

Sífilis en Bogotá de 1907 a 2013

Syphilis in Bogota from 1907 to 2013

Sífilis em Bogotá de 1907 a 2013

Antonio Carlos Jaramillo Tobón¹

¹Instituto de Virología y Enfermedades Infecciosas, Ministerio de Salud de Colombia, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Colombia

RESUMEN

La Sífilis es una infección de transmisión sexual desatendida; también transfusional, vertical y accidental. Apareció en África y se diseminó antes del regreso de Colón a Europa. Hasta 1940 tenía prevalencia de hasta 25 %, pero con programas de control y antibióticos disminuyó. Resurgió con la epidemia de SIDA. La enfermedad se presenta como Sífilis primaria, secundaria, latente y terciaria. El diagnóstico por laboratorio se hace con pruebas directas, serología y detección del ácido nucleico. En Bogotá hay programas de prevención y control desde el siglo XIX; por años hicieron atención, profilaxis sanitaria y moral, centrados en el control médico y policial de prostitutas y sus clientes. En 1991 se cambió la estrategia y se eliminó la obligatoriedad del registro. Hasta 1995 los casos eran 10 % de enfermedades de transmisión sexual en Bogotá, muchos de Sífilis congénita y gestacional. Entre 1999 y 2000 hubo 0.38 /1.000 casos en nacidos vivos; continuó el subregistro por baja cobertura de tamizaje en gestantes y se implementó el Manejo Síndromico. Desmejoraron registros y búsqueda activa, pero aumentaron casos de Sífilis gestacional, congénita y muertes neonatales entre 1998 y 2013. Con información revisada se muestra que la Sífilis en Bogotá no está bajo control y se deben tomar nuevas e innovadoras acciones para conseguirlo.

Palabras clave: Treponema. Sífilis. Sífilis Latente. Sífilis Congénita. Prueba de Absorción de Anticuerpos Fluorescentes de Treponema. Genotipo.

ABSTRACT

Syphilis is an unattended sexually transmitted infection; which is also a transfusion, vertical and accidental disease. It appeared in Africa and spread before Columbus returned to Europe. Until 1940, it had a prevalence of up to 25%, but with Control Programs and antibiotics it has decreased. It resurfaced with AIDS epidemic. The disease occurs as a primary, secondary, latent and tertiary syphilis. In Bogota there have existed programs for prevention and control since the nineteenth century; for years they provided care, health and moral prophylaxis, focusing on the medical control of prostitutes and their clients. In 1991 the strategy was changed and the obligation to register was cancelled. Until 1995 the cases were 10% of STD in Bogota, many of gestational and congenital syphilis. Between 1999 and 2000 there were 0.38/1.000 cases in live births; underreported due to low coverage of a monitoring system in pregnant women. Syndromic Management was implemented. Preventive actions and records were negatively affected, but cases of gestational and congenital syphilis and neonatal deaths between 1998 and 2013 increased. With revised data, it is shown that syphilis in Bogota is not under control and there should be taken new and innovative measures to control it.

Keywords: Treponema. Syphilis. Syphilis, Latent. Syphilis, Congenital. Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test. Genotype.

RESUMO

A Sífilis é uma infecção de transmissão sexual desatendida; também, transfusional, vertical e acidental. Apareceu na África e se disseminou antes da volta de Colón a Europa. Até 1940 tinha prevalência de até 25 %, mas com Programas de controle e antibióticos diminuiu. Ressurgiu com a epidemia de SIDA. A enfermidade apresenta-se como primária, secundária, latente e terciária. O diagnóstico por laboratório realiza-se com testes diretos, sorologia e detecção do ácido nucléico. Em Bogotá, há programas de prevenção e controle desde o século XIX; por anos prestaram atenção, profilaxia sanitária e moral, centrados no controle médico e policial de prostitutas e seus clientes. Em 1991, mudou-se a estratégia e eliminou-se a obrigatoriedade do cadastro. Até 1995, os casos eram 10 % das ETS em Bogotá, muitos de Sífilis congênita e gestacional. Entre 1999 e 2000 houve 0.38 /1.000 casos em nascidos-vivos; continuou o sub-cadastro por baixa cobertura da triagem em gestantes e implementou-se o Manejo Síndromico. Desmelhoraram os cadastros e a procura ativa, porém aumentaram os casos de Sífilis gestacional, congênita e mortes neonatais entre 1998 e 2013. Com informação revisada, mostra-se que a Sífilis em Bogotá não está sobre controle e se devem tomar novas e inovadoras ações para alcançá-lo.

Palavras-chave: Treponema. Sífilis. Sífilis Latente. Sífilis Congênita. Teste de Absorção do Anticorpo Treponêmico Fluorescente. Genótipo.

Introducción

La Sífilis es una infección de transmisión sexual desatendida, que también puede adquirirse por vía transfusional, vertical y menos frecuentemente accidental en el personal del equipo de Salud.¹

Descrita por Hipócrates, hay evidencia de casos en cadáveres, momias de cementerios en España e Inglaterra y esqueletos del Neolítico con lesiones de Sífilis mucho antes del regreso de Colón. Pero la primera epidemia bien documentada ocurrió en Europa en 1495, apenas tres años después de su retorno. Por eso durante años se atribuyó su llegada a la tripulación del Almirante y su diseminación a trabajadoras sexuales.²

Esa hipótesis hoy está revaluada y se sabe que su origen es muy antiguo. De acuerdo a evidencia arqueológica y con pruebas de DNA, apareció en África por mutaciones de los treponemas hace por lo menos 10.000 años; de allí se diseminó a Europa, Asia y América antes de la venida de Colón a América y su regreso a Europa.^{3,4}

Entre los siglos XVI y XVIII, estaba por todo el mundo y tenía connotaciones similares a las del SIDA en los siglos XX y XXI. Inspiraba terror y en los hospitales europeos había letreros que decían "Si no le temes a Dios, témele a la sífilis".

Ya en 1940 la sífilis era considerada como un serio problema de Salud Pública en muchas partes del mundo, con una prevalencia que podía llegar a 25 % en grupos de condición socioeconómica baja. Pero a partir de la introducción en los Programas de Control, y de su manejo con antibióticos como las penicilinas y las tetraciclinas que ocurrió hacia 1956, disminuyó en forma notoria hasta 1980.

Desde entonces y paralelamente a la epidemia de SIDA ha venido resurgiendo a pesar de esfuerzos globales para su control.^{5,6}

Su agente causal el treponema pallidum fue descubierto en 1905 por el zoólogo alemán Fritz Schaudinn. Se encuentra con facilidad en infecciones primarias (chancros) y de secundarismo, por campo-oscuro.

Es una bacteria gram-negativa espirilar, muy delgada que no se ve bien con el microscopio

corriente y requiere campo oscuro. Mide 0.2 um de ancho y 5-15 um de largo, se tiñe bien con sales de plata. Es muy sensible a la desecación, al calor y a los antisépticos aún de baja eficiencia, por lo cual su transmisión requiere un contacto muy directo.

El *T. pallidum* pertenece a la familia Spirochaetaceae, de la cual se han descrito un género y cuatro especies: *T. pallidum*, que se transmite por contacto sexual, vertical, accidental y transfusional en todo el mundo. *T. pertenue*, agente del Píam o Frambesia (Yaws) y se transmite especialmente por contacto estrecho y duradero no sexual en zonas tropicales. *T. endemicum*, causa del Bejel, que se transmite por contacto estrecho y duradero no sexual en el norte de África. *T. carateum*, causa el Carate o Pinta, que se transmite especialmente por contacto estrecho y no sexual en zonas tropicales.

Se han descrito 17 genotipos para *S. pallidum*, que presentan variaciones geográficas. Los 14d, 14f, 14a, 13d y 15d son los más prevalentes en el mundo.

Algunos genotipos parecen relacionados con la neurosífilis y resistencia a macrólidos.^{7,8}

No hay información sobre genotipos de *T. pallidum* en Bogotá, pero sí en Cali, donde los subtipos prevalentes en un estudio fueron 14d, 16d, 13d y 22 a.⁹

La forma más frecuente de transmisión de *T. pallidum* es la sexual; pero la congénita sigue siendo importante. La transmisión transfusional es posible, pero ahora está bien controlada. También puede haber transmisión por accidentes ocupacionales de pinchazos y cortadas.

Descripción Nosológica. La enfermedad se presenta clínicamente en varias formas:

Sífilis primaria. Se caracteriza por un chancro de bordes levantados, no doloroso, de fondo sucio y generalmente acompañado de una gran adenopatía inguinal (ganglio de Fournier) que aparece 3 – 6 semanas después de la relación sexual, en el lugar de la infección.

Sífilis secundaria. Aparece en forma variada con lesiones secas y descamantes en piel y mucosas, semanas o meses después de resolverse el chancro

inicial. Es frecuente que se presente como una erupción generalizada conocida como roséola sifilítica. A veces se desarrollan úlceras en la mucosa bucal y pueden aparecer lesiones verrugosas en sitio de infección (condilomas), cefaleas, fiebre y adenopatías. Se resuelve de forma espontánea en 3 a 12 semanas después de aparecida.

Sífilis Latente. Resuelto el período secundario, la Sífilis entra en latencia clínica con ausencia de signos o síntomas, aunque órganos internos pueden resultar afectados. Este período puede durar de 20 a 30 años y en el 75% de los casos no vuelve a haber clínica clara. En el 25% restante se desarrolla el estadio final conocido como sífilis terciaria.

Sífilis Terciaria. Se caracteriza por nódulos duros llamados gomas sifilíticas, que aparecen bajo la piel, en las mucosas y en los órganos internos como huesos, hígado y riñones. La infección del corazón y los grandes vasos destruye sus estructuras y ocasiona grandes aneurismas aórticos, disfunciones valvulares cardíacas causa de muchas muertes.

En el 15% de los casos la Sífilis afecta al sistema nervioso central. Esta neurosífilis puede presentarse en tres formas distintas: demencia parálitica, parálisis general progresiva (PGP) y tabes dorsalis.

La 'revolución sexual' de los años sesenta generó un gran incremento en tasas de sífilis, tanto en hombres como en mujeres, que alcanzaron magnitud de epidemia en Europa, Canadá y USA.

En las décadas siguientes se observó una segunda epidemia atribuida a la llamada 'revolución homosexual' y hubo cambio en la relación de los casos de Sífilis varón/mujer de 6-7: 1 (cuando antes estaban en 1-2: 1).

Especialmente en las grandes áreas urbanas industrializadas entre el 40 al 75% de todos los casos de sífilis primaria se diagnosticarán en varones homosexuales y heterosexuales.

Después, al comienzo de la epidemia de SIDA, hubo modificación de la conducta sexual de los homosexuales y en los ochenta en Europa y EE.UU, una disminución continua de incidencia de la Sífilis en homo y bisexuales masculinos. Luego se presentó un nuevo aumento de los casos especialmente en heterosexuales pobres, de grandes centros urbanos

y áreas donde la seroprevalencia del VIH es más elevada en heterosexuales.

Esto parece haberse relacionado con el consumo de drogas en jóvenes, la prostitución (sexo a cambio de droga), felación y no utilización de preservativo que se observa en esta práctica.¹⁰ El sexo oral sin eyaculación puede reducir el riesgo de infección VIH pero no disminuye el riesgo de sífilis.

En seropositivos para sífilis el riesgo de infección con VIH es 3-5 veces mayor. El curso de la Sífilis es diferente en coinfectados por VIH, porque la neurosífilis es más frecuente, aparece antes de 1 año de evolución y requiere tratamiento antibiótico agresivo. Además en seropositivos al VIH hay más falsos positivos y negativos por serología con antígenos no treponémicos (VDRL, RPR y similares).

Diagnóstico por laboratorio

Exámenes directos. Buscan al treponema pallidum, mediante el examen de linfa del chancro, mediante examen en solución salina entre lámina y laminilla de portaobjetos, por campo obscuro o en tinciones con anticuerpos marcados con fluoresceína y observadas con luz ultravioleta. (inmunofluorescencia directa e indirecta para antígeno).

Son muy sensibles y específicos (80-90 %) para la sífilis primaria, también para algunos casos de sífilis secundaria. Pero un resultado negativo no descarta la infección, en especial si el paciente ha recibido antibióticos que pueden hacer no visibles los Treponemas en 24 horas.

Cultivo. Se puede hacer en animales y varios medios axénicos, pero es técnicamente complicado y solo lo realizan los laboratorios de referencia. No se usa para el diagnóstico del día a día.

Serología para detección de anticuerpos. Se puede hacer con técnicas que usan antígenos no treponémicos como la cardioplipina que también se conocen como reagínicas. Incluyen al VDRL (Venereal Research Disease Laboratory) que puede emplearse con suero o LCR y da una reacción de floculación con las muestras positivas; RPR (Rapid Plasma Reagin) que emplea un antígeno con partículas de carbón y que se puede realizar con suero o plasma; TRUST. (Toluidine

Red Unheated Serum Test) que utiliza el mismo antígeno del VDRL con partículas coloreadas con rojo de toluidina y algunas de inmunocromatografía.

Son rápidas, la mayoría están bien estandarizadas, son cuantitativas y baratas. Por eso se usan para diagnóstico presuntivo; ya confirmadas para evaluación y seguimiento del tratamiento.

Tienen varias causas de falsos positivos como hiperlipidemia postprandial, hemólisis, anticuerpos de reacción cruzada con *T. pertenue* (Pian) y *T. carateum*, (Carate), autoanticuerpos, anticuerpos antifosfolípido y otros como los que se ven en malaria por *P. faciparum*. Esas reacciones ocurren a bajas diluciones (0-4 dils).

Estos anticuerpos son detectables a las 2-3 semanas de la infección primaria y en algunos pacientes persisten de por vida (3-5 % de los casos). La sensibilidad para suero de estas pruebas en los diferentes estadios de la enfermedad varía entre 75 y 80 % para la *S.* primaria, 100 % para la *S.* secundaria, 95-100% para la *S.* Latente y 94-96 % para la sífilis tardía.

También hay técnicas que usan antígenos treponémicos, derivados de cultivos libres de células del *treponema nichols* y absorbente de cepa *T. reiter*. Incluyen las de hemoaglutinación (TPHA), ELISAs (tipo IgG e IgM) e inmunofluorescencia (IFAT) total y tipo IgM. Tienen buena sensibilidad y son más específicas que las no treponémicas, por eso se usan como confirmatorias.

Una vez aparecen positivas lo serán durante toda la vida del paciente, si detectan anticuerpos tipo IgG.

Pruebas rápidas. Su tiempo de ejecución es de unos 30 minutos, son fáciles de hacer, no requieren mucha instrumentación ni entrenamiento. Contienen antígenos treponémicos y son ensayos inmunocromatográficos en fase sólida que usan oro coloidal de alta pureza para marcación. Detectan en forma cualitativa anticuerpos tipo Ig G, Ig M e Ig A contra *treponema pallidum*.

Se pueden realizar con sangre total, suero y plasma. No se recomienda usarlas para otros líquidos biológicos como LCR o líquido articular.

Su sensibilidad oscila entre 84 -98 %, especificidad entre 94 y 98 %.

Las más utilizadas en Colombia incluyen: determine (Abbott), con sensibilidad de 97.2 % y especificidad de 94.1 ; Syphilis fast (Diesse) con sensibilidad de 86 % y especificidad de 92.8 %; Espline (Fujirebio) con sensibilidad de 97.7 % y especificidad de 93.4 %; Visitect (Omega) con sensibilidad de 85 % y especificidad de 98 %; Syphicheck (Qualpro) con sensibilidad de 85 % y especificidad de 98 %; Bioline (Standard) con sensibilidad de 95 % y especificidad de 94.9 % (Estos valores se dan con relación a las prueba confirmatorias TPHA/ TPPA). Sus valores predictivos positivos y negativos, dependen como para otros microorganismos, de la prevalencia media de la infección en la población donde se usan.

Detección de ácido nucleico por amplificación genética (NAT)

Se puede hacer por PCR, bDNA y NASBA; tienen sensibilidad y especificidad de casi el 100 %. Pero no se justifican para la mayoría de infecciones agudas, secundarias y latentes, que se pueden diagnosticar y manejar adecuadamente con exámenes directos y serología. Son muy útiles en investigación y para los casos de sífilis terciaria, en especial del SNC con reacciones serológicas que requieren ser aclaradas.

Sífilis en Bogotá

Presente desde antes de la conquista, al comenzar el siglo XX la sífilis era tan importante problema de Salud Pública en la ciudad, que en 1886, se creó el servicio sifilítico en el cual las trabajadoras sexuales se debían registrar para ser atendidas. Finalizada la Guerra de los Mil Días, un decreto expedido por el Gobernador de la provincia de Bogotá definía la prostitución como “una calamidad verdadera para la sociedad, porque ultraja el pudor; corrompe la juventud, engendra gérmenes de terribles enfermedades que se propagan entre las familias y trae consigo la degeneración de la raza”. Por esto cualquier establecimiento donde se ejerciera la prostitución necesitaba un permiso de la Gobernación. Había también restricciones al desplazamiento de las prostitutas dentro de la ciudad, quienes estaban obligadas a inscribirse para control médico periódico.

Desde 1907 existían instituciones dedicadas a la atención y tratamiento de la sífilis con varias sustancias como el mercurio en diferentes preparaciones y arsenicales.

De su práctica en una de ellas, el dispensario y sanatorio de Cundinamarca para enfermedades venéreas, M. J. Luque informó sus observaciones en 1575 mujeres atendidas por esta causa en 3 años, del 2 de marzo de 1916 al 2 de marzo de 1919 (11).

Un total de 1 362 (86.5 %) tenían entre 17 y 30 años de edad y el resto, 213 (13.5 %) hasta 42 años. La mayoría de estos casos procedían de Bogotá y Cundinamarca, pero había varias que venían de otras regiones: Bogotá 387 (24.6 %), Cundinamarca 684 (43.4 %), Boyacá 260 (16.5 %), Tolima y Huila 112 (7.1%), Santander 75 (4.8%), Cauca y Antioquia 57 (3.6 %).

El autor recomendaba *“Algunas de las disposiciones que deben ponerse en vigor para moderar la Sífilis en Bogotá”* :I.-La fundación de Sanatorios en cada barrio de la ciudad, con dos secciones independientes, una para cada uno de los distintos sexos. II.-El convencimiento, por todos los medios posibles, de asistir diariamente al tratamiento público no solo las mujeres, sino los hombres atacados de enfermedades venéreas, a los cuales debe tratarse con mayor solicitud, tanto por ser ellos, en general trabajadores, miembros útiles a la sociedad, sino por ser procreadores de los futuros hijos de Colombia, los cuales, por herencia sifilítica, vienen al Mundo débiles o degenerados. III.-Dictar conferencias públicas a los mayores de 15 años en los cuarteles, los institutos de artesanos y en todos los centros obreros, las cuales muestren los peligros, e indicar la manera de evitarlos. IV.-Imponer penas severas a los seductores, y todavía mayores a las mujeres que tienen por oficio especial corromper niñas y venderlas a continuación, ejecutando con esto el más infame de todos los mercados.

V.-Someter a castigos severísimos e inconmutables a las madres que venden sus hijas, cualquiera que sea el motivo que ellas expresaren.

VI.-Hacer cumplir la disposición que ordena alejar las escuelas de las casas de prostitución, para impedir por ese medio la corrupción de menores. VII.-Enviar a un lugar apropiado a las menores de edad que ejerzan la prostitución. VIII.-Eximir, a la manera del

timol, de derechos de importación al Hg. el 914 y el yoduro de potasio. IX.-Someter a castigos severos a los varones que, infectando a mujeres sanas, propaguen la Sífilis. La comprobación de los casos denunciados, debe hacerse por los médicos de los respectivos Sanatorios.” Varias de esas recomendaciones todavía tienen vigencia en 2013.

Para finales del siglo XIX la prostitución se asumió como inevitable y en 1930, la curación de las enfermedades venéreas se convirtió en un “deber estatal de defensa de la raza y a favor de la civilización y del progreso”.¹²

Pero las acciones realizadas no parecen haber tenido mucho impacto, porque en 1934 R. Zapata, un respetado médico dedicado a la Venerología, decía en una conferencia en la Universidad Nacional : “A mi juicio tres deben ser las bases alrededor de las cuales debe girar la lucha antivérea: a) Reforma de los reglamentos relacionados con la prostitución; b) Organización de los consultorios que deben ocuparse de las afecciones venéreas; y, e) Educación e ilustración sobre los problemas sexuales, llevadas a cabo de un modo cuidadoso y paulatino dentro de las escuelas y colegios y fuera de los establecimientos docentes, por medio de conferencias, proyecciones cinematográficas; exposiciones, obras de vulgarización, etc. Esta labor puede intensificarse y extenderse enormemente por medio de un comité mixto de profilaxis sanitaria y moral que se ocupe simultáneamente de la creación de instituciones especiales en las cuales encuentren albergue, ocupación y apoyo las mujeres jóvenes, en peligro de entregarse a la prostitución o las que han caído pero desean librarse de las garras de ese monstruo, y que al mismo tiempo trabaje por la educación del público y por la divulgación entre las masas de los peligros que acarrearán las enfermedades venéreas.”¹²

Este manejo mixto de profilaxis sanitaria y moral, prevaleció hasta finales del siglo XX como puede verse en la infomación de una investigación sociológica realizada en Colombia e Italia.¹³

“El Código de Policía de 1936 estaba inspirado por fuertes prejuicios morales y en su título “Delitos contra la libertad y el honor sexual” establecía un dualismo entre los delitos de inducción a la prostitución de una “persona honesta” y los actos de constreñimiento de una “mujer pública”. Los

primeros eran mucho más graves y las penas podían llegar hasta cuatro años de prisión mientras que en el segundo caso llegaban a un máximo de un año y medio. Además, se disminuía hacia la mitad la pena para quien había violado una "mujer pública".

Según estas normas nacionales, los departamentos y municipios expedieron reglas diferentes, que tenían unos o todos estos elementos: "ubicación de zonas de tolerancia, prohibición para menores, expedición de carnés, control venéreo, horas y días de salida de la prostituta al centro de la ciudad." En Bogotá se fue más lejos; se prohibió la prostitución y se dictaron otras medidas en 1948, por el Acuerdo 95 de Septiembre 4: "Por el cual se dictan disposiciones sobre prostitución en Bogotá".

Luego la Resolución 282 de 4 mayo de 1942 del Ministerio de Trabajo, Higiene y Prevención Social, estableció la inscripción y vigilancia de las "mujeres públicas".

Estuvo vigente en todo el territorio nacional, con excepción de Bogotá, y establecía que para ejercer la prostitución era obligatoria la inscripción como "mujer pública" en los registros oficiales de las inspecciones de higiene. Estas fueron también cargadas de prejuicios y moralismo: Artículo 5: "*Será inscrita como prostituta, toda mujer que habitualmente practica el coito con varios hombres indistintamente, y vive en prostíbulos y casas de lenocinio o las frecuenta...*" Artículo 12: "*...es prostituta, pues por tal debe entenderse la que no está sometida a la patria potestad, a la potestad marital, tutela o curaduría...*"

Además, cada mujer tenía que someterse a exámenes periódicos y tratamientos obligatorios, recibiendo una "ficha antropométrica" en donde se anotaban sus enfermedades.

Las habitaciones destinadas a la prostitución tenían que cumplir unos requisitos específicos, y la prostitución clandestina, así como el proxenetismo, estaba sujeta a castigos.

Entre las conductas sancionadas, estaban también aquellas que la ley define como "obscenas": Artículo 19.

"La prostituta que en público profiera palabras obscenas, se muestre desnuda o vestida de una manera que ofenda a la moral pública, o por medio

de cantos o en otra forma incite a cometer actos sexuales u ofender la decencia y pudor públicos, será castigada con la pena de cuatro a treinta días de arresto."

El carnet de sanidad siguió siendo obligatorio hasta la Constitución de 1991, cuando se cambió la estrategia de manejo del problema y se anuló. Pero, como en cualquier otra época y países en donde se hizo más o menos lo mismo, la prostitución se siguió ejerciendo en forma subrepticia y con mayor frecuencia. En calles, burdeles, casas de citas, hoteles y establecimientos de varios tipos. Se calcula que, hasta cuando fue vigente la inscripción, el subregistro se daba en una escala de 1 a 5 (80 %).

Prueba de esto es que en 1950 de acuerdo a un artículo publicado en la revista La Hora, editada por Cáritas Colombiana (Ventas de mujeres) había 40.000 prostitutas, distribuidas en 12.000 casas "*y de los 300 barrios capitalinos no había uno solo que no estuviera afectado por la modalidad de la prostitución...*"

En el mismo año una investigación particular hablaba de 100.000 mujeres ejerciendo la prostitución y una dependencia del Ministerio de Justicia de 30.000. La cifra equivaldría al 8% de la población total en esa época.

Ya estaba disponible la penicilina, y la cuestión de la prostitución se volvió a plantear en otros términos; se abolieron las normas que regulaban su ejercicio en Bogotá y se impulsaron los Centros Antivenéreos.

Pero estas y otras acciones no parecen haber tenido tampoco impacto, porque diez años más tarde, la situación no había mejorado de acuerdo al estudio realizado en esa época por A. Soriano Ll.¹⁴: "*Es claro que la sífilis es una enfermedad que se adquiere con mayor facilidad entre los 15 y los 50 años de edad, que es precisamente el grupo que hemos estudiado en nuestra muestra.*"

Según los datos obtenidos en el Ministerio de Salud Pública la población calculada para Bogotá en 1959 se distribuye en los siguientes grupos de edad: de 0 a 14 años: 384.560, de 15 a 49 años: 636.390; de más de 50 años: 103.820. Esto indica que un 51% de la población de Bogotá en 1959 está comprendida

entre los 15 y los 50 años de edad. De este grupo hemos estudiado un 1.85 % encontrando un total de 549 reacciones positivas o sea un 4.62% de positividad en la muestra estudiada. Según el sexo, la población de la ciudad, según los datos del Ministerio de Salud Pública, se divide en 43.7% de hombres y 56.2 % de mujeres, o sea que en Bogotá había 357.778 hombres entre 15 y 50 años y 278.612 mujeres. El porcentaje de positividad entre las mujeres fue de 3.87, y entre los hombres de 4.99, o sea que para la población comprendida entre los 15 y los 50 años podría calcularse un máximo de 17.853 hombres sifilíticos y 10.782 mujeres sifilíticas, ya que como lo hemos anotado la muestra estudiada comprende al grupo de población más afectado por la enfermedad.”

Ya en los años setenta el Código Nacional de Policía (Ley 1355), en la sección dedicada al ejercicio de los derechos y las libertades públicas (Libro II), dio consistencia al principio abolicionista, afirmando que “el sólo ejercicio de la prostitución no es punible” (Art. 178).

Y la definición de prostituta cambió de esta manera: Artículo 178: “ Ejerce la prostitución la persona que trafica habitualmente con su cuerpo, para satisfacción erótica de otras varias, con el fin de asegurar, completar o mejorar la propia subsistencia o la de otro.”

La prostitución ya empezó a referirse no solo a las mujeres y el Estado tenía que tomar medidas para contrarrestar su difusión.

Artículo 178: “El Estado utilizará los medios de protección a su disposición para prevenir la prostitución y facilitar la rehabilitación de la persona prostituida.

”Artículo 181: “La Nación, los departamentos y los ayuntamientos organizarán institutos en los que cada persona que practica la prostitución encuentre medios gratuitos y eficaces para rehabilitarse.”

Aunque definida como actividad lícita, la prostitución debía ser prevenida y desincentivada y quienes la ejercían, había que rehabilitarlas. En esta filosofía se enmarcaron las intervenciones impulsadas o manejadas directamente por las instituciones del Estado, en los últimos 34 años en Colombia.

La Ley 100 de 1980 superó la distinción entre “persona honesta” y “mujer pública” y estableció las penas y el tratamiento procesal para inducción y constreñimiento a la prostitución y trata de personas.

Las estadísticas de la policía, decían que desde mediados del siglo XX hasta 1975 el número de prostitutas se incrementó, hasta alcanzar un pico de 52.967, mientras que en los años siguientes se registró un descenso hasta mediados de los años ochenta, cuando volvió a subir.

En los años que siguieron se tomaron nuevas acciones de Salud, que finalmente parecieron ser efectivas, como lo muestran las estadísticas de la Secretaría de Salud de Bogotá. Por ejemplo para el período 1982- 1995, con un descenso significativo de los casos de sífilis que no superaban el 10 % de las ETS que se diagnosticaban en la ciudad.¹⁵

Según este informe T. vaginalis era la primera causa de ETS en la ciudad y N. gonorrhoeae la segunda. No se informaron úlceras genitales por C. granulomatis, H. ducreyii y C. trachomatis. Pero la información procedente de otras fuentes no dice eso.

En un estudio que hicieron uno de los autores y colaboradores en 1997, en úlceras genitales de un grupo de taxistas, se confirmó sífilis en 13 %, C. trachomatis en 23 % y C. granulomatis en 17 %.¹⁶

En la Clínica San Pedro Claver del ISS (hoy hospital Mayor Méderi) en 1997, se hicieron 21.600 serologías para sífilis, de las cuales el 648 (3%) fueron positivos confirmados. La mayoría eran adolescentes, madres solteras entre los 14 y 17 años, afiliadas en el último mes al seguro Social, que llegaron a tener su bebé, sin consulta prenatal previa.

La Secretaría de Salud de Bogotá informó en ese año apenas 112 casos de sífilis congénita cuando se esperaban por lo menos 1 800; para un subregistro estimado del 93.8 %.

En el año 2000 se notificaron al SIVIGILA 952 casos probables de sífilis congénita en Colombia, con una tasa de incidencia de 0.98/1000 nacidos vivos, una de las cifras más altas en los anteriores 25 años. Se observó además que el 65% de los departamentos

de Colombia, presentaban una tasa de incidencia por encima de la mediana de la tasa en el país (0,49/1000 NV).

Entre 1999 y 2000, según la Secretaría de Salud de Bogotá, hubo Sífilis en 0,17 embarazadas y 0,38 por 1 000 nacidos vivos respectivamente.

El subregistro seguía siendo alto por la baja cobertura en el tamizaje con pruebas serológicas a las gestantes.¹⁷

En otro estudio de uno de los autores y otros colaboradores¹⁸ se estimó la magnitud del reservorio de Sífilis en embarazadas y su producto con estudio simultáneo de VIH, se examinaron un total de 567 muestras procedentes de las embarazadas de los hospitales Simón Bolívar, Clínica Corpas, La Victoria, La Perseverancia, La Granja, La Samaritana, Clínica El Bosque y el Centro de Atención de CAFAM en Ciudad Bolívar de Bogotá.

Se encontró un total de 2 (0.4%) muestras positivas para VIH, un total de 14 (2.5%) reactivas por VDRL y/o RPR; de ellas se confirmaron por ELISA IgM para Sífilis 9 (1.6%), que correspondían al 30% de las que fueron inicialmente reactivas por VDRL y RPR.

Y acorde con lo mencionado arriba para Bogotá, un informe del Ministerio de Salud de la época concluye: *“Mediante la información capturada por el Plan de Eliminación de sífilis congénita, el número de casos ocurridos para el mismo año es 39,6 veces menor (24 casos), con una tasa de 0,02 por 1 000 nacidos vivos. Estos datos plantean muchos interrogantes si se compara con el resultado obtenidos a través del SIVIGILA, donde se esperaba una diferencia no tan marcada, sugiriendo que el sistema de vigilancia activa del Plan de Eliminación, en la actualidad no es operativo.”*

Y más adelante dice *“En lo cursado de 2001 hasta la semana epidemiológica N. 29, se han reportado 20 casos en el país por el plan de eliminación de Sífilis Congénita y 550 por el SIVIGILA, manteniéndose la diferencia en lo reportado por ambas fuentes. Teniendo en cuenta que un sistema de vigilancia debería tener como mínimo un 80% de notificación, ningún departamento cumplió en los últimos cinco años con lo con lo esperado”*.¹⁹

En Bogotá para el período se notificaron 189 casos nuevos de sífilis, para una tasa de 1.41/100.000 habitantes y una población estimada de 1.633.691 habitantes .

Las siguientes decisiones del Ministerio de la Protección Social, que reemplazó al Ministerio de Salud, generaron acciones para el control de la sífilis y las infecciones de transmisión sexual que fueron muy cuestionadas por expertos como uno de los autores, pero fueron adoptadas en Bogotá.

Inspirado en recomendaciones de OMS/OPS, el Ministerio resolvió implementar el manejo sindrómico o sindromático (Resolución 412/2000), igual se hizo en Bogotá (síndrome de enfermedades de transmisión sexual, Guía de Manejo. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2000).

La justificación para hacerlo fue según OMS: *“El diagnóstico etiológico de las ITS constituye un problema para los prestadores de salud en distintos lugares. Impone restricciones de tiempo y recursos, aumenta los costos y reduce el acceso al tratamiento. Además, la sensibilidad y especificidad de las pruebas comercialmente disponibles pueden variar en forma significativa, lo cual afecta de manera negativa la confiabilidad de las pruebas de laboratorio utilizadas en el diagnóstico de las ITS. En las instituciones en que se disponga de un laboratorio, éste debe estar a cargo de personal con la capacitación y experiencia adecuadas para realizar procedimientos de gran complejidad técnica; asimismo, es obligatoria la implementación del control de calidad externo. Muchos establecimientos de salud de los países en vías de desarrollo carecen del equipamiento y personal capacitado para el diagnóstico etiológico de las ITS. Para superar este problema, en muchos países en vía de desarrollo se ha establecido y estimulado el manejo sindrómico para el tratamiento de los pacientes con ITS. El manejo sindrómico se basa en la identificación de grupos uniformes de síntomas y signos fácilmente reconocibles (síndromes) y la administración de un tratamiento dirigido contra la mayoría de los microorganismos, o contra los más peligrosos, responsables del desarrollo de este síndrome. La OMS ha diseñado una herramienta simplificada (un diagrama de flujo o algoritmo) como guía para los prestadores de salud en la implementación del manejo sindrómico de las ITS. El manejo sindrómico de la descarga uretral en hombres, y de las úlceras genitales en hombres y*

mujeres, ha demostrado ser válido y factible. El resultado ha sido el tratamiento adecuado de un gran número de personas infectadas; y además es económico, simple y muy eficaz en relación con el costo. Sin embargo, información reciente indica que, en los países en vías de desarrollo, el virus del herpes simplex tipo 2 (VHS2) se está convirtiendo rápidamente en la causa más frecuente de síndrome de úlcera genital (SUG), lo que podría afectar negativamente el resultado del tratamiento del SUG, si no se administra un tratamiento antiviral adecuado. (OMS,2005). Y luego se adicionó con pruebas rápidas sencillas, sensibles y específicas.²⁰

Así se definieron varios flujogramas y el manejo de estos síndromes :

*Síndrome de úlcera genital recurrente (herpes genital)

Aciclovir 400 mg VO cada 8 horas por 5 días

Síndrome de úlcera genital

Penicilina benzatínica 2'400.000 Ui im dosis única

(sífilis primaria) más azitromicina

1 Gr VO dosis única (chancro blando)

Síndrome de secreción uretral masculina

Ciprofloxacina 500 mg VO dosis única (gonorrea)

más azitromicina 1 gr VO dosis

Única (clamidiasis)

Síndrome de orquiepididimitis

Ciprofloxacina 500 mg VO dosis única (gonorrea)

más azitromicina 1 gr VO dosis

Única (clamidiasis)

Bubón inguinal (linfogranuloma venéreo)

Doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas por 21 días

Síndrome de flujo vaginal

Si la mujer presenta flujo vaginal usted debe hacerle especuloscopia para identificar

El sitio de la inflamación y de donde proviene la secreción, sea vagina y/o cérvix:

Vaginitis – vaginosis

Metronidazol 2 gr VO dosis única (trichomoniasis y vaginosis bacteriana) más

Fluconazol 150 mg VO dosis única (candidiasis)

Cervicitis

Ciprofloxacina 500 mg VO dosis única (gonorrea)

más azitromicina 1 gr VO dosis

única (clamidiasis).

Se suponía que así se bajarían los costos de atención a los prestadores (la razón más importante para

esta decisión), se ampliaría la cobertura y se bajaría la frecuencia de enfermedades como Sífilis y VIH. Pero no fue así. Varios estudios en Bogotá lo han confirmado.

En un hospital público de Bogotá no identificado,²¹ en 2010 se detectaron 40 casos de sífilis gestacional: 12,5 % con diagnóstico de aborto sin control prenatal, 12,5 % en gestaciones en curso (una término en aborto), 72,5 % durante el parto y 2,5 % en puerperio.

El 45% estaban afiliadas a la seguridad social y la tasa de analfabetismo fue 12 %.

El 100% de los casos encontrados eran latentes y 58 % de los compañeros no recibió tratamiento. Se identificaron 25 casos de sífilis congénita. Hubo 2 (8,3 %) casos confirmados de neurosífilis.

Otro estudio publicado en 2011 encontró en 131 pacientes en mujeres sintomáticas con flujo vaginal de las cuales 37(27%) eran trabajadoras sexuales. Hubo una prevalencia de Sífilis del 7%, C. trachomatis 6% y no hubo aislamientos para N. gonorrhoeae.²²

Y en 2012²³ el mismo grupo informó en 1 385 mujeres, también sintomáticas con flujo vaginal, que 115 (8,3%) eran trabajadoras sexuales. Del total 731 (52,7%); 560 (40,4%) presentaron infecciones endógenas y 170 (12,3%) infecciones de transmisión sexual (ITS).

Las mujeres que ejercían la prostitución tuvieron mayor riesgo de presentar cualquier ITS (OR: 2,0; IC 95% 1,2-3,3) y su tasa de positividad para Sífilis fue de 3.4 %, mientras que en el grupo que no la ejercían fue del 0.6 %.

En el período en cambio se desmejoraron los registros y la búsqueda activa de casos, como ha reconocido el mismo Ministerio, en la formulación del **Plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita. Colombia 2011 – 2015:** “En el periodo 2003 -2010 se han diagnosticado en Colombia 2 761 gestantes con infección por VIH, 235 niños infectados por el VIH de los cuales 121 son menores de 2 años, 23 370 gestantes con sífilis y 16 602 recién nacidos con sífilis congénita, significa que, por ejemplo, para el 2009 la incidencia de sífilis

congénita en el país fue de 2.6 casos por 1 000 nacidos vivos. Aunque en los últimos años el sistema de vigilancia y registro ha mejorado, estas cifras implican un importante problema en el diagnóstico y subregistro de los casos, sobre todo en lo relacionado con el tema de sífilis. Con las metas propuestas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) el país se obliga, para el 2015, a disminuir el número de casos de transmisión materno infantil del VIH a 2% o menos. Si bien, no se contempla como meta directa la disminución de la transmisión materno infantil de la sífilis congénita, el Ministerio de la Protección Social, se acoge a la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para todos los países de América Latina, que contempla la integralidad de las acciones en la atención a las gestantes buscando lograr la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita, lo cual implica también la reducción de la incidencia de la sífilis congénita a 0.5 casos o menos, incluidos los mortinatos, por cada 1 000 nacidos vivos.”

En el documento también se define la población objeto: “ Se consideran, para el presente plan, poblaciones objeto a las mujeres en edad fértil, las gestantes y sus parejas sexuales y los neonatos independientemente de su régimen de afiliación al SGSSS.”

Pero no se consideran los otros miembros de la sociedad colombiana que también tienen que ver en este problema. Y que también aportan a la cadena de transmisión.

En 2013 ya no hay información disponible sobre los otros tipos de sífilis, porque ni se busca ni se notifica, pero el aumento de los casos de sífilis gestacional y congénita que si se subregistran entre 1998 y 2001, ha sido casi vertical en el país como se puede ver en la figura 1.

Así lo reconocía en 2011 el INS : “Pero a pesar de estos avances en la actualidad lejos de acercarnos al cumplimiento de la meta establecida de 0.5 por 1000 NV para el año 2000, la proporción de incidencia de la sífilis congénita ha pasado de uno a 2.6 casos por 1000 NV y la razón de incidencia para sífilis gestacional de 1.3 a 5.8 casos por 1000 NV en los últimos diez años” (Manual de Diagnóstico INS).

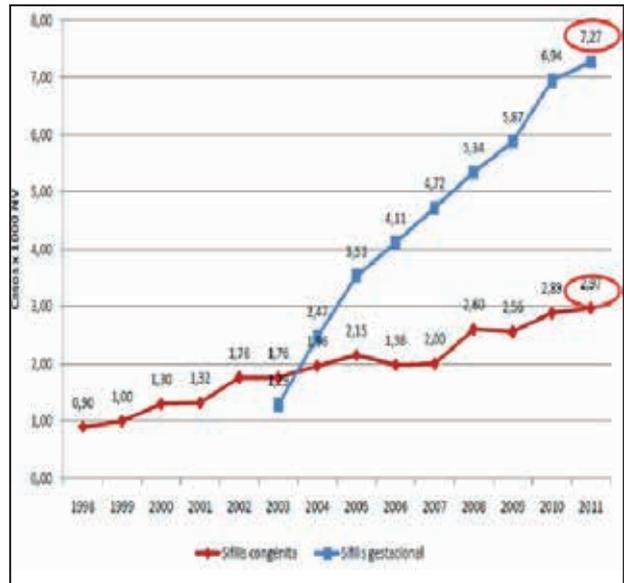


Figura 1. Comportamiento de la notificación de sífilis gestacional y congénita. Colombia 1998-2011

La tendencia de los casos en Bogotá también ha sido hacia el aumento,²⁴ como puede verse en la (figura 2), con afectación de los grupos etáreos de siempre como muestra en (figura 3).

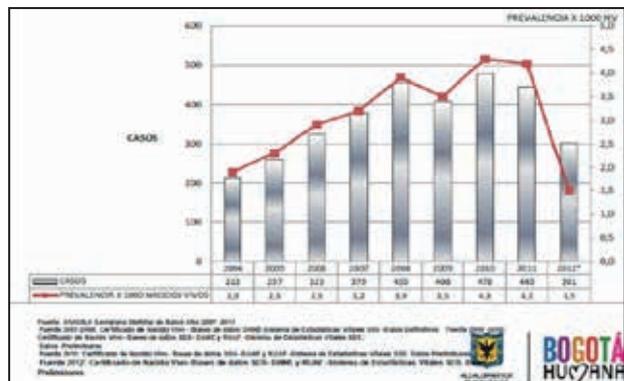


Figura 2. Prevalencia de sífilis gestacional Bogotá, años 2007-primer semestre 26, 2012.

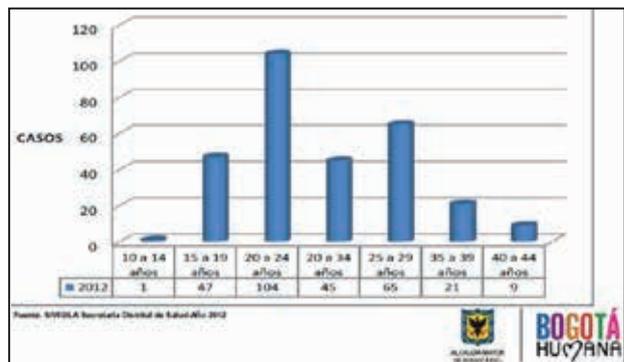


Figura 3. Distribución de casos de sífilis gestacional según grupo de edad, primer semestre 2012.

Además hay una tendencia al aumento en las muertes por esta causa, que puede verse en la figura 4.

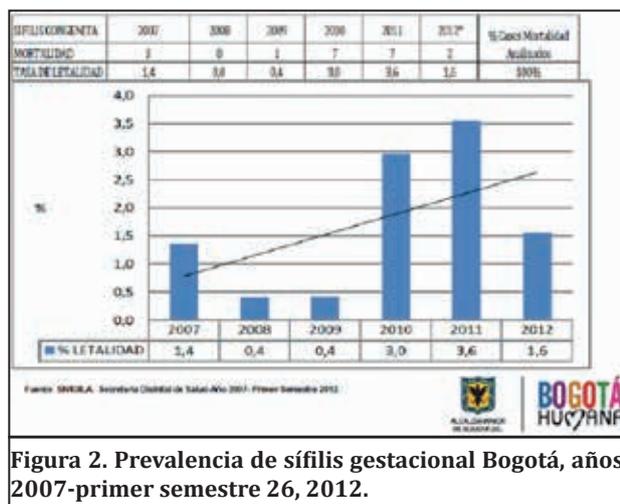


Figura 2. Prevalencia de sífilis gestacional Bogotá, años 2007-primer semestre 26, 2012.

Resultados en el Laboratorio de Salud Pública

Se revisaron los resultados para control de calidad y confirmación de sífilis a la red de laboratorios, en el laboratorio de referencia de Salud Pública de Bogotá, en el período 2006 a 2013.

Lo que se encontró, refleja las mismas tendencias del país y los casos antes enunciados: cada vez menos instituciones remiten muestras al LSP para confirmación y control de calidad y un número significativo no se confirmaron ni concordaron (tablas 1 y 2).

Tabla 1. Laboratorio de Salud Pública - SDS de Bogotá Sífilis - FTA

Año	n	Positivos	
		n	%
2006	227	125	55
2007	118	54	45
2008	77	47	61
2009	67	46	68
2010	10	5	50
2011	14	9	64
2012	32	22	68
Total	545	308	100

Tabla 2. Laboratorio de Salud Pública - SDS de Bogotá, Sífilis - FTA

Año	n	Laboratorios participantes	Concordancia	
		n	n	%
2006	227	125	226	99.6
2007	118	54	118	100
2008	77	47	76	98.7
2009	67	46	66	98.5
2010	10	5	10	100
2011	14	9	14	100
2012	32	22	20	62.5
Total	545	308	530	100

Resistencia a antibióticos

En el período no se notificaron casos de resistencia a macrólidos ni otros antibióticos. Pero tampoco se encontraron estudios sobre este problema.

Discusión, comentarios y recomendaciones

Tomada en conjunto la información revisada muestra que la sífilis en Bogotá no está bajo control y se deben tomar nuevas e innovadoras acciones para conseguirlo. En otras ciudades de Latinoamérica puede estar ocurriendo lo mismo. Muchas cosas cambiaron entre el comienzo del siglo XX y el del XXI, aunque algunas también siguen igual que entonces (la condición humana por ejemplo).

Bogotá es ahora una megalópolis, con una población que puede pasar de los diez millones si se le suma su zona de influencia, con las ciudades dormitorio y varias poblaciones que quedan a menos de una hora de distancia por carretera.

No se pueden seguir ejecutando acciones de prevención y control para la Sífilis y enfermedades similares, sin contar y coordinarlas con estos municipios.

En 2013 la "industria del sexo", en Bogotá y su zona de influencia ha crecido y se ha diversificado. A los tradicionales bares y casas de citas se han sumado las casas de masajes, locales de strip tease, salas de video; cabarets, líneas telefónicas eróticas, restaurantes, saunas, cines pornográficos y otros similares.

Hay revistas, videos, artículos eróticos en venta en las tiendas de artículos sexuales (sexy shops); canales de televisión especializados en el tema, que se ofrecen en suscripción por cable. En los periódicos abundan los clasificados que ofrecen “masajes profesionales” realizados por “jóvenes universitarias que hablan varios idiomas”. Ejercen en centros de masajes o realizan servicios a domicilio y en los hoteles, con disponibilidad las 24 horas por teléfono celular. Se les llama eufemísticamente prepagos, pero ejercen la prostitución. También abundan los avisos de prostitutas o gigolos.

Muchas de esas personas son menores de edad, a pesar de ser ilegal el ejercicio de la prostitución por ellos.²⁵ Por esas y otras razones, ya nadie sabe exactamente cuántas personas ejercen la prostitución en Bogotá; aunque es obvio que son muchas y hay varias zonas que son oficialmente de alto impacto (antes zonas de tolerancia). Es una realidad que no se puede ignorar.

Tiene gran impacto en la transmisión de la infección de transmisión sexual como la Sífilis, en especial porque el condón no se usa por más del 7 % de la población y las personas que ejercen la prostitución, como lo han demostrado varios estudios y a pesar de los programas del Ministerio de Salud que lo promocionan. Hay que precisar el reservorio en esos grupos.

En 1907, el Dr. M. J. Luque, proponía “ Dictar conferencias públicas a los mayores de 15 años en los cuarteles, los institutos de artesanos y en todos los centros obreros, las cuales muestren los peligros, e indicar la manera de evitarlos”. Eso sigue siendo válido en 2013. Pero además se debe hacer búsqueda activa y no solo en embarazadas y sus productos.

En estos grupos hay situaciones particulares que aumentan el riesgo de infecciones como Sífilis y las demás ITs, habida cuenta de que en su mayoría son hombres y mujeres jóvenes, sexualmente activos y con ingresos regulares superiores al de sus compañeros de generación, que por ejemplo estudian. Son también un reservorio importante.

¿Se estarán haciendo todas las acciones requeridas para evitar su contagio, la propagación del mismo y tratarlos oportuna e integralmente?

Hay que hacer algo para educar y convencer a la población y en especial a los adolescentes y adultos jóvenes, sobre la eficacia del condón y la higiene sexual, para prevenir infecciones como la sífilis y otras ulcerativas, así como el la infección VIH.

Se deben revisar los muy discutidos pero poco efectivos “programas de educación sexual”. Y no hay que confundirla con cuñas publicitarias como las de los “pollitos”, que los jóvenes no entendían y a los adultos hacían reír, pero no tuvieron mayor impacto en las ITs.

Hay que revisar y ajustar la política de manejo sindrómico o sindromático en Bogotá y el país. Se suponía que así se bajarían los costos de atención a los prestadores, se ampliaría la cobertura y la frecuencia de enfermedades como sífilis y VIH. Pero no fue así. Los objetivos del milenio no se cumplieron en lo relativo a sífilis y otras ITS ulcerativas.

En el período que siguió en cambio se desmejoraron los registros y la búsqueda activa de casos, como ha reconocido el mismo Ministerio, en la formulación del plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita. Colombia 2011 – 2015. Y aunque ya no hay información disponible sobre los otros tipos de sífilis, porque ni se busca ni se notifica, el aumento de los casos de sífilis gestacional y congénita entre 1998 y 2001, a pesar del subregistro ha sido casi vertical.

Lo que se encontró en el laboratorio de Salud Pública, refleja las mismas tendencias del país y los casos antes enunciados: cada vez menos instituciones remiten muestras al LSP para confirmación y control de calidad y un número significativo no se confirmaron ni concordaron. Hay que mejorar también la calidad del diagnóstico. Por eso es predecible que si no se implementan acciones adicionales creativas y urgentemente, los objetivos de este Plan, tampoco se van a cumplir. A pesar de esto hay que continuar e intensificar los esfuerzos por mejorar la oportunidad y cobertura de la atención de estos casos.

Aunque sea por el costo –efectividad de hacerlo, que según el Banco Mundial ya en 1993, tenía un valor de 44 - 318 dólares por cada caso evitado de sífilis congénita (OPS, 2005).

Habría que considerar un mayor uso para el tamizaje de las embarazadas, de pruebas rápidas, diferentes a la tradicional serología con antígenos no treponémicos por VDRL y RPR. Especialmente en grupos de difícil acceso, como personas que ejercen la prostitución y/o son habitantes de la calle, en condición de indigencia. No creemos que deban sustituir a las pruebas serológicas convencionales, en aquellos grupos con acceso oportuno y más o menos suficiente a los servicios de salud.

Aunque hay evidencia local sobre pruebas rápidas como costo-efectivas,²⁶ se deben definir las especificaciones técnicas que garanticen adecuadas sensibilidad, especificidad, reproductibilidad valores predictivos, así como las condiciones de su uso, un estricto control de calidad y siempre deben ser confirmadas.

Antes de nada, hay que cambiar como en otras infecciones el paradigma: "Se acabó la sífilis". Ni se acabó, ni está controlada. Hay que buscarla. Hay que mejorar la educación en los prestadores. Empezando por las escuelas de formación de Médicos y sus equipos. Se debe volver a enseñar cómo se diagnostican y manejan la sífilis primaria, secundaria, latente, terciaria y sus secuelas, no solo la gestacional y la congénita.

Y también se requieren más investigaciones para responder por lo menos a estas preguntas:

1. ¿Cuál es la verdadera prevalencia e incidencia de la Sífilis en Bogotá y su zona de influencia?
2. ¿Cuáles son los principales factores de riesgo que favorecen su contagio?. Y ¿cuál el impacto de las nuevas formas de ejercer la prostitución?.
3. ¿Cuáles son los genotipos más prevalentes.
4. Hay resistencia a macrólidos y similares?

Referencias bibliográficas

1. E. H. Hudson. Treponematoses in Perspective. Bull. World Health Org. 32: 737,1965.
2. Mulligan CJ, Norris SJ, Lukehart SA. Molecular Studies in *Treponema pallidum* Evolution: Toward Clarity? PLoS Negl Trop Dis 2(1): e184. doi:10.1371/journal.pntd.0000184,2008.
3. Rothschild, B. M. History of Syphilis. CID. 40: 1454- 1463, 2005.
4. De Melo FL, de Mello JCM, Fraga AM, Nunes K, Eggers S. Syphilis at the Crossroad of Phylogenetics and Paleopathology. PLoS Negl Trop Dis 4(1): e575. doi:10.1371/journal.pntd.0000575, 2010.
5. MMWR. Avance en la prevención del VIH: nuevas estrategias frente a una epidemia cambiante, Estados Unidos, 2003. April18;52(15):329-332.
6. Primary and secondary syphilis among men who have sex with men, New York City, 2001. MMWR 2002;51:853-6.
7. Mikalová et al. Comparison of CDC and sequence-based molecular typing of syphilis treponemes: tpr and arp loci are variable in multiple samples from the same patient. BMC Microbiology 2013, 13:178,2013.
8. Peng R-R, Wang AL, Li J, Tucker JD, Yin Y-P, et al. Molecular Typing of *Treponema pallidum*: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS Negl Trop Dis.5(11):e1273.doi:10.1371/journal.pntd.0001273,2011.
9. Cruz AR, Pillay A, Zuluaga AV, Ramirez LG, Duque JE, et al. Secondary Syphilis in Cali, Colombia: New Concepts in Disease Pathogenesis. PLoS Negl Trop Dis 4(5):e690.doi:10.1371/journal.pntd.0000690,2010.
10. CDC. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. Recommendations and Reports December 17, 2010 / Vol. 59 / No. RR-12 (www.cdc.gov/mmwr).
11. Luque, M. J. y Observaciones Médico-Sociales sobre la Sífilis y la Prostitución en Bogotá. Bogotá, Editado por la Biblioteca Luis Ángel Arango del Banco de la República,1919. 64 p.
12. Zapata, R. Lucha Antivenérea, Educación Sexual. Conferencia dictada en la Facultad de Medicina. Revista de la Facultad de Medicina (UN). 2(12) 12:772-782, 1934.
13. Trifirò,A. Mujeres que ejercen la prostitución en Colombia. terrelibere.org, 22 settembre. www.terrelibere.it/?x=completa&riga=15,2003.
14. Soriano LL., A. Sobre la Sífilis en Bogotá. Revista de la Facultad de Medicina (UN). 9-10, 1959.
15. Secretaría de Salud de Bogotá. Div. Epidemiología. Enfermedades de Transmisión sexual, Formulario SIS12, 1995.
16. García C., M, C. Orjuela D., Jaramillo T, A., C., M.L. Barrios. Etiología de Úlceras Genitales en Pacientes con ETS y su Relación con VIH, Bogotá, Colombia, 1997. Tesis de Grado. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca. 1997.
17. SIVIGILA. Situación de las Enfermedades de Transmisión Sexual, Colombia, 1976-2000.Semana Epidemiológica No. 4. Noviembre 18 al 24 de 2001.
18. Jaramillo, A. C., Hernández, L. J., Bustillo, J. Sífilis Activa Como Predictor de Riesgo para la Infección VIH en -Embarazadas de Bogotá, 1998 - 1999. Rev. Med. 9(1): 29 -40, 2001.
19. SIVIGILA. Comportamiento de la sífilis Congénita en Colombia. Semana Epidemiológica No. 31 Julio 29 a Agosto 4 de 2001.
20. Calvet, H. M. Manejo Sindrómico de las ITs Revisado salud. prevenmed.com /PDF/manejo_sindrómico_sifilis.pdf,2003.
21. Vanegas-Castillo, N., Cáceres-Buitrago, Y. N. Jaimes-González C. A, Ángel-Muller , E., Rubio-Romero, J.A.Tratamiento de la Sífilis Gestacional y prevención de la Sífilis Congénita en un Hospital Público en Bogotá,2010. Rev. Fac. Med. 59(3): 167-189, 2011.
22. Ángel-Müller E, González MP, Núñez L, et al. Frecuencia de infecciones del tracto genital femenino en mujeres sintomáticas y uso de pruebas rápidas para su diagnóstico en dos poblaciones de Bogotá (Colombia). Rev. Col. Obstet. Ginecol. 61:220-3,2010.

23. Edith Ángel-Müller et al. Prevalencia y factores asociados a la infección por *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*, *C. albicans*, sífilis, VIH y vaginosis bacteriana en mujeres con síntomas de infección vaginal en tres sitios de atención de Bogotá, Colombia, 2010. *Rev. Col. Obstet. Ginecol.* 63: 14-24,2012.
24. Pacheco P, C. P. Sífilis congénita y Gestacional. sifilisevps@gmail.com,2012.
25. Pinzón-Rondón AM, Ross TW, Botero, JC, Baquero-Umaña, M. Prevalencia y factores asociados a enfermedades de transmisión sexual en menores explotados sexualmente en Bogotá, Colombia. *Rev Salud Pública.*11:468-79,200926.
26. Castañeda, B.C. Costo efectividad del uso de pruebas treponémicas rápidas para el tratamiento temprano de la Sífilis Gestacional en pacientes subsidiadas y no afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Bogotá. Tesis de Grado, universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Maestría en Epidemiología Clínica. Bogotá, Colombia, 2011.