

Nº1

# ACTUALIZACIONES PARA MÉDIC@S

del Primer Nivel de Atención



Una guía actualizada para el manejo de problemas de salud prevalentes en el Primer Nivel de Atención

**RemediAR**

Ministerio de  
Salud



Presidencia  
de la Nación



# ACTUALIZACIONES PARA MÉDIC@S del Primer Nivel de Atención

Nº 1

## EDITORIAL



Estimados lectores

Con esta revista nos proponemos generar una herramienta de capacitación accesible a todos los profesionales de la salud que realizan su práctica en el Primer Nivel de Atención. Las publicaciones pretenden ser sintéticas, didácticas, de fácil acceso y consulta, y procuran ser de ayuda en el proceso de toma de decisiones clínicas. La complejidad del proceso salud-enfermedad-cuidado-atención y el abordaje bio-psico-social que procuran los equipos de salud del Primer Nivel de Atención nos convoca a brindar capacitación en forma continuada y accesible.

Buscamos aumentar la capacidad resolutoria de los efectores del Primer Nivel de Atención, logrando así que las personas puedan manejar, dentro de lo posible, sus problemas de salud en el efector más próximo o cercano a su hogar.

En ese sentido desarrollaremos una revista de entrega trimestral, cuyos contenidos abordarán temas relacionados con problemas de salud prevalentes y que generen alta carga de enfermedad en la población de nuestro territorio.

La elección de una herramienta de capacitación en papel pretende resolver todas aquellas situaciones en las que el soporte digital no es accesible o cómodo para consultar.

El objetivo de la publicación es, sintéticamente, potenciar las Estrategias de Capacitación en el Uso Racional de Medicamentos que lleva a cabo el Programa Remediar, del Ministerio de Salud de la Nación, y generar una herramienta de capacitación actualizada y continua en el tiempo para todos los profesionales.

En esta primer revista abordaremos el estudio de foco que debe realizarse ante todo caso de tuberculosis. Sabemos de las dificultades que se generan ante el estudio de contactos, por lo tanto trataremos de hacer un aporte al respecto. El otro tema a abordar se relaciona con el diagnóstico y seguimiento de pacientes con sífilis junto con la evaluación del tratamiento instaurado.

# ÍNDICE

*Página*

1. Editorial
3. El resultado de la VDRL de Lucía Fontán es de 64 dils y su VDRL previa es de...
7. Lucía Álvarez comenzó tratamiento para Tuberculosis pulmonar
13. La VDRL de Lucía Fontán continúa positiva
17. Bibliografía

## PRESENTACIÓN Y ESTRUCTURA DE LOS CASOS

**Caso problema:** se presenta en primer lugar una situación clínica cotidiana que motiva la discusión y el análisis.

**Interrogantes:** a continuación se generan disparadores y preguntas relacionados con la situación presentada.

**Aportes teóricos:** luego de esto, se presentan contenidos teóricos actualizados y revisados por expertos temáticos o referentes del tema.

**Puntos clave:** describimos sintéticamente los conceptos más relevantes de la publicación.

# 1

## CASO

*El resultado de la VDRL de Lucía Fontán es de 64 dils y su VDRL previa es de...*



## Caso Problema

Lucía tiene 26 años y se encuentra cursando su tercer embarazo, semana 15 por fecha de última menstruación. En el contexto del control prenatal nos trae sus resultados de laboratorio, de los cuales nos preocupa lo siguiente:

**VDRL: reactiva 64 dils.**

**MHATP (Micro-hemaglutinación): reactiva, VIH pendiente.**

Lucía nos refiere que durante su segundo embarazo (hace 2 años atrás) realizó tratamiento para sífilis, pero su marido no quiso concurrir al centro de salud. En la historia clínica consta que recibió 3 dosis de Penicilina G Benzatínica 2.400.000 U IM (una por semana), y que realizó al mes del tratamiento un control con VDRL que dio como resultado 16 dils.



## Interrogantes

- ¿Lucía tiene sífilis? ¿Es una infección actual o pasada?
- ¿Cuál es el significado de una VDRL cuantitativa de 64 dils?
- ¿Qué importancia clínica tiene el aumento de una VDRL con 16 dils a otra VDRL con 64 dils?



## Aportes teóricos

Para el diagnóstico serológico de sífilis se utilizan 2 tipos de pruebas:

- ▶ Las que detectan anticuerpos inespecíficos contra la infección.
- ▶ Las que detectan anticuerpos específicos contra la infección.

## Pruebas que detectan anticuerpos inespecíficos contra el Treponema Pallidum (TP).

### VDRL

Las pruebas de VDRL (del inglés Venereal Disease Research Laboratory), USR o RPA detectan anticuerpos no específicos contra el TP. Son pruebas muy útiles para el diagnóstico y seguimiento de la infección ya que permiten cuantificar la cantidad de anticuerpos presentes en el suero del paciente, y determinar la actividad de la enfermedad. Son test muy sensibles pero poco específicos, pudiendo dar resultados positivos en ausencia de enfermedad (falsos positivos), por este motivo un resultado reactivo debe confirmarse siempre con una prueba específica (ver más adelante) independientemente del título de anticuerpos. Los resultados se informan como “reactivo” o “no reactivo”, y de forma cuantitativa como “dils” o títulos de anticuerpos.

### ¿En qué consiste y cómo se informa la VDRL?

- ▶ La prueba consiste en detectar anticuerpos en el suero del paciente partiendo desde una determinación en suero sin diluir para luego someter al mismo a sucesivas diluciones predeterminadas: 2, 4, 8, 16, 32, 64, 128, 256 (ver más adelante).
- ▶ Los resultados se anotan en términos de la mayor dilución de suero que produjo un resultado reactivo (si es que lo hubo), por ejemplo 64 dils (o un título de anticuerpos de 1:64) significa que el suero del paciente era reactivo hasta diluirlo 64 veces.
- ▶ La reactividad del suero del paciente a diluciones más altas implica mayor actividad de la infección.

Veamos en un cuadro lo que acabamos de describir:

DILS	Cantidad de diluciones	Título de anticuerpos
1	Suero no diluido	1:1
2	2 veces	1:2
4	4 veces	1:4
8	8 veces	1:8
16	16 veces	1:16
32	32 veces	1:32
64	64 veces	1:64
128	128 veces	1:128
256	256 veces	1:256

\* Cambio en 2 diluciones.

Los títulos de los anticuerpos disminuyen con el tratamiento correcto, las pruebas incluso pueden tornarse no reactivas, pero en algunos pacientes aunque el tratamiento haya sido exitoso se mantienen positivas en títulos bajos toda la vida.

- ▶ Tengamos en cuenta que los títulos pueden disminuir a lo largo del tiempo incluso sin tratamiento alguno (la prueba puede dar falsamente negativa en el caso de sífilis tardía).
- ▶ Un cambio en 2 diluciones (en más o en menos de acuerdo al caso) representa un cambio de 4 veces en el título de anticuerpos (multiplicás o dividís por 4 los “dils” o el título de anticuerpos previo del paciente, ver cuadro anterior).

Los cambios en 2 diluciones o más se consideran clínicamente significativos. En pacientes con historia de tratamiento previo, el aumento en 2 diluciones o 4 veces en el título de anticuerpos (por ejemplo un aumento del título de 1:4 a 1:16) representa un cambio clínicamente significativo e indica la posibilidad de reinfección (si hubo tratamiento correcto previo) o de fracaso del tratamiento.

En el caso de Lucía su VDRL pasó de 16 dils en el 2012 a 64 dils en el 2014. Si utilizamos el cuadro anterior podemos confirmar que hay un aumento en 2 diluciones en el título de anticuerpos, su título se multiplicó por 4 ( $16 \times 4 = 64$ ) aumentó 4 veces, y el resultado de la MHATP (Microhemaglutinación) fue reactivo, ¿entonces?... Veamos más adelante.

### Pruebas que detectan anticuerpos específicos contra el TP

Las pruebas que detectan anticuerpos específicos contra el treponema son la MHATP (microhemaglutinación) o HA TP (hemaglutinación), FTA abs (inmunofluorescencia) EIA o ELISA (enzimoinmunoensayo).

Se utilizan para confirmación diagnóstica, y nunca para control de tratamiento ni para diagnóstico de una nueva infección, ya que permanecen reactivas por muchos años aunque el tratamiento haya sido exitoso.

## Sólo se utilizan para confirmación diagnóstica

Por lo tanto, Lucía cursa una infección actual por Sífilis (VDRL con títulos altos y MHA-TP reactiva), asintomática y de duración desconocida; sífilis latente tardía. No podemos determinar si fracasó el tratamiento instaurado hace dos años o si tuvo una reinfección (esto último sería lo más probable ya que su marido no ha realizado evaluación ni tratamiento alguno).

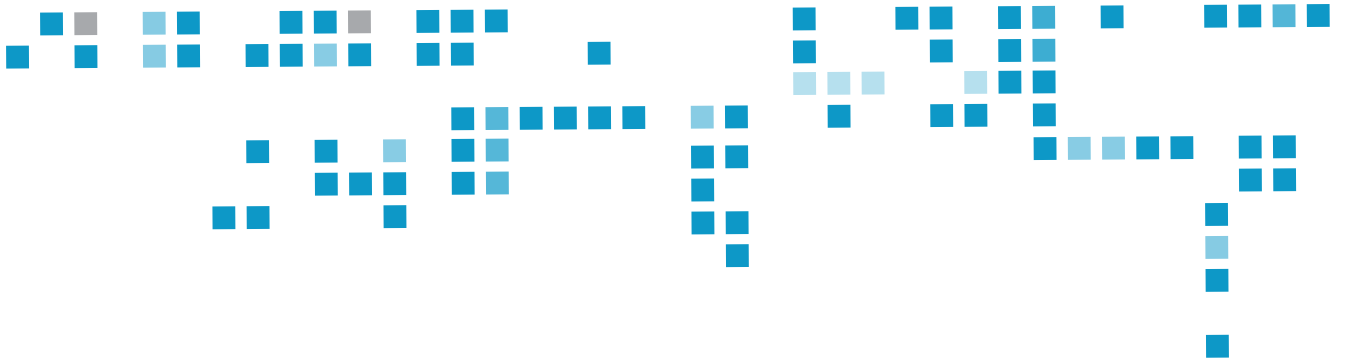
Es importante que el control de la respuesta al tratamiento sea realizado en el mismo laboratorio en el que se realizó la prueba inicial, con la misma prueba no treponémica y, de ser posible, con la misma marca de reactivo a fin de obtener resultados comparables

Los períodos de latencia de la sífilis (períodos asintomáticos) son definidos como tempranos (cuando la infección es detectada dentro del año de adquirida), o tardíos (cuando la infección es detectada más allá del año de adquirida o se desconoce el momento).



## Puntos claves

- ✓ Las pruebas que detectan anticuerpos inespecíficos contra el TP (VDRL por ejemplo) son pruebas muy útiles para el diagnóstico y seguimiento de la infección pero deben confirmarse siempre con una prueba específica.
- ✓ Las pruebas que detectan anticuerpos específicos contra el TP, como la MHATP (Micro-hemaglutinación) se utilizan para confirmación diagnóstica y nunca para control de tratamiento, ya que permanecen reactivas por muchos años aunque el tratamiento haya sido exitoso.
- ✓ En pruebas como la VDRL la reactividad del suero del paciente a diluciones más altas implica mayor actividad de la infección.
- ✓ Los cambios en 2 diluciones (4 veces el título de anticuerpos) o más se consideran clínicamente significativos.



# 2

## CASO

*Lucía Álvarez comenzó tratamiento para Tuberculosis pulmonar*



## Caso Problema

Hoy concurre a la consulta la familia Álvarez, hace 15 días que la hija mayor de la familia (Lucía) comenzó tratamiento para Tuberculosis (TB) pulmonar.

Presentan una nota del neumonólogo del hospital informándonos que la paciente:

- ▶ No tiene antecedentes de importancia.
- ▶ Recibe por primera vez tratamiento para TB.
- ▶ Muestra lesiones cavitadas en su placa de tórax.
- ▶ Presenta baciloscopía (BK) positiva (+++) en el análisis de esputo.

El colega nos solicita que realicemos el estudio de contactos. Lucía (caso índice de TB) siempre vivió con sus padres y hermanos (ver más abajo). Trabaja en un local de ropa desde hace un año, siendo la única empleada durante la mañana. Por la tarde trabaja con otra vendedora con quien comparte 4 horas diarias de trabajo. La dueña del local va algunos días de la semana a dejar mercadería. Actualmente cursa la primaria en una escuela nocturna (asiste dos horas por día). Una de sus compañeras y mejor amiga, Leila, presenta serología positiva para VIH.



### Grupo conviviente

Jorge (52 años) - Mirta (41 años) - Lucía (16 años)  
Matías (10 años) - Zoe (3 años) - Toto (10 meses).



## Interrogantes

- ¿A quiénes consideras contactos de Lucía?
- ¿Los clasificarías de alguna manera? ¿Cómo?
- ¿Qué conducta tomarías con cada uno de ellos? (suponiendo que no presentan signos ni síntomas compatibles con tuberculosis)





Una vez detectado un paciente enfermo de TB trabajaremos fuertemente en su seguimiento y en la adherencia al tratamiento. Al mismo tiempo realizaremos los máximos esfuerzos para conocer y estudiar la situación de los contactos cercanos al paciente, con el objetivo de detectar personas expuestas con mayor riesgo de infectarse o de enfermar de TB o que ya se encuentren cursando la enfermedad.

Consideramos que un paciente con tuberculosis y baciloscopia positiva en el esputo pudo contagiar la enfermedad desde los tres meses previos al primer estudio de esputo positivo o desde los tres meses previos a la aparición de los síntomas tuberculosos, lo que ocurra primero<sup>1</sup>.

Definimos como contactos a todas aquellas personas expuestas o relacionadas con el caso índice durante el período sintomático de éste o durante los tres meses precedentes al diagnóstico, cualquiera sea la localización de la enfermedad (pulmonar o extrapulmonar) y categoría diagnóstica (confirmada o no bacteriológicamente).

Se define como caso índice (CI) o inicial al primer caso conocido de tuberculosis de cada grupo (Lucía), y por lo tanto el que da comienzo a la evaluación de los contactos.

**Al diagnosticar un caso índice (CI) debemos iniciar un conjunto de acciones para el estudio correcto de los contactos:**

- ▶ *Identificar a las personas que estuvieron expuestas al bacilo de la TB (contactos).*
- ▶ *Diagnosticar si han desarrollado una TB activa o tienen una infección tuberculosa latente (ITL). Esta última tiene el potencial de pasar a enfermedad activa en cualquier momento. Identificar y tratar a las personas con ITL puede reducir el riesgo de desarrollar enfermedad hasta en el 90 por ciento de los casos<sup>2,3</sup>.*
- ▶ *Tratar en forma precoz a los enfermos que han desarrollado una TB activa.*
- ▶ *Evaluar la necesidad de indicar quimioprofilaxis a los contactos, balanceando en cada uno de ellos el riesgo de infectarse o enfermar versus el riesgo de hepatotoxicidad por isoniazida, siempre luego de haber descartado TB activa.*
- ▶ *Recomponer la cadena de transmisión de la infección tuberculosa para identificar cuál fue el caso índice real o auténtico (verdadera fuente de infección): el “caso fuente”.*

### Factores que determinan el riesgo de infección

Si bien se han descrito situaciones en las que el contacto con el caso índice (CI) durante lapsos breves (pocas horas) ha producido casos de infección tuberculosa y, eventualmente de enfermedad activa, en general para que esto ocurra el contacto debe ser estrecho y prolongado.

1. Kimon C. Zachery. (2014). Tuberculosis transmission and control.

2. Horsburgh, C.R. Jr. (2004). Priorities for the treatment of latent tuberculosis infection in the United States.

3. Rieder HL. (2002). Interventions for Tuberculosis Control and Elimination. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease.

Hay tres tipos de factores fundamentales que se relacionan en forma directa con el riesgo de infectarse y que nos orientan en la toma de decisiones:

- ▶ Las características de la enfermedad del caso índice (localización, resultado de bacteriología, extensión de las lesiones).
- ▶ La frecuencia y duración de la exposición al bacilo tuberculoso.
- ▶ Susceptibilidad de la persona expuesta.

En relación al primer punto, las personas que han estado en contacto con un CI cuya enfermedad tiene localización laríngea y/o pulmonar con baciloscopia (BK) positiva (TB pulmonar bacilífera) o presentan lesiones extensas y/o cavitadas en la placa de tórax, tienen mayor riesgo de tener una infección tuberculosa latente (ITL) y eventualmente desarrollar una TB activa.

Por el contrario, las lesiones pulmonares con BK negativa, los casos que no se confirman por bacteriología y las lesiones extra-pulmonares (excepto la laríngea) tienen un potencial infectante significativamente menor. Esto **NO** significa que los contactos de estos grupos de pacientes no deban ser estudiados.

**El 50 por ciento de los contactos cercanos de casos de TB pulmonar con baciloscopia positiva (pacientes bacilíferos) podrían infectarse, mientras que sólo se infectaría el 6 por ciento de los contactos cercanos de casos con baciloscopia negativa<sup>4</sup>.**

Aquellos pacientes con baciloscopia de esputo negativa pero con crecimiento bacilar en el cultivo también contagian, aunque en menor medida, por lo que la baciloscopia negativa no descarta la necesidad de realizar el estudio de todos los contactos.

Concluimos en que es impostergable el estudio de todos los contactos de alto riesgo de pacientes bacilíferos, y deseable el de los no bacilíferos.

### Se establecen tres categorías de contacto



▶ **Contactos íntimos:** son las personas que pernoctan bajo el mismo techo de un enfermo con diagnóstico de TB, o que tienen un contacto diario con el enfermo igual o mayor a 6 horas. Este grupo tiene mayor riesgo de infectarse y de desarrollar una TB activa.



▶ **Contactos frecuentes:** son las personas que tienen un contacto diario menor de 6 horas con un enfermo con diagnóstico de TB. Generalmente son aquellos que no conviven pero tienen una relación con el paciente de tipo personal, laboral o de otra índole que favorece la transmisión de la infección tuberculosa.



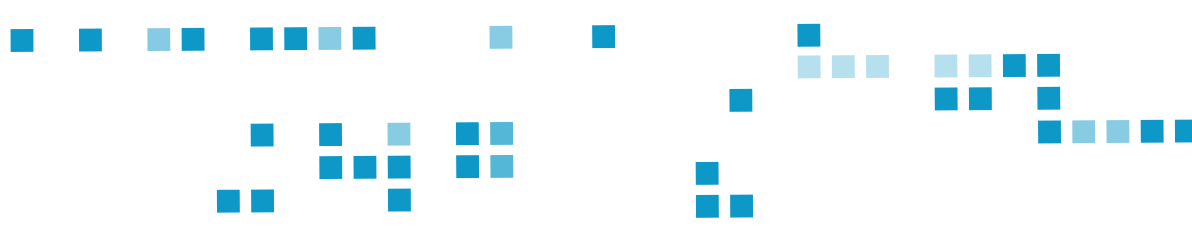
▶ **Contactos esporádicos u ocasionales:** son las personas que tienen contacto con un enfermo con diagnóstico de TB pero no en forma diario.

Las personas inmunocomprometidas son consideradas como de alto riesgo, independientemente de la frecuencia del contacto. En general, los contactos de alto riesgo suelen ser los convivientes domiciliarios, y los de mediano riesgo los contactos laborales o escolares.

4. Enfermedades infecciosas tuberculosis. Diagnóstico de Tuberculosis. Guía para el Equipo de Salud. (2009). Ministerio de Salud de la Nación.

## Acciones para el estudio de contactos

- ▶ **Valorar y clasificar al caso índice.** Características de la enfermedad en el CI (baciloscopía, tipo de lesiones, síntomas y tiempo transcurrido desde la aparición de los mismos, antecedentes de tratamiento antituberculoso, etc.).
- ▶ **Selección, registro y clasificación de los contactos.** Preguntar al CI o a los familiares sobre posibles contactos, y elaborar la relación de los mismos según el nivel de exposición. Se deben listar en una planilla o tarjeta de registro primero todos los contactos de alto riesgo (convivientes domiciliarios sobre todo), y luego incluirse a aquellos contactos de mediano riesgo y esporádicos especialmente susceptibles. Resulta importante en el caso de escolares con formas bacilíferas, notificar los mismos a Salud Escolar del área correspondiente, de manera que pueda realizarse la intervención institucional apropiada.
- ▶ **Anamnesis y examen clínico exhaustivo de los contactos.** Se debe comenzar siempre el estudio por los contactos íntimos. Cuando entre ellos se haya detectado algún caso, o bien un número elevado de infectados o de conversiones a la tuberculina, se pasará a hacer el estudio de los contactos frecuentes. Se estudiarán desde el inicio los contactos frecuentes cuando se den situaciones de mayor riesgo: CI altamente bacilífero (BK ++ o ++++) o contactos con alta susceptibilidad como inmunocomprometidos, niños pequeños, malnutrición, alcoholismo o embarazo.
- ▶ **Prueba de sensibilidad tuberculínica (PPD).** Se realiza a los contactos íntimos y frecuentes, salvo constancia documentada de una prueba positiva anterior o tratamiento previo.
- ▶ **Examen radiológico de tórax a los contactos íntimos, y eventualmente a los frecuentes,** para descartar la enfermedad. Una radiografía de tórax normal tiene un alto valor predictivo negativo (baja probabilidad de que el/la paciente tenga tuberculosis pulmonar) especialmente en pacientes inmunocompetentes en los cuales la frecuencia de falsos negativos es del 1 por ciento<sup>5</sup>. Este porcentaje se incrementa a un 7-15 por ciento en pacientes HIV positivos<sup>6</sup> (la placa de tórax en pacientes inmunocomprometidas y enfermos de TB puede ser normal).
- ▶ **Examen bacteriológico en sintomáticos respiratorios,** es decir en aquellos pacientes que presenten tos y expectoración al menos durante dos semanas. El Plan Nacional para el Control de la Tuberculosis recomienda la recolección de 2 muestras de esputo en días sucesivos.



5. 6. Guías de diagnóstico, tratamiento y prevención de la Tuberculosis. (2010). Hospital Muñiz – Instituto Vaccarezza.



## Puntos claves

- ✓ El 50 por ciento de los contactos cercanos de pacientes con tuberculosis pulmonar y baciloscopia positiva podrían infectarse.
- ✓ Identificar y tratar a las personas con infección tuberculosa latente (ITL) puede reducir el riesgo de desarrollar enfermedad hasta en el 90 por ciento de los casos.
- ✓ Un paciente con tuberculosis y baciloscopia positiva pudo contagiar la enfermedad desde los tres meses previos al primer esputo positivo o desde los tres meses previos a la aparición de los síntomas tuberculosos, lo que ocurra primero.
- ✓ En general, los contactos de alto riesgo suelen ser los convivientes domiciliarios, y los de mediano riesgo los contactos laborales o escolares.
- ✓ Las personas inmunocomprometidas son consideradas como contactos de alta prioridad o alto riesgo, independientemente de la frecuencia del contacto.
- ✓ Solicitaremos examen bacteriológico de esputo (dos muestras tomadas en días sucesivos) en sintomáticos respiratorios, es decir en aquellos pacientes que presenten tos y expectoración al menos durante dos semanas.





# 3

## CASO

La VDRL de Lucía Fontán continúa positiva...



## Caso Problema

Lucía se encuentra en seguimiento por su segundo tratamiento para sífilis. Tuvo varios inconvenientes personales y no pudo presentarse a todos los controles, hoy trae el último resultado de su VDRL. Por primera vez consulta con Jonathan, padre de sus tres hijos, quien no se controlaba desde la niñez.

La paciente realizó tratamiento para Sífilis (asintomática y de duración desconocida) en diciembre de 2011 y luego en enero de 2014, (recibió tres dosis de Penicilina G benzatínica 2.4 millones de UI cada vez).

Resumen de los resultados que pudimos obtener:

DILS	Cantidad de diluciones	Título de anticuerpos
Enero de 2012	16 dils. *	Negativo
Enero de 2014	64 dils. **	Negativo
Abril de 2014	32 dils. ***	Negativo
Octubre de 2014	32 dils. ***	

\* Control posterior al primer tratamiento.

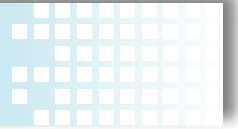
\*\* En esta consulta se le indican nuevamente 3 dosis de penicilina G (una por semana) mientras cursaba su tercer embarazo.

\*\*\* Controles posteriores al segundo tratamiento.



## Interrogantes

- ¿Con qué frecuencia debemos realizar el control del tratamiento para sífilis?
- ¿En el caso de Lucía, el descenso del título de anticuerpos es el esperable?
- ¿Debemos tratarla nuevamente?



## ¿Cómo evaluamos la eficacia del tratamiento con Penicilina?

Todos los pacientes deben realizar controles con VDRL cuantitativa a los 3, 6 y 12 meses posteriores al tratamiento, continuando con los testeos hasta documentar la negativización de la prueba a los 24 y 36 meses.

En las mujeres embarazadas estos controles deben ser mensuales con el objetivo de detectar precozmente una reinfección, ya que los títulos de los anticuerpos pueden tardar en descender y recién evidenciarse en el control de los 6 meses posteriores al tratamiento.

**El tiempo requerido para que los títulos de anticuerpos desciendan o se vuelvan negativos depende de varios factores:**

- ▶ El intervalo de tiempo entre el inicio de la infección y la instauración del tratamiento. Las personas tratadas durante una sífilis primaria pueden experimentar una mayor y más rápida reducción del título de anticuerpos que las personas tratadas durante los estadios latentes de la enfermedad.
- ▶ Si el título de anticuerpos es elevado, o si el paciente tiene antecedentes de sífilis previa los títulos pueden descender más lentamente.
- ▶ La mayor severidad de la enfermedad, como la afectación del SNC (neurosífilis) y la co-infección con VIH también prolongan el tiempo de descenso de anticuerpos.

**Luego de un tratamiento correcto, ¿cuándo es esperable observar un descenso clínicamente significativo de la VDRL (dos diluciones o cuatro veces el título de anticuerpos)?**

En pacientes con infección temprana (sífilis primaria, secundaria y sífilis latente temprana) debería observarse un *descenso mínimo* de cuatro veces el título de anticuerpos (por ej.: de 16 dils a 4 dils) a los seis meses de instaurado de tratamiento<sup>7,8</sup>.

Sin embargo, en un paciente cuyo título de anticuerpos pre-tratamiento es relativamente alto (por ejemplo, >1:32), una disminución de cuatro veces el título no puede esperarse durante 12 a 24 meses luego de un tratamiento exitoso.

En contraste, las personas con sífilis latente tardía (sífilis mayor a un año de evolución o de duración desconocida), y aquellos con la etapa tardía de la enfermedad (sífilis terciaria, incluyendo la afectación ocular u ótica) pueden experimentar bajas tasas de disminución de anticuerpos<sup>9</sup>. *Sin embargo, siempre y cuando el título de anticuerpos esté en descenso, se supone que el paciente responde al tratamiento.*

**Luego de un tratamiento exitoso, ¿cuándo podremos observar la negativización de la VDRL?**

La VDRL debería negativizarse un año después del tratamiento exitoso de una sífilis primaria y dos años después de un tratamiento satisfactorio de una sífilis secundaria [2,5] o latente. La mayoría de los pacientes con sífilis tardía (terciaria) deben ser negativos en el quinto año de tratamiento [3].

7. STD Treatment Guidelines, (2010).

8. Fiumara NJ. (1980). Treatment of primary and secondary syphilis. Serological response. JAMA.

9. Fiumara NJ. (1979). Serologic responses to treatment of 128 patients with late latent syphilis.

En el 15 a 20 por ciento de los casos la VDRL no se negativizará [3], y los anticuerpos del paciente se estabilizarán generalmente en niveles menores a 8 dil. (1/8); en estos casos se aconseja control clínico, re-chequeo periódico de los títulos de VDRL y solicitar test de VIH.

**La repetición de tratamiento debe considerarse si:**

- ▶ Persisten o recurren los signos o síntomas de sífilis.
- ▶ Cuando existe un nivel sostenido o un aumento de los títulos de VDRL tras 6 meses o persista una reacción positiva más allá de 12 meses en la sífilis primaria; o 24 meses en la sífilis secundaria o latente, o 5 años en la sífilis terciaria<sup>10,11</sup>.

Tengamos en cuenta que el fracaso del tratamiento puede deberse a una inadecuada evaluación del compromiso del SNC antes del tratamiento. Siempre que el descenso en el título de anticuerpos no sea el esperado para la situación clínica del paciente, realizaremos un seguimiento conjunto con especialista.



## Puntos claves

- ✓ Una disminución de cuatro veces en el título de anticuerpos (el valor previo dividido 4), lo que equivale a un cambio de dos diluciones (por ejemplo, de 1:16 a 1:4 o desde 1:32 a 1:8) se considera un cambio significativo, reflejo de una respuesta adecuada al tratamiento<sup>12</sup>.
- ✓ La detección de un aumento de cuatro veces en el título de anticuerpos (de 1/4 a 1/16) sugiere reinfección<sup>13</sup>.
- ✓ La VDRL debería negativizarse un año después del tratamiento exitoso de una sífilis primaria y dos años después de un tratamiento satisfactorio de una sífilis secundaria [2,5] o latente. La mayoría de los pacientes con sífilis tardía (terciaria) deben ser negativos en el quinto año de tratamiento<sup>14</sup>.
- ✓ La mayoría de los pacientes tratados correctamente lograrán disminuir los títulos de VDRL hasta que el resultado de la misma se transforme en no reactivo, pero entre el 15 y el 20 por ciento de los casos esto no ocurrirá, y los anticuerpos del paciente se estabilizarán generalmente en niveles menores de 8 dil. (1/8); en estos casos se aconseja control clínico, re-chequeo periódico de los títulos de VDRL y solicitar test de VIH.
- ✓ Tengamos en cuenta que el fracaso del tratamiento puede deberse a una inadecuada evaluación del compromiso del SNC antes del tratamiento.
- ✓ Aunque los pacientes con una lenta disminución de anticuerpos necesitan un seguimiento cuidadoso, tanto clínico como serológico, los médicos no deberíamos apresurarnos a concluir que se ha producido el fracaso del tratamiento. Siempre y cuando la titulación no esté aumentando, el seguimiento es conservador.

10. Brown ST, Akbar Z, Larsen SA. (1985). Serological response to syphilis treatment. JAMA.

11. Fiumara NJ. (1980). Reinfection primary, secondary, and latent syphilis. Sex Transm Dis.

12. STD Treatment Guidelines, (2010).

13, 14. Fiumara NJ. (1979). Serologic responses to treatment of 128 patients with late latent syphilis.



---

Si querés ver otros casos, visitá nuestra web, [www.progamaremediar.wordpress.com.ar](http://www.progamaremediar.wordpress.com.ar), donde vas a poder dejar tus dudas, comentarios y sugerencias.  
Hasta el próximo número. ¡Saludos afectuosos!

**Programa Remediar**

---





# Bibliografía

## Caso 1

### Bibliografía

Hicks C. (2014). *Diagnostic testing for syphilis*. UpToDate.

*Prevención de la transmisión vertical de: sífilis, hepatitis B y VIH. Recomendaciones para el trabajo de los equipos de salud*. (2013). Dirección de Sida y ETS. Ministerio de Salud de la Nación.

*Infecciones Prevalentes en el Primer Nivel de Atención. Unidad 3. Curso en Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud*. (2013). Programa Remediar. Ministerio de Salud de la Nación.

*Primer consenso de diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades de transmisión sexual*. (2011). Sociedad Argentina de Infectología (SADI).

*Manual de Técnicas y Procedimientos para el Diagnóstico de Sífilis*. (2010). Centro Nacional de Referencia en Enfermedades de Transmisión Sexual. INEI –ANLIS - Dr. Carlos G. Malbrán.

Gerald L. Mandell, John E. Bennett, Raphael Dolin. (2006). *Enfermedades Infecciosas Principios y Práctica*. Capítulo 235. Vol. 3.

## Caso 2

### Bibliografía

Battistella, G. (2014). *Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud. Infecciones prevalentes en el PNA. Unidad 2*. Programa Remediar. Ministerio de Salud de la Nación.

Kimon C. Zachery. (2014). *Tuberculosis transmission and control*.

Madhukar, P., Dick Menzies. (2014). *Diagnosis of latent tuberculosis infection (tuberculosis screening) in HIV-negative adults*.

Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Normas técnicas. (2013). Ministerio de salud de la Nación.

*Consenso argentino de tuberculosis*. (2009). Asociación Argentina de Medicina Respiratoria.

*Guías de diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis*. (2010). Hospital Muñiz. Instituto Vaccarezza.

## Caso 3

### Bibliografía

Hicks, C. (2014). *Diagnostic testing for syphilis*. UpToDate.

Hicks, C. *Laboratory monitoring of patients undergoing treatment for syphilis*. UpToDate.

Norwitz, E. *Syphilis in pregnancy*. UpToDate.

*Prevención de la transmisión vertical de: sífilis, hepatitis B y VIH. Recomendaciones para el trabajo de los equipos de salud*. (2013). Dirección de Sida y ETS. Ministerio de Salud de la Nación.

*Infecciones Prevalentes en el Primer Nivel de Atención. Unidad 3. Curso en Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud*. (2013). Programa Remediar. Ministerio de Salud de la Nación.

*Primer consenso de diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades de transmisión sexual*. (2011). Sociedad Argentina de Infectología (SADI).

Gerald L. Mandell, John E. Bennett, Raphael Dolin. (2006). *Enfermedades Infecciosas. Principios y Práctica*.

### Autores

Méd. Jesús Fumagalli

### Comité Editorial

Lic. Mauricio Monsalvo

Méd. Romina Gaglio

Méd. Analía Gil

Revisor de estilo: Lic. Leandro Koren

### Revisores

#### Caso 1

Dr. Emiliano Bissio. Coordinador del Área Asistencial de la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual. Ministerio de Salud de la Nación.

#### Caso 2

Dra. Mariana Latorraca. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación.

#### Caso 3

Dr. Emiliano Bissio. Coordinador del Área Asistencial de la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual. Ministerio de Salud de la Nación.

