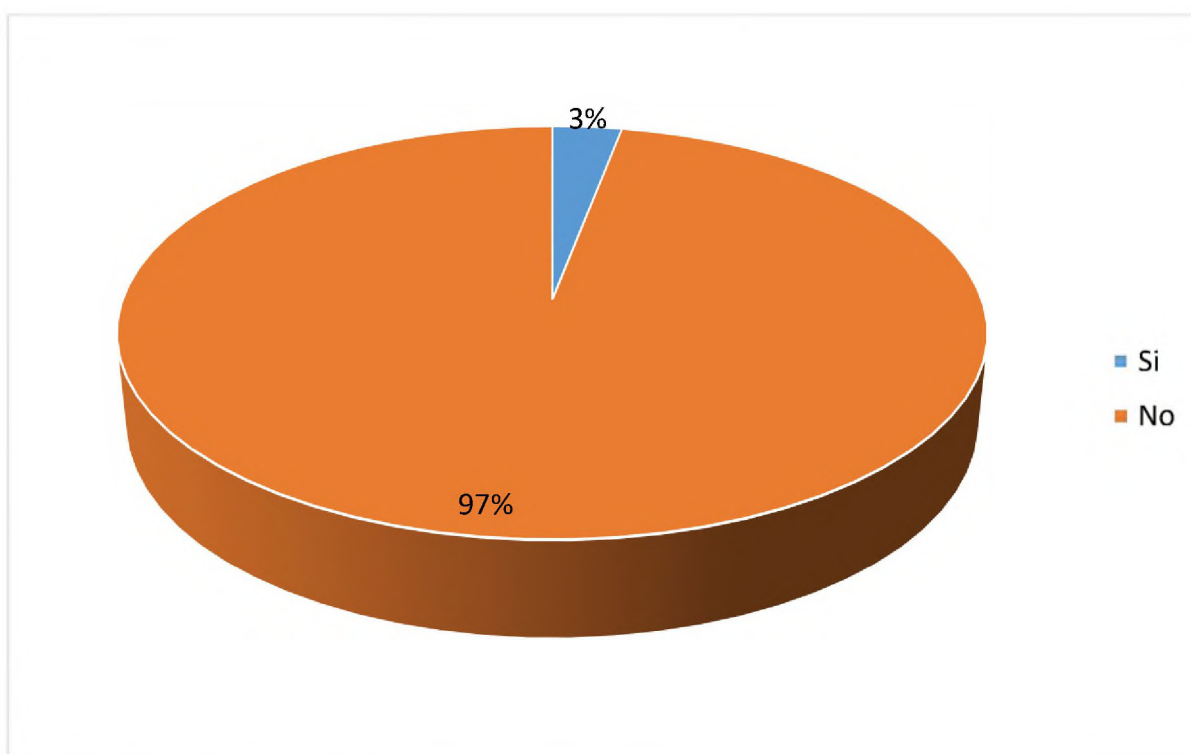
Fuente: Cuadro No.11

Un franco predominio de los pacientes entrevistados no había asistido con anterioridad a ningún centro de salud para tratarse las lesiones representando un 80.9%.

Tabla 12. Nivel de conocimiento de las manifestaciones cutáneas de sífilis en pacientes adultos que acuden al Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Dr. Huberto Diaz Bogaert (IDCP); Mayo-junio 2022 distribuido según haber recibido con anterioridad un diagnóstico diferente a sífilis.

Asistió con anterioridad	Frecuencia	Porcentajes
Si	2	3%
No	66	97%
Total	68	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



Fuente: Cuadro No.12

De los 68 pacientes entrevistados en nuestro trabajo de investigación, solo 2 de ellos recibieron con anterioridad un diagnóstico diferente de sífilis en base a sus manifestaciones cutáneas representando un 3%.

Tabla 13. Nivel de conocimiento de las manifestaciones cutáneas de sífilis en pacientes adultos que acuden al Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Dr. Huberto Diaz Bogaert (IDCP); Mayo-junio 2022 distribuido según el método diagnóstico.

Método diagnóstico	Frecuencia	Porcentajes
VDRL	44	64.7%
RPR	0	0%
FTA-Abs	24	35.3%
Total	68	100%

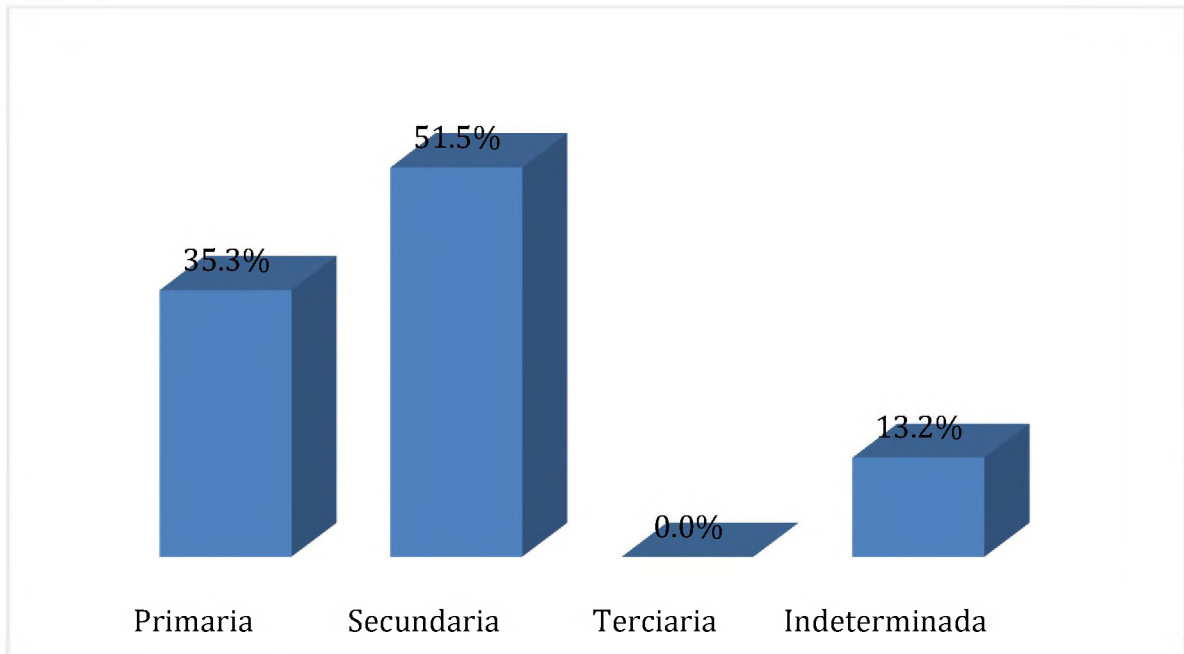
Fuente: Instrumento de recolección de datos.

De los 68 pacientes que participaron en nuestra investigación se puede apreciar que el método diagnóstico más usado fue el VDRL representando un 64.7%, seguida del FTA-Abs con un 35.3%, y el método RPR con un 0% respectivamente.

Tabla 14. Nivel de conocimiento de las manifestaciones cutáneas de sífilis en pacientes adultos que acuden al Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Dr. Huberto Diaz Bogaert (IDCP); Mayo-junio 2022 distribuido según el estadio.

Etapa de sífilis	Frecuencia	Porcentajes
Primaria	24	35.3%
Secundaria	35	51.5%
Terciaria	0	0.0%
Indeterminada	9	13.2%
Total	68	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



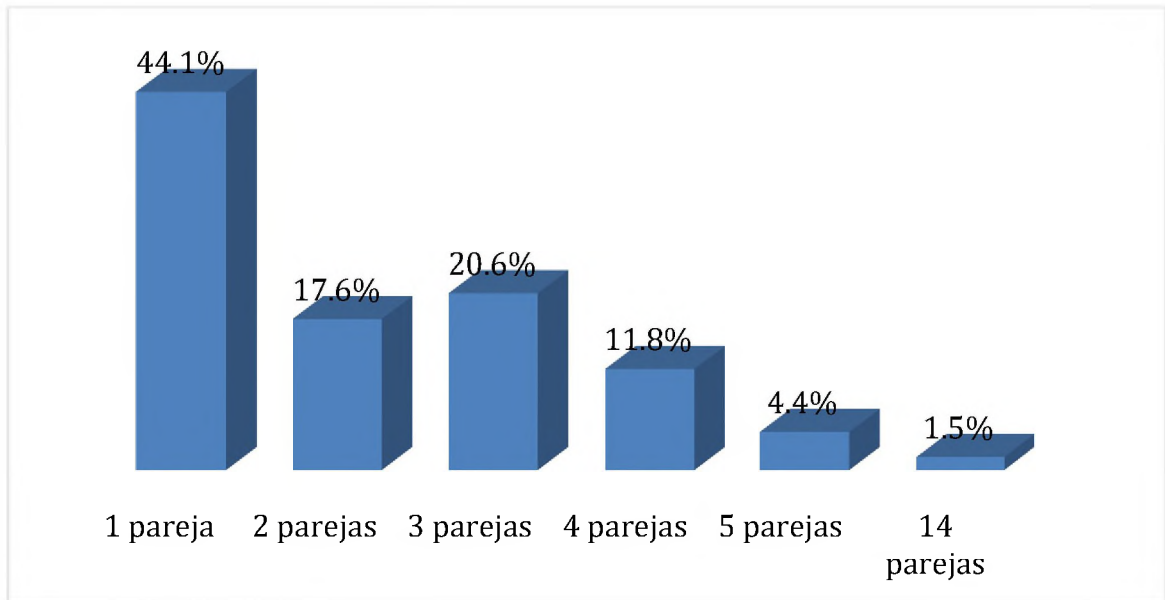
Fuente: Cuadro No.14

De los 68 pacientes que participaron en nuestra investigación pudimos observar un predominio de sífilis secundaria con un 51.5%, seguido de sífilis primaria con un 35.3%, e indeterminada con un 13.2%.

Tabla 15. Nivel de conocimiento de las manifestaciones cutáneas de sífilis en pacientes adultos que acuden al Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Dr. Huberto Diaz Bogaert (IDCP); Mayo-junio 2022 distribuido según el número de parejas sexuales.

Parejas sexuales	Frecuencia	Porcentajes
1 pareja	30	44.1%
2 parejas	12	17.6%
3 parejas	14	20.6%
4 parejas	8	11.8%
5 parejas	3	4.4%
14 parejas	1	1.5%
Total	68	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



Fuente: Cuadro No.15

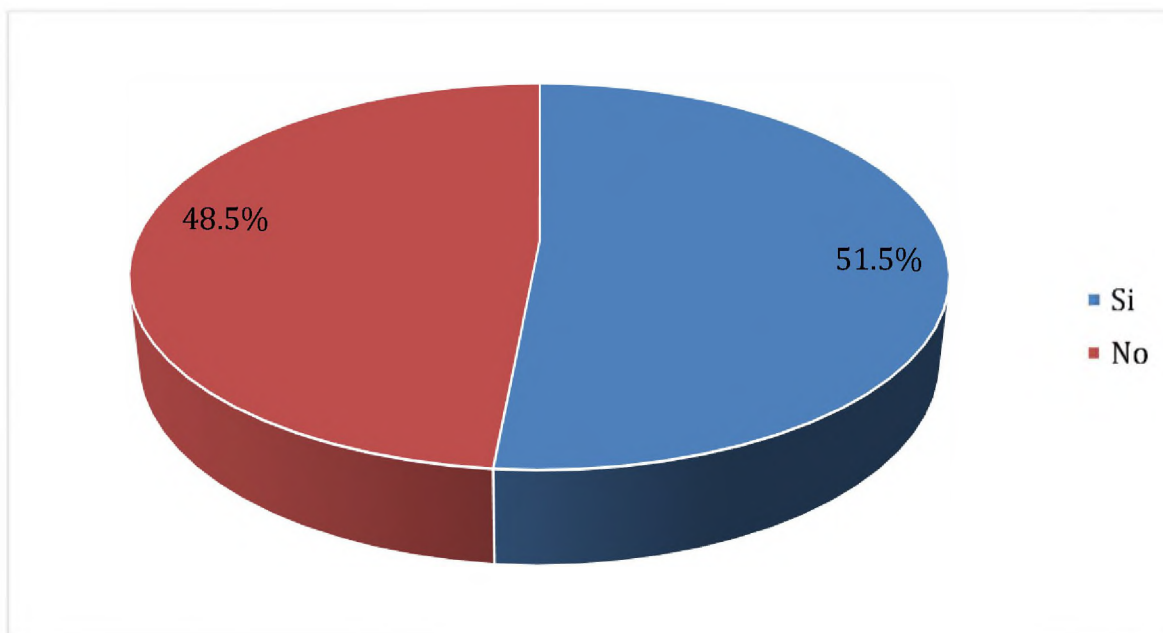
De los pacientes entrevistados en nuestra investigación se puede apreciar que un 44.1% establece 1 pareja sexual en los últimos 3 meses, un 20.6% 3 parejas sexuales, un 17.6% 2 parejas sexuales, un 11.8% 4 parejas sexuales, un 4.4% 5 parejas y un 1.5% 14 parejas sexuales.

Tabla 16. Nivel de conocimiento de las manifestaciones cutáneas de sífilis en pacientes adultos que acuden al Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Dr. Huberto Diaz Bogaert (IDCP); Mayo-junio 2022 distribuido según tener pareja fija.

Pareja fija	Frecuencia	Porcentajes
Si	35	51.5%
No	33	48.5%
Total	68	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico No. 16. ¿Tiene pareja fija?



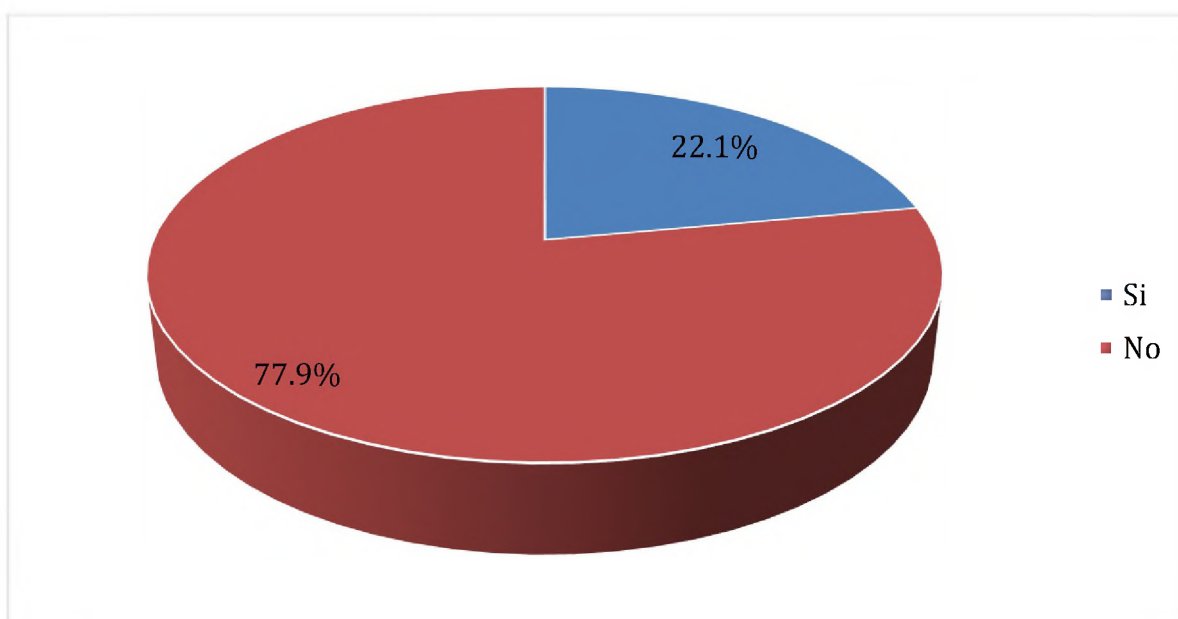
Fuente: Cuadro No.16

De los 68 pacientes entrevistados un 51.5% establece tener pareja fija.

Tabla 17. Nivel de conocimiento de las manifestaciones cutáneas de sífilis en pacientes adultos que acuden al Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Dr. Huberto Diaz Bogaert (IDCP); Mayo-junio 2022 distribuido según haber participado en tríos.

Ha participado en tríos	Frecuencia	Porcentajes
Si	15	22.1%
No	53	77.9%
Total	68	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



Fuente: Cuadro No.17

Un franco predominio de los pacientes entrevistados establece no haber participado en tríos, constituyendo el 77.9%.

Tabla 18. Nivel de conocimiento de las manifestaciones cutáneas de sífilis en pacientes adultos que acuden al Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Dr. Huberto Diaz Bogaert (IDCP); Mayo-junio 2022 distribuido según consumo de sustancias.

Consumo de droga	Frecuencia	Porcentajes
Alcohol	39	57.4%
Cigarrillo	24	35.3%
Drogas	3	4.4%
Otras	2	2.9%
Total	68	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En nuestra investigación se puede observar que predominó de las sustancias consumidas es el alcohol con un 57.4%, por otra parte, el cigarrillo obtuvo un porcentaje de 35.3%, las drogas un 4.4% y un 2.9% corresponde a otros donde incluyen: vapes, cigarrillos electrónicos y marihuana.

Tabla 19. Nivel de conocimiento de las manifestaciones cutáneas de sífilis en pacientes adultos que acuden al Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Dr. Huberto Diaz Bogaert (IDCP); Mayo-junio 2022 distribuido según el uso de preservativo.

Usa protección	Frecuencia	Porcentajes
Siempre	16	23.5%
A veces	38	55.9%
Nunca	14	20.6%
Total	68	100%

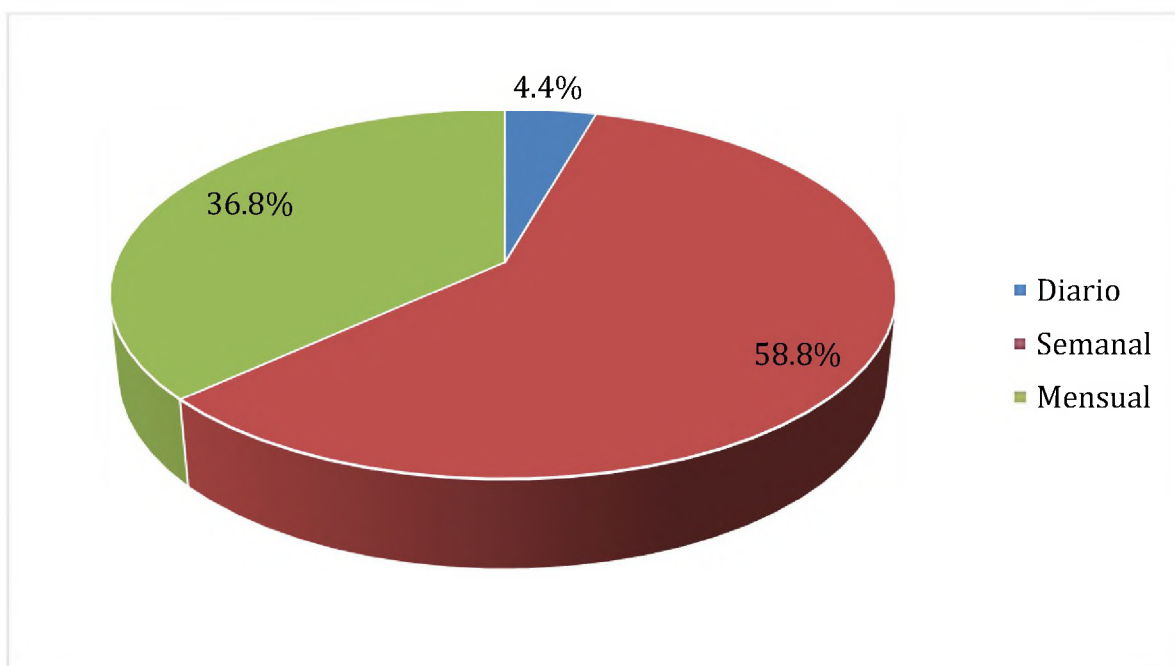
Fuente: Instrumento de recolección de datos.

De los 68 pacientes que participaron en nuestra investigación se puede observar que un 55.9% de ellos establecen que utilizan preservativo a veces, a diferencia de un 23.5% de ellos que los usa siempre y un 20.6% de ellos establece nunca usar preservativos en el acto sexual.

Tabla 20. Nivel de conocimiento de las manifestaciones cutáneas de sífilis en pacientes adultos que acuden al Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Dr. Huberto Diaz Bogaert (IDCP); Mayo-junio 2022 distribuido según la frecuencia de las relaci.

Relaciones sexuales	Frecuencia	Porcentajes
Diario	3	4.4%
Semanal	40	58.8%
Mensual	25	36.8%
Total	68	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



Fuente: Cuadro No.20

De los 68 pacientes entrevistados un 58.8% establece tener relaciones sexuales en un periodo de tiempo semanal, en cambio un 36.8% establece tener relaciones sexuales en un periodo de tiempo mensual. Solo un 4.4% de ellos establece tener relaciones sexuales diariamente.

VIII. Discusión

Con la finalidad de establecer el nivel de conocimiento de manifestaciones cutáneas de sífilis se realizó un estudio observacional, prospectivo y transversal, en el cual se entrevistaron 68 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión de esta investigación.

De 68 pacientes que participaron en nuestra investigación con resultados de VDRL y FTA-ABS positivos para sífilis, la recolección de datos fue realizada el periodo correspondiente a los meses abril-junio.

Los pacientes entrevistados comprendían un rango de edad de 18 hasta 72 años. El rango de edad más frecuente en nuestro estudio comprende las edades entre 18-25 años equivalente a un 33.2 por ciento donde determinamos estos pacientes son más propensos a padecer esta patología producto de la falta de educación sexual. Correlacionado con el estudio realizado por Rocio Cabezas y colaboradores ⁵ donde el rango de edad comprendía las edades de 20-35 años.

Observamos que 35 pacientes eran de sexo femenino representado un 51.5 por ciento y 33 pacientes eran de sexo masculino, representando un 48.5 por ciento, mostrando un discreto predominio en el género femenino. Correlacionando con el estudio realizado por R. da costa y colaboradores donde los hombres tienen un 36% menor de conocimiento de sífilis que las mujeres.

Con respecto a la procedencia de los pacientes entrevistados obtuvimos que 63 procedían de Santo Domingo, representando este la mayoría con un 92.6 por ciento, debido a que el hospital seleccionado para el estudio se encuentra en esta localización geográfica.

En cuanto al estado civil, podemos evidenciar que 42 pacientes se encontraban solteros al momento del estudio representando un 61.8 por ciento de la muestra, seguido de los casados con un 22.1 por ciento.

En este estudio se puede evidenciar que la ocupación más frecuente corresponde a estudiantes en la cual se encontraban 12 de los pacientes encuestados representando un 17.6 por ciento.

Con relación al nivel de escolaridad se observó que 47 de los 68 pacientes entrevistados poseían un nivel de bachiller, representando un 69 por ciento de la muestra, seguido de un 28 por ciento que poseía un nivel primario.

De los 68 pacientes que participaron en nuestro trabajo de investigación 63 de ellos no tenían ningún conocimiento previo de la sífilis y sus manifestaciones cutáneas, representando el 92.6, que refleja un nivel muy bajo de conocimientos

en la población estudiada, a diferencia del estudio realizado por Rocio Cabezas y colaboradores ⁵ donde el nivel de conocimiento de sífilis fue de un nivel medio con un 84.4 por ciento.

La localización anatómica de las lesiones más frecuente, en 38 de los pacientes, fue las palmas y plantas, representado un 55.9 por ciento, seguido del área genital con un 20 por ciento.

Por consiguiente 37 pacientes tenían como manifestación cutánea exantema maculo-papular siendo esta la manifestación más predominante con un 54.4 por ciento, seguido de úlceras genitales con un 29.4 por ciento.

Podemos evidenciar que 38 individuos tuvieron un periodo de tiempo entre 3 a 5 meses luego de la aparición de las manifestaciones cutáneas para asistir al centro de salud, siendo esta la cantidad predominante con un 55.9 por ciento, tiempo que facilita la transmisión.

De los 68 pacientes que participaron en este estudio 13 individuos habían asistido con anterioridad a un centro de salud a tratarse las lesiones y dentro de ellos, 2 individuos recibieron un diagnóstico distinto a sífilis en base a sus manifestaciones cutáneas.

El 64.7 % fue diagnosticado con RPR y VDRL, seguido del FTA-Abs con un 35.3 por ciento.

De los individuos que participaron en este trabajo de investigación 35 de ellos se encontraban en la etapa secundaria de la enfermedad representando en 51.5 por ciento de la muestra, y un 35.3 en la etapa secundaria, a diferencia del trabajo realizado por José Carlos Sardinha y colaboradores ⁴ donde el 100 de los casos correspondía a sífilis primaria. Esto revela un bajo nivel de reconocimiento de las lesiones primarias.

En cuanto a las conductas de riesgo de los individuos en estudio 30 de ellos solo han tenido una pareja sexual en los últimos 3 meses, representando la mayoría con un 44.1 por ciento, seguido de individuos que manifiestan haber tenido 3 parejas con un 17.6 por ciento y 4 parejas sexuales con un 11.8 por ciento. Un 51.5 por ciento de ellos manifiesta tener actualmente pareja fija el resto, un 48.5 por ciento no tienen pareja fija.

Evidenciamos que de los 68 individuos en nuestro trabajo de investigación 15 de ellos establecen haber participado en tríos sexuales durante los últimos 3 meses, lo que equivale a un 22.1 por ciento.

En cuanto al consumo de sustancias notamos que 39 de ellos toman alcohol siendo esta la sustancia predominante con un 57.4 por ciento, seguido del cigarrillo con un 37.3 por ciento.

Con respecto al uso de protección en el acto sexual 38 individuos establecen su uso "a veces" o de manera regular siendo este el grupo predominante con un 55.9 por ciento, seguido de un 23.5 que establece usarlo "siempre" y el 20.6 que manifiesta no usar protección en ningún encuentro sexual. Dentro de estos un 58.8 por ciento manifiesta tener relaciones sexuales en frecuencia semanal, un 36.8 por ciento de los individuos de frecuencia mensual y un 4.4 diariamente.

IX. Conclusiones

Analizados y discutidos los resultados se concluye:

- Los rangos de edad más frecuente con diagnóstico de sífilis comprendían entre los 18-25 años representando el 32.3%, seguidos de 26-35 años con un 22.5%.
- El sexo femenino predominó sobre el masculino con un 51.5%.
- La mayor procedencia de los pacientes en nuestro estudio de investigación fue del Gran Santo Domingo representando el 92.6%
- El estado civil predominante de los pacientes en nuestro estudio fue soltero con un 61.8%, seguido de casado con un 22.1%
- La ocupación con mayor frecuencia en nuestro estudio corresponde a estudiante con un mayor porcentaje de 17.6% y ama de casa representando el 14.29%.
- El nivel de escolaridad predominante en los pacientes de nuestro estudio fue bachiller con un 69%.
- El nivel de conocimiento de manifestaciones cutáneas de sífilis en los pacientes de nuestro estudio de investigación fue de un 7.4%.
- La localización anatómica de las lesiones presentes fue palmas y plantas con un 55.9%, seguida del área genital con 29.4%, cavidad oral con un 14.7% y extremidades inferiores con un 1.5%.
- La lesión más frecuente en nuestro estudio fue el exantema maculopapular con un 54.4%, seguida de úlceras genitales con un 29.4% y pápulas con un 17.6.
- El periodo de tiempo transcurrido desde la aparición de las lesiones cutáneas hasta el momento del diagnóstico predominante fue de 3-5 meses con un 55.9%, seguido del periodo de 1-3 meses con un 32.4%.
- El porcentaje de pacientes de nuestro estudio de investigación que asistieron con anterioridad a otro centro para tratarse las lesiones fue de un 19.1% y de ellos un 3% recibieron un diagnóstico diferencial de sífilis.
- El método diagnóstico predominante en nuestro estudio corresponde al VDRL con un 64.7%, seguido del FTA-Abs con un 35.3%.
- El estadio clínico con mayor frecuencia fue la sífilis secundaria con un 51.5%.
- El porcentaje de pacientes en nuestro estudio de investigación que ha tenido mas de 1 pareja sexual en los últimos 3 meses es de 46.9%
- Un 48.5% de los pacientes en nuestro estudio no tiene pareja fija.
- El porcentaje de pacientes de nuestro estudio de investigación que han participado en actividades sexuales múltiples fue de un 22.1%.
- La sustancia ilícita de mayor consumo en nuestro estudio fue el alcohol con un 57.4% seguido del cigarrillo con un 35.3% y drogas con un 4.4%.

- La frecuencia sobre uso de preservativos sexuales fue “a veces” con un 55.9%, seguida de “siempre” con un 23.5% y “nunca” con un 20.6.

X. Recomendaciones

Realizar campañas educativas brindando información sobre una vida sexual segura, enfatizando el tema de sífilis.

Ofrecer consejería dentro del servicio de Medicina Familiar, respecto a la sífilis, para ayudar en la prevención, enfatizando en sus manifestaciones cutáneas.

Promover la importancia de auto examinarse y no automedicarse; acudir al dermatólogo ante cualquier lesión cutánea.

Reforzar en los conocimientos de los médicos de atención primaria, a través de talleres y seminarios con el fin de proveerles las herramientas necesarias para llevar a cabo una detección temprana y correcta orientación de los pacientes.

Realizar investigaciones sobre sífilis y sus manifestaciones cutáneas en nuestro país para contar con datos nacionales que aporten al conocimiento general.

XI. Referencias Bibliográficas

1. Cáceres K, Martínez R. Situación epidemiológica de sífilis (CIE 10: A50-A53.9). Chile, 2016. Revista chilena de infectología [Internet]. 2018 [cited 6 July 2021];35(3):284-296. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0716-10182018000300284&script=sci_arttext&lng=p
2. Sanchez J. OPS/OMS | Sífilis [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2021 [cited 14 July 2021]. Available from: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14869:stisymphilis&Itemid=3670&lang=es
3. Lleó MI, Escribano PC, Prieto BM. Manifestaciones cutáneas atípicas en la sífilis. Actas Dermo Sifiliográficas. 2016;107:275--283.
4. A. Valdés, C. Cazanave, F. Dabis, D. Neau, D. Lacoste, V. Gaborieau, S. Farbos, M.S. Dworkin. Conocimientos, comportamientos y actitudes de los hombres infectados por el VIH sobre la sífilis. Medicina y Enfermedades Infecciosas, Volumen 47, Número 7, 2017, páginas 470-476, (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0399077X16306722>)
5. Cabezas Muñico, R., 2019. *Nivel de conocimiento de la sífilis en gestantes de 20 a 35 años de edad atendidas en el consultorio de obstetricia del Centro de Salud Cerro Azul – Cañete, período – 2019.* [online] Repositorio.upsb.edu.pe. Available at: <<http://repositorio.upsb.edu.pe/handle/UPSB/180>> [Accessed 22 April 2022].
6. Anna Pourang, Maxwell A. Fung, Danielle Tartar, Alain Brassard, Condyloma lata in secondary syphilis, JAAD Case Reports, Volume 10, 2021, Pages 18-21.
7. Prevalencia de Sífilis Determinada Mediante Dos Métodos Diagnósticos, Dilución de VDRL y Conteo de Anticuerpos Séricos para Sífilis, en Pacientes VIH Positivos del Hospital General Enrique Garcés Quito-Ecuador Periodo Octubre 2015-Agosto 2016 [Doctor en Medicina]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2016.
6. Carvalho RXDC, Araújo TME. Conocimientos, actitudes y prácticas de adolescentes universitarios sobre la sífilis: un estudio transversal en el Nordeste. Revista de Salud Pública. 4 de diciembre de 2020; 54:120. doi: 10.11606/s1518-8787.2020054002381. PMID: 33295590; PMCID: PMC7688255.
8. 26. Torales, G., Galarza, P. and Soto, V., 2019. *Diagnóstico y Tratamiento de Sífilis. Recomendaciones para los equipos de salud.* Argentina. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.
9. 27. Spicknall, I. and Kreisell, K., 2021. *Estimates of the Prevalence and Incidence of Syphilis in the United States.* [online] Journal of the american sexually transmitted diseases association. Available at: <https://journals.lww.com/stdjournal/Abstract/2021/04000/Estimates_of_the_Prevalence_and_Incidence_of.7.aspx>
10. World Life Expectancy. 2018. *Sífilis en República Dominicana.* [online] Available at: <https://www.worldlifeexpectancy.com/es/dominican-rep->

[syphilis#:~:text=Rep%C3%BAblica%20Dominicana%3A%20S%C3%ADfilis&text=Seq%C3%BA n%20los%20%C3%BAltimos%20datos%20de.n%C3%BAmero%2085%20en%20el%20mundo.](#)

11. Ministerio de Salud Publica de República Dominicana. 2020. *Guía de la Profilaxis Pre-Exposición al VIH (PrEP) en la República Dominicana*. [online] Available at: <<https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/2030/9789945621303.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>

12. Fuentes D, Saenz L, Samia J, Elizondo J. El Origen de la Sífilis - Transferencia Tec [Internet]. *Transferencia Tec*. 2018 [cited 6 July 2021]. Available from: <https://transferencia.tec.mx/2018/05/21/el-origen-de-la-sifilis/>

13. Monografias.com. *Niveles de Conocimiento*. [online] Available at: <<https://www.monografias.com/trabajos102/niveles-conocimiento/niveles-conocimiento>>

14. Kasper D, Fauci A, Hauser S. Harrison: Principios de medicina interna Vol.2 [Internet]. 19th ed. D.F: Mc.Graw Hill Interamericana Editores, S.A; 2016 [cited 22 June 2021]. Available from: <http://Academia.edu>

15. Wolf K, Johnson R, Saavedra A. Fitzpatrick Atlas de Dermatología Clínica [Internet]. 7th ed. México D.F: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A. de C. V.; 2021 [cited 6 July 2021]. Available from: <https://www.academia.edu/>

16. Wolf K, Goldsmith L, Katz S, Gilchrist B. Fitzpatrick Dermatología en Medicina General [Internet]. 7th ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, S.A.; 2009 [cited 6 July 2021]. Available from: <https://www.academia.edu/>

17. Bologna, J. and Schaffer, J., 2017. *Dermatología*. 4th ed. China, pp.1447-1459.

18. Cruz, A., 2019. Diagnóstico de sífilis al derecho y al revés. *Revista Asociación Colombiana Dermatología*, 27(1), pp.6-11.

19. 1. Fuertes I, Alsina M, Blanco J, Borrel N. Factores de riesgo de las Infecciones de Transmisión Sexual | Hospital Clínic Barcelona [Internet]. Clínic Barcelona. 2021 [cited 23 August 2021]. Available from: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/infecciones-de-transmision-sexual/factores-de-riesgo>

20. Sífilis [Internet]. Middlesex Health. 2019 [cited 23 August 2021]. Available from: <https://middlesexhealth.org/learning-center/espanol/enfermedades-y-afecciones/s-filis>

21- Apoita Sanz M, González Navarro B, Jané-Salas E, Marí Roig A, Estrugo Devesa A, López-López J et al. Sífilis: manifestaciones orales, revisión sistemática [Internet]. Scielo.isciii.es. 2020 [cited 23 August 2021]. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852020000300005&script=sci_arttext&lng=pt

22. Sífilis | CuidatePlus [Internet]. CuidatePlus. 2016 [cited 23 August 2021]. Available from: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/infecciosas/sifilis.html>

23. HealthyChildren.org. 2016. *Sífilis*. [online] Available at: <<https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/sexually-transmitted/Paginas/Syphilis.aspx>>.
24. Larramendy B, Galarza P, Diaz M, Nadal M. Guía para la utilización de pruebas rápidas de sífilis [Internet]. 2019
25. Callo, R., 2018. *Frecuencia y Tipo de Manifestaciones Cutáneas de las Enfermedades de Transmisión Sexual. Servicio de Dermatología del Hospital Honorio Delgado*,.
26. Hidalgo, A., Garcia, E. and Garcia, I., 2019. Sífilis ¿Una enfermedad actual?. *Medicina general y de familia*, 8(1), p.25.
27. Sardinha JC, Lima LL, Heibel M, Schettini A, Talhari S, Talhari C. Atypical manifestations of recent syphilis: study of 19 cases. *An Bras Dermatol*. 2020;95:589---93.
28. M. Arando Lasagabaster, L. Otero Guerra / *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica* 2019; 37(6) :398–404
29. Silva, G., Pesce, G., Martins, D., Prado, C., Fernandes, C., Silva, G., Pesce, G., Martins, D., Prado, C. and Fernandes, C., 2020. *Sífilis en la gestante y congénita: perfil epidemiológico y prevalencia*. [online] Scielo.isciii.es. Available at: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000100004>
30. Torales, G., Galarza, P. and Soto, V., 2019. *Diagnóstico y Tratamiento de Sífilis. Recomendaciones para los equipos de salud*. Argentina. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.
31. Spicknall, I. and Kreisell, K., 2021. *Estimates of the Prevalence and Incidence of Syphilis in the United States*. [online] Journal of the american sexually transmitted diseases association. Available at: <https://journals.lww.com/stdjournal/Abstract/2021/04000/Estimates_of_the_Prevalence_and_Incidence_of.7.aspx>
32. García-Cisneros, S., Herrera-Ortiz, A., Olamendi-Portugal, M. *et al*. Re-emergence of syphilis in women of reproductive age and its association with the increase in congenital syphilis in Mexico during 2010–2019: an ecological study. *BMC Infect Dis* 21, 992 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06680-w>
33. Cruz Lozano, C. M., Londoño Ladino, S. J., Guevara Erazo, Y. L., & Cuellar, L. Sífilis gestacional y congénita en cundinamarca.
34. Espinosa, I. *Infections and the rheumatic diseases*. New Orleans, LA. 2017
35. Matos, M. El regreso de la gran imitadora, aumento de incidencia de la sífilis en las últimas décadas, causas, consecuencias, estrategias preventivas. Artículo de revisión narrativa. Brasil. 2021

36. Pagani, D. M., Pacheco, F. B., Venier, N. A. B., Silva, I. D. L., Richter, G. K., Luzzatto, L., & Scroferneker, M. L. (2021). Atypical presentation of secondary syphilis: annular lesions in an elderly patient. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, 63.
37. Rajakumari, S., & Mohan, N. (2021). Syphilis on the rise: A series of 12 cases with mucocutaneous features over a short span. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*, 1-7.
38. de Moraes Pinto, R., de Medeiros Valentim, R. A., Fernandes da Silva, L., Lima, G. F. D. M. S., Kumar, V., Pereira de Oliveira, C. A., ... & de Andrade, I. (2021). Analyzing the reach of public health campaigns based on multidimensional aspects: the case of the syphilis epidemic in Brazil. *BMC Public Health*, 21(1), 1-13.
39. Navarrete, J., Buchroithner, C., Benedetto, J., & Bunker, C. B. (2021). Concomitant Follmann balanitis and secondary syphilis. *BMJ Case Reports*, 14(8).
40. Rocha, A. F. B., Araújo, M. A. L., Barros, V. L. D., Américo, C. F., & Silva Júnior, G. B. D. (2021). Complicações, manifestamos clínicas da sífilis congênita e aspectos relacionados à prevenção: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74.
41. Epidemiological Review of Syphilis in the Americas, December 2021, 2021 (online)
42. Wu, X., Hong, F., Lan, L. et al. Pobre conocimiento de la prevención y el tratamiento de la sífilis entre seis poblaciones diferentes en el sur de China. *BMC Salud Pública* 16, 287 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2966-4>
43. Nath R, Grennan T, Parry R, et al. Conocimiento y actitudes sobre la sífilis y la profilaxis previa a la exposición (PrEP) de la sífilis entre hombres que tienen sexo con hombres en Vancouver, Canadá: un estudio cualitativo. *BMJ Open* 2019;9:e031239. doi: 10.1136/bmjopen-2019-031239

XII ANEXOS

XII.1 Cronograma

EVENTOS	TIEMPO	
Selección del tema	2020	Agosto
Búsqueda de referencias	2021-2022	Septiembre
Elaboración del anteproyecto	2021-2022	Octubre-Diciembre
Sometimiento y aprobación	2022	Marzo
Ejecución de la recolección de datos		Abril
Tabulación y análisis de la información		Mayo
Redacción del informe		Junio
Revisión del informe		Junio
Encuadernación		Julio
Presentación		Agosto

XII.2 Consentimiento Informado



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN ESTUDIO CLÍNICO

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DE SÍFILIS EN PACIENTES DEL INSTITUTO DERMATOLÓGICO DOMINICANO Y CIRUGÍA DE PIEL DR HUBERTO BOGAERT DÍAZ (IDDCP); ABRIL-JUNIO 2022

Propósito

El propósito de nuestra investigación es determinar las características clínicas de las manifestaciones cutáneas de sífilis, en los pacientes que acuden al Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz (IDDCP).

Procedimiento

Posterior a la firma del consentimiento informado se le aplicara un cuestionario que incluye variables referentes a los motivos de consulta, y el nivel de conocimiento de estos de las manifestaciones cutáneas de sífilis, se observara y valorara de manera exhaustiva las lesiones cutáneas presentadas en el paciente para verificar el aspecto, borde, color, diámetro y simetría de las lesiones.

Voluntariedad

Su participación es totalmente voluntaria, en caso de no aceptar participar en la encuesta, recibirá las mismas atenciones de parte del personal médico y del centro.

Riesgo/Beneficio

Dentro de los beneficios de esta investigación está en que por medio de la misma podemos lograr que la población tome consciencia de esta enfermedad y tome las medidas preventivas de lugar, y así evitar en un futuro este padecimiento.

Confidencialidad

Nosotros no utilizaremos sus datos identificatorios por lo que se utilizara un número de identificación desvinculado a este consentimiento. La información que se obtenga será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Responsable

Aurey Herrera, María Ortiz junto a la Dra. Milagros Moreno (Dermatóloga), nos hacemos responsables de la confidencialidad del mismo. Para cualquier duda favor llamar al: 829-941-1156 y 849-881-2125.

Después de haber leído la información proporcionada, consiento voluntariamente mi participación en esta investigación y que los datos pueden ser publicados en su posterioridad.

Firma:

XII.3 Instrumento de Recolección de Datos

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DE SÍFILIS EN PACIENTES DEL ACUDEN AL INSTITUTO DERMATOLÓGICO DOMINICANO Y CIRUGÍA DE PIEL DR. HUBERTO BOGAERT DÍAZ (IDCP) PERIODO ABRIL-JUNIO 2022.

I. Datos Generales:

1. Edad: _____
2. Sexo: F/M
3. Lugar de procedencia:
 - a) Rural
 - b) Urbano
4. Estado Civil: _____
5. Ocupación: _____
6. Nivel de Escolaridad:
 - a) Básica
 - b) Bachiller
 - c) Universitario
 - d) Técnico
 - e) Ninguna
 - f)

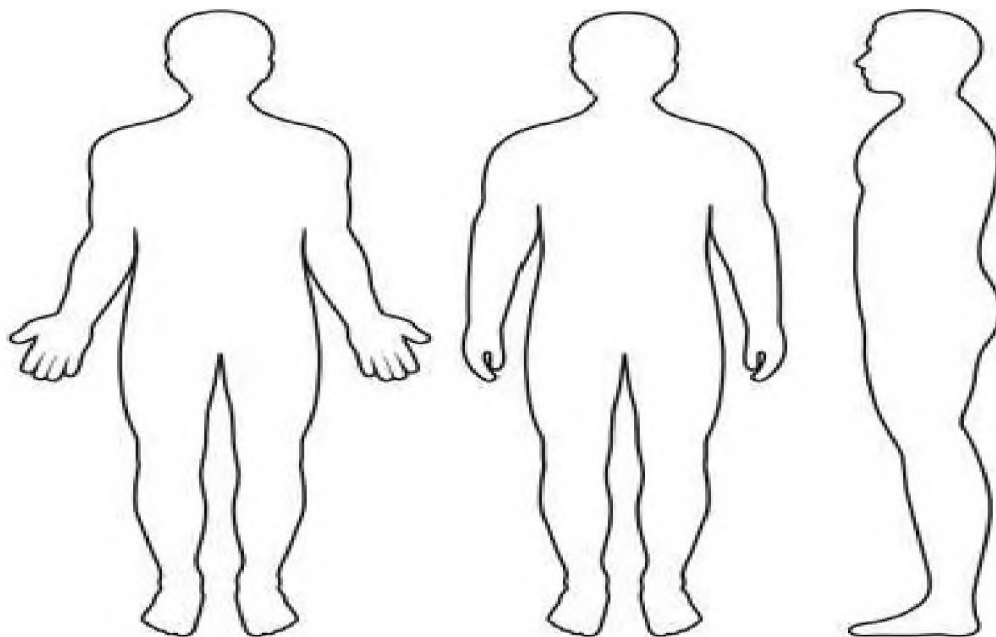
II. Manifestaciones Clínicas

1. ¿Tenía conocimiento de Sífilis antes de ser diagnosticado?
 - a. Si
 - b. No

2. De ser "Si" su respuesta, ¿Tenía conocimiento usted de que esta enfermedad causaba lesiones en la piel?
 - a. Si
 - b. No

3. ¿En qué zonas del cuerpo presenta lesiones?
 - a) Extremidades Superiores ____
 - b) Extremidades Inferiores ____
 - c) Palmas ____

- d) Plantas _____
- e) Área Genital
- f) Uñas
- g) Cabeza
- h) Cejas
- i) Cavidad Oral



4. ¿Qué tipo de lesión presentó?
- a) Úlceras Genitales
 - b) Pápulas
 - c) Exantema Maculo-Papular
 - d) Alopecia Apolillada
 - e) Nódulos
 - f) Gomas
 - g) Cambios en las uñas (fragilidad, erosión, fisuras, desdoblamiento)

III. Diagnóstico

1. ¿Qué tiempo transcurrió desde que presentó las lesiones hasta el momento en el que fue diagnosticado?

- a. 1-3 meses
- b. 3-5 meses
- c. 5-12 meses
- d. Más de un año

2. ¿Asistió usted con anterioridad a algún centro de salud para tratarse las lesiones?

- a. Si
- b. No

3. De ser "Si" su respuesta, recibió un diagnóstico diferente a Sífilis?

- a. Si
- b. No

4. ¿Con cuál método diagnóstico fue usted diagnosticado/a?

- a) VDRL _____
- b) RPR _____
- c) FTA-Abs _____

5. ¿En qué etapa de sífilis se encuentra?

Primaria _____

Secundaria _____

Terciaria _____

Indeterminada _____

IV. Conducta de Riesgos.

1. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido usted en los últimos 3 meses?
Especifique su respuesta: _____

2. ¿Tiene usted pareja fija?

- a) Si
- b) No

3. ¿Ha participado en tríos sexuales en los últimos 3 meses?

- a) Si
- b) No

4. ¿Consuma usted alguna sustancia ilícita?

- a) Alcohol
- b) Cigarrillo
- c) Drogas
- d) Otros

5. ¿Con qué frecuencia sostiene usted relaciones sexuales?

- a) Diario
- b) Interdiario
- c) Una vez por semana
- d) Una vez al mes

6) ¿Utiliza usted preservativo durante el acto sexual?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

XII.4 Costos y Recursos

XII.4.1 Humanos			
<ul style="list-style-type: none"> ● 2 Sustentantes ● 2 Asesores ● Personal médico calificado en número de 4 ● Personas que participaron en el estudio 			
XII.4.2 Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	1 resmas	80.00	240.00
Papel Mistique	1 resmas	180.00	540.00
Lápices	2 unidades	3.00	36.00
Borras	2 unidades	4.00	24.00
Bolígrafos	2 unidades	3.00	36.00
Sacapuntas	2 unidades	3.00	18.00
Computador Hardware: Pentium III 700 Mhz; 128 MB RAM; 20 GB H.D.;CD-ROM 52x Impresora HP 932c Scanner: Microteck 3700 Software: Microsoft Windows XP Microsoft Office XP MSN internet service Omnipage Pro 10 Dragon Naturally Speaking Easy CD Creator 2.0 Presentación: Sony SVGA VPL-SC2 Digital data projector			
Cartuchos HP 45 A y 78 D	2 unidades	600.00	1200.00
Calculadoras	2 unidades	75.00	150.00
XII.4.3 Información			
Adquisición de libros Revistas Otros documentos Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)			
XII.3.5 Economicos			


Papelería (copias)	1,200 copias	00.35	420.00
Encuadernación	12 informes	80.00	960.00
Alimentación			1,200.00
Transporte			5,000.00
Inscripción al curso			2,000.00
Inscripción del anteproyecto			
Inscripción de la tesis			
Imprevistos			
Total			\$11,824.00

XIII. Evaluación



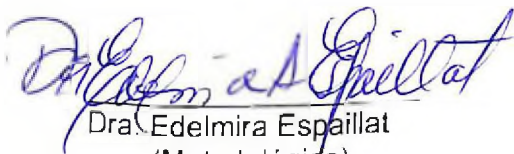
María de Jesús Ortiz Rodríguez

Sustentantes:




Aurey Lisbeth Herrera Marte

Asesores:



Dra. Edelmira Espaillat
(Metodológico)



Dra. Milagros Moreno
(Clínico)

Jurado








Autoridades:



Dra. Claudia Scharf
Directora Escuela de Medicina

**UNPHU
MEDICINA**



Dr. William Duke
Decano Facultad Ciencias de la Salud
Santo Domingo, R.D.

Fecha de presentación: 18/10/2022
Calificación: 90-A