



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE SUCRE
ESCUELA DE CIENCIAS
DEPARTAMENTO DE BIOANÁLISIS

PREVALENCIA DE VIH Y SIFILIS EN PACIENTES ADICTOS QUE ACUDEN A LOS
CENTROS DE REHABILITACION POR DROGADICCIÓN DE CUMANÁ. ESTADO
SUCRE

ADRIANA PATRICIA MAZA NÚÑEZ

TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARCIAL PARA
OPTAR AL TITULO DE LICENCIADO EN BIOANÁLISIS

CUMANÁ, 2009

PREVALENCIA DE VIH Y SÍFILIS EN PACIENTES ADICTOS QUE ACUDEN A
LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN POR DROGADICCIÓN DE CUMANÁ.
ESTADO SUCRE

APROBADO POR:

Profa. Daxi Caraballo
Asesora

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	i
DEDICATORIA.....	ii
LISTA DE TABLAS.....	iii
RESUMEN.....	iv
RESUMEN.....	iv
INTRODUCCIÓN.....	1
METODOLOGÍA.....	8
Muestra Poblacional.....	8
Recolección de Muestra.....	9
Técnica para la Determinación de Anticuerpos anti-VIH.....	9
Técnica para Determinación de Anticuerpos Reagínicos no específicos para <i>T. pallidum</i>	10
Confirmación de los Casos Reactivos para VDRL.....	11
Análisis Estadísticos.....	12
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	13
CONCLUSIONES.....	24
RECOMENDACIONES.....	25
BIBLIOGRAFÍA.....	26
ANEXOS.....	33

AGRADECIMIENTOS

A Dios y a la Virgen del Valle.

A mis Padres.

A los jóvenes de HOVELI y UTAF, sin ellos no hubiese sido posible este trabajo.

A mi asesora Daxi Caraballo, por confiar en mi, y porque más que una asesora la considero una amiga que me brindó su orientación y guía cuando la necesite.

A la Profa. Jannabeth Cabrera.

A la Dra. María De Freitas.

Y a todas las personas que de alguna manera permitieron que este trabajo se pudiera llevar a cabo.

MUCHAS GRACIAS

DEDICATORIA

A:

Mis padres, quienes siempre han estado a mi lado para apoyarme en todo momento y han luchado conmigo guiándome por el camino del bien, a ellos les debo mi vida y todos mis logros obtenidos hasta ahora. Que Dios le de mucha salud para ver los frutos de lo que sembraron en mí como persona.

Mis hermanos, quienes han compartido tantas cosas conmigo y siempre han estado ahí para apoyarme en todo.

Mi novio, amigo y compañero Anthony Velásquez, quien siempre estuvo ahí cuando necesite su apoyo, siempre tuvo un tiempo para ayudarme en este trabajo.

Con mucho cariño y amor, a todos ustedes, las personas más importantes de mi vida, les dedico este trabajo.

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Prevalencia de sífilis en pacientes adictos que asisten a los centros de rehabilitación por drogadicción de Cumaná estado Sucre. Mayo – agosto, 2008.....	13
Tabla 2. Títulos de VDRL en pacientes adictos que asisten a los centros de rehabilitación por drogadicción de Cumaná estado Sucre. Mayo – agosto, 2008.....	14
Tabla 3. Pacientes en rehabilitación por consumo de drogas y su asociación con la edad. Cumaná estado Sucre. Mayo – agosto, 2008.....	15
Tabla 4. Pacientes en rehabilitación por consumo de drogas y su asociación con el sexo. Cumaná estado Sucre. Mayo – agosto, 2008.....	16
Tabla 5. Pacientes en rehabilitación por consumo de drogas y su asociación con su procedencia. Cumaná, estado Sucre. Mayo – agosto, 2008.	17
Tabla 6. Pacientes en rehabilitación por consumo de drogas y su asociación con el grado de instrucción. Cumaná, estado Sucre. Mayo – agosto, 2008.....	18
Tabla 7. Pacientes en rehabilitación por consumo de drogas y su asociación con el número de parejas sexuales. Cumaná estado Sucre. Mayo – agosto, 2008.	19
Tabla 8. Tipo de drogas utilizadas por los pacientes en rehabilitación por drogadicción. Cumaná, estado Sucre. Mayo – agosto, 2008.....	20
Tabla 9. Distribución de pacientes en rehabilitación por uso de drogas según el tiempo de consumo. Cumana, estado Sucre. Mayo – agosto, 2008.	21
Tabla 10. Distribución de Pacientes en rehabilitación por uso de drogas según con la forma de consumo. Cumana, estado Sucre. Mayo – agosto, 2008.....	22
Tabla 11. Sintomatología de la Sífilis en pacientes en rehabilitación por drogadicción. Cumaná estado Sucre. Mayo – agosto, 2008.....	23

RESUMEN

Se realizó un estudio comparativo con la finalidad de evaluar la prevalencia de VIH y Sífilis, en pacientes adictos que asisten a los centros de rehabilitación por drogadicción (Unidad de Tratamiento A fármacodependiente "UTAF" y Hogares Verdaderamente Libres "HOVELI") de Cumaná, estado Sucre, durante el periodo comprendido entre mayo - agosto 2008; la población estuvo constituida por ciento veinte pacientes, todos mayores de 18 años y de cada sexo, de los cuales, cuarenta de estos fueron pacientes drogadictos (grupo experimental) y ochenta pacientes no drogadictos (grupo control), procedentes de la misma área de influencia. A cada paciente se le tomó una muestra de sangre y se les aplicó una encuesta socioepidemiológica. A las muestras obtenidas en ambos grupos se les realizaron determinaciones de HIV y VDRL cualitativo y cuantitativo. Luego se realizaron pruebas confirmatorias, mediante la prueba de FTA- Abs, para determinación de *Treponema pallidum*, a todas las muestras de VDRL reactivas. No se encontró ningún paciente positivo para HIV en ambos grupos. Se encontró una prevalencia de 15% para sífilis en los pacientes drogadictos y de 0% en los no drogadictos. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el consumo de drogas y las variables edad, sexo, número de parejas y grado de instrucción. Los resultados obtenidos permitieron concluir que existe relación entre la sífilis y el consumo de drogas.

Palabras o frases claves: VIH, Sífilis, SIDA, ITS, VDRL, drogadicción.

INTRODUCCIÓN

La droga es toda sustancia capaz de alterar el organismo y su acción psíquica la ejerce sobre la conducta, la percepción y la conciencia; cuyo consumo pueden producir dependencia, estimulación o depresión del sistema nervioso central y dando como resultado un trastorno en la función del juicio, del comportamiento o del ánimo de la persona. La dependencia a la droga es conlleva al consumo excesivo, persistente y periódico de toda sustancia tóxica. La drogadicción causa problemas físicos, psicológicos, sociales y financieros. Se denomina drogadicción al estado psíquico y, a veces, físico causado por la interacción entre un organismo vivo y una droga, caracterizada por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible al tomar la droga en forma continua o periódica (Weilandt, 2002). Las drogas pueden entorpecer las facultades mentales de un individuo, lo cual podría aumentar las posibilidades de tener relaciones sexuales sin las medidas de prevención necesarias (Programa nacional de prevención y control de ITS/VIH/SIDA, 2008).

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un grupo de signos y síntomas que pueden clasificarse de acuerdo al agente etiológico, las cuales, frecuentemente, se adquieren a través de relaciones sexuales entre una persona susceptible y otra enferma (Brunham y Plummer, 1990). En la actualidad se conocen alrededor de 40 agentes microbianos causantes de estas infecciones, como virus, bacterias, hongos y protozoarios, cuya fuente de infección son las vías genito-urinarias, ano-rectal y oro-faríngeas de los seres humanos (Finegold y Baron, 1991).

Desde el comienzo de la epidemia de SIDA se ha señalado al uso de drogas inyectables como uno de los principales factores de riesgo para el contagio del virus de

inmunodeficiencia humana (VIH). En una investigación del Centro Nacional de Referencia en SIDA (CNRS), realizado en colaboración con organizaciones no gubernamentales dedicadas al estudio de las adicciones, revela que inhalar cocaína también aumenta el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual (Ríos, 2003).

El VIH/SIDA se ha propagado en todos los países rápidamente, constituyendo una pandemia difícil de controlar, ya que la naturaleza de la enfermedad y su principal modo de transmisión es a través de relaciones sexuales (Flores et al., 1998).

Según cifras registradas en el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS, 2002), en Venezuela, la mayoría de los casos de ITS ocurre en grupos de edades comprendidas de 15 a 35 años, siendo los jóvenes los más afectados, debido a su mayor actividad sexual y falta de información sobre la sexualidad y las ITS. Cada año se transmiten sexualmente 256 millones de infecciones nuevas y reinfecciones en todo el mundo, razón por la cual el 5% de la población adquiere anualmente una infección de este tipo (Betancourt, 2002).

Existen factores que contribuyen a la propagación de las enfermedades de transmisión sexual, tales como la iniciación temprana de la sexualidad, la promiscuidad, control inadecuado de la prostitución, y la deficiente educación sexual de jóvenes y adultos sobre las formas de contagio (Youm y Loumann, 2002).

El VIH fue aislado en 1983, pertenece a la familia Retroviridae y a la subfamilia Lentivirinae, se caracteriza por producir enfermedades lentamente progresivas y fatales. Este virus tiene un tamaño entre 100 y 120 nm de diámetro, una envoltura externa formada por glucoproteínas y parte de la membrana plasmática de la célula huésped, a su vez, rodeada por una envoltura de bicapa lipídica. Dentro de la envoltura hay también enzimas

propias del virus, incluidas una transcriptasa inversa, una integrasa dentro de la cápside y una proteasa. Su genoma está constituido por una cadena de ARN monocatenario, que debe copiarse provisionalmente a ADN para poder multiplicarse e integrarse en el genoma de la célula que infecta (Delgado et al., 2001a). El VIH es adquirido a través de la exposición de la sangre del huésped o de sus membranas mucosas con sangre o secreciones infectadas, durante relaciones sexuales y transfusiones de sangre o derivados contaminados. También puede darse la transmisión vertical o perinatal, que a su vez, puede realizarse durante el embarazo, trabajo de parto y lactancia (Temerge, 1999).

El inyectarse drogas ilegales, puede contribuir al contagio con el VIH a través de agujas, jeringas y otros artículos que estén contaminados con la sangre de alguien que tiene el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (Programa nacional de prevención y control de ITS/VIH/SIDA, 2008).

Dentro de las formas de transmisión de la enfermedad, la mayor de ellas, hoy en día, está relacionada con la conducta de abuso de drogas. Usar o compartir agujas no estériles para inyectar heroína, cocaína y otras drogas, deja al toxicómano con más riesgo de contraer o transmitir el VIH. Por otro lado, simplemente tomando drogas de abuso, hay más riesgo de contraer la enfermedad, ya que hay estudios que demuestran que el uso de drogas y alcohol interfieren en el juicio de la persona en cuanto a su conducta sexual u otra actividad de riesgo, lo que les hace proclives a tener relaciones sexuales sin tomar las medidas preventivas oportunas, elevando el riesgo de contraer el VIH de compañeros sexuales infectados (Valderrama, 2000). Desde el inicio de la epidemia de VIH/SIDA hasta el 31 de diciembre de 1999, se han notificado en el Registro Nacional de casos de SIDA, 31 027 defunciones de enfermos de SIDA, de los cuales, aproximadamente, el 64% eran individuos adictos a drogas por vía parenteral, siendo la relación de hombres/mujeres de 5 a 1 (ONUSIDA, 2002).

Entre el 5% y el 10% de todas las infecciones mundiales con el SIDA se deben al uso de drogas que requieren de jeringuillas, según explica la Organización de Naciones Unidas (ONU) en su informe mundial sobre drogas. Para explicar esta situación, la ONU especifica que la heroína es la droga más extendida entre la población joven y, por ejemplo, en la provincia de Guizhou, en China, la consumen el 3% de todos los jóvenes en edad escolar. En todo el mundo, la mayoría de los casos en los que se expande el virus entre los usuarios de drogas inyectables se debe al uso de equipos contaminados; es decir, al intercambio de jeringuillas entre varias personas (ONUSIDA, 2002)

Las Naciones Unidas establecen que el 78%, de los 13,2 millones de personas en el mundo, que se inyectan drogas, viven en países en vías de desarrollo. La extensión del SIDA en grupos de drogadependientes que utilizan jeringuillas es muy rápida. La prevalencia del SIDA entre los consumidores de drogas inyectables, según la ONU, es de un 66,50% en Europa Occidental, un 73,30% en Europa del Este, mientras que en América Latina es de un 80%. En Asia se da la cifra más alta de prevalencia del SIDA entre consumidores de droga, donde alcanza el 92,30%, mientras que la más baja se encuentra en Australia y Nueva Zelanda, con un 1,23% (ONUSIDA, 2002).

Son pocos los estudios realizados en el estado Sucre sobre VIH, sin embargo, en la población de Güiría del estado Sucre, se encontró una prevalencia para VIH de 0,64% (Salazar, 2003), encontrando, además, que el bajo grado de instrucción, la falta de comunicación, la no utilización del condón, prostitución y la promiscuidad sexual, siguen siendo factores de riesgo para las ITS y el VIH. Un año más tarde, Mejías (2004) reportó un porcentaje ligeramente superior, (0,73%), en la ciudad de Cumaná, en el mismo estudio señala que las conductas antes mencionadas predisponen a la población a una posterior infección con el virus. Existen diferentes tipos de pruebas para detectar anticuerpos anti-VIH; entre las más utilizadas se encuentra el inmunoensayo enzimático (ELISA), debido a

que es la más sensible de las pruebas disponibles. Sin embargo, una prueba de ELISA positiva debe ser seguida por otra prueba más específica confirmatoria, como el Western Blot (Bernard, 1999).

Otras de las ITS de evolución crónica y distribución universal es la sífilis, cuyo agente causal es el *Treponema pallidum*, perteneciente a la familia Spirochaetaceae. Es un microorganismo en forma de espiral, que mide de 6 a 15 μm de longitud por 0,2 μm de grosor, móvil, delgado, con un número de espirales que oscila entre 4 y 14, es sensible a la desecación y a los antisépticos suaves, por lo que su transmisión requiere del contacto directo (Koneman et al., 1999).

El 90% de los casos se transmiten por contacto sexual íntimo, también puede ser transmitida por contagio indirecto en el caso de las transfusiones sanguíneas o sus derivados contaminados. Es muy poco frecuente esta forma de contagio, porque las condiciones normales de almacenamiento en los bancos de sangre, el patógeno muere en un lapso de 24 horas (Pereyra, 1987). La otra vía de transmisión es a través de la placenta, cuando este evento ocurre se tiene como resultado un recién nacido con sífilis congénita. La organización mundial de la salud (OMS) señala que, para el año 1999 se registraron en el mundo un total de 12 millones de casos para sífilis y 3 millones para América Latina y el Caribe (WHO/UNAIDS, 2004). En Venezuela, entre 1993 y 1997 se reportaron 7 756 casos de sífilis en todas sus formas. A pesar, de que en dicho quinquenio la sífilis tuvo un descenso de 26,20% (de 8 927 casos, en 1993, bajó a 6 584 casos, en 1997), la proporción de sífilis adquirida reciente sintomática (SARS), en el año de 1997, fue de 69,60% y, además, se registraron en ese año 76 casos de sífilis congénita. En el estado Sucre se reportó un total de 526 casos reactivos para el año 2002, siendo la población masculina el grupo más afectado (MSDS, 2002).

Las manifestaciones clínicas de la sífilis se engloban cronológicamente en distintos periodos: el primario o sífilis primaria se caracteriza por la aparición del chancro blando; secundario o sífilis secundaria, que se presenta con malestar general, pérdida del apetito, ronquera, pérdida ligera de peso, leve aumento de la temperatura corporal y alrededor de los 4 a 12 meses del comienzo de la enfermedad aparecen lesiones papulosas de color rojo oscuro, prominentes, redondeadas, de tamaño variable, estas lesiones sanan espontáneamente y se produce un período de latencia asintomático. El periodo terciario o sífilis tardía se caracteriza por las manifestaciones de lesiones en la piel (gomas), que aparecen, por lo general, a cabo de 3 a 7 años de la infección no tratada. Además, se ha descrito a la sífilis congénita como el contagio del feto a través de la placenta de la madre con sífilis (Planes, 2002).

La importancia de resaltar la prevalencia de sífilis se debe a que la presencia de esta enfermedad facilita la aparición de otras ITS, pues se ha demostrado que la sífilis, debido a la ulceración genital que produce, es un cofactor asociado para adquirir principalmente ITS de origen viral como Herpes tipo 2, hepatitis B y VIH (Hernández et al., 1998). La población es de 2 a 5 veces más susceptible a la infección por VIH cuando otra ITS está presente, las ITS que causan lesiones genitales crean una puerta de entrada para VIH y las que se acompañan de secreción cervical aumentan, particularmente, la susceptibilidad en la mujer (Ministerio de Salud Pública, 2000).

Las pruebas serológicas empleadas actualmente para el diagnóstico de la sífilis se dividen en dos grupos, las no treponémicas o reagínicas, tales como: la estandarizada por el Laboratorio para el Diagnóstico de Enfermedades Venéreas (VDRL), la prueba de Reagina de Plasma Rápido (RPR) y prueba de suero con partículas coloreadas con rojo de toluidina (TRUST), las cuales se basan en el antígeno compuesto de soluciones alcohólicas, con cantidades predeterminadas de cardiolipinas, colesterol y lecitina. Para confirmar los

resultados reactivos obtenidos de las pruebas reagínicas, se emplean las pruebas treponémicas como: las pruebas de hemoaglutinación de anticuerpos de *T. pallidum* (TPHA), inmunofluorescencia indirecta con absorción del suero (FTA-ABS), inmunofluorescencia indirecta con absorción y doble tinción (FTA-ABS DS), y aglutinación de partículas de *T. pallidum* (EIA). La prueba de hemoaglutinación para la determinación de anticuerpos anti-*T. pallidum* es uno de los métodos más sencillos de realizar, la sensibilidad de esta prueba en los diferentes estadios de la infección es de un 76% en la sífilis primaria, 100% en la sífilis secundaria, 97% en la sífilis latente y 94% en la sífilis tardía, con una especificidad del 99% para cada período (Estrada y Gallego, 1998).

La propagación de las enfermedades de transmisión sexual aumenta día a día en forma alarmante a nivel mundial, constituyendo un grave problema de salud que afecta principalmente a jóvenes, el consumo de drogas es uno de los factores predisponentes que influyen en la conducta del ser humano llevando consigo a las prácticas sexuales de manera promiscua y sin protección alguna, por lo tanto, estas personas son más propensas a sufrir de una enfermedad por transmisión sexual. En base a lo anteriormente planteado se hizo necesario realizar este estudio, con la finalidad de suministrar información que pueda ser aprovechada por los entes de salud encargados, para así elaborar programas que contribuyan con la prevención del consumo de drogas y consigo la propagación de las ITS.

METODOLOGÍA

Muestra Poblacional.

Se realizó un estudio comparativo de casos y controles para evaluar la presencia del VIH y sífilis en pacientes drogadictos que asisten a los centros de rehabilitación de la Ciudad de Cumaná. Se tomaron 120 pacientes, de los cuales, 40 de ellos son pacientes en rehabilitación por consumo de drogas (Casos), que acudieron a los centros de rehabilitación unidad de tratamiento a farmacodependiente (UTAF), ubicado en la calle principal de Caigüire y al centro Hogares Verdaderamente Libre (HOVELI), localizado en el Peñón, Sector la Matica, Cumaná, estado Sucre. Los otros 80 pacientes (Controles) afirmaron no haber consumido drogas. La toma de muestra se realizó en el período de mayo hasta agosto de 2008.

A los pacientes que forman parte de este estudio se les realizó una entrevista con el propósito de obtener autorización en este trabajo de investigación (Anexo 1); así mismo, se les realizó una encuesta de datos clínicos y epidemiológicos (Anexo 2), con la finalidad de conocer la clínica, y condiciones generales de cada uno de ellos. El estudio realizado se efectuó bajo estrictas normas de la ética médica, según la declaración de Helsinki y de las Normas internacionales para las investigaciones Biomédicas en las poblaciones humanas, promulgadas por el Consejo de Organización Internacional de Ciencias Médicas (CIOMS, 2002). Este estudio no comprometió bajo ningún aspecto la salud o vida de los individuos que participaron en el mismo.

Recolección de Muestra

Se escogieron 3 días por semana para la recolección de las muestras, la cual tuvo una duración de 4 meses de acuerdo a la disponibilidad de los pacientes del UTAF y HOVELI. A cada uno de los individuos se les tomó 5 ml aproximadamente, de sangre completa por punción venosa, con jeringas estériles desechables y previa asepsia de la zona, con algodón y alcohol al 70% (Bauer,1986). Las muestras se agregaron en tubos de ensayos secos, estériles y previamente identificados con el nombre y apellido de cada paciente. Luego de 20 a 30 minutos en reposo, tiempo necesario para la retracción del coagulo, se centrifugó durante 10 minutos. El suero sanguíneo fue separado con una pipeta Pasteur y vaciados a tubos de ensayos estériles, identificados y bien tapados, se almacenó en congelación de -20 °C hasta el momento de ser procesado.

Técnica para la Determinación de Anticuerpos anti-VIH

Para la determinación de anticuerpos anti-VIH en las muestras de suero, se utilizó la técnica de inmunoensayo enzimático (ELISA) Murex VIH 120 (Abott), la cual utiliza como fase sólida microplacas de polietileno de micro ELISA revestida con los antígenos. Las muestras se incubaron en los pocillos y, si se encontraban presentes los anticuerpos específicos, estos eran ligados a los antígenos de recubrimiento. La formación del complejo antígeno-anticuerpo se evidenció en una segunda etapa por la adición de un conjugado Anti-IgG humana/peroxidasa de rábano (HRP), que se une a los anticuerpos ya fijados. Posteriormente, se añadió el sustrato tetrametilbencidina (TMB), el cual es degradado y produce color, cuya intensidad es directamente proporcional a la concentración de anticuerpos anti-VIH presentes en la muestra estudiada (Chadwick y Vanderborgh, 1992).

Los reactivos y las muestras se llevaron a temperatura ambiente, los cuales habían

sido guardados a -20°C hasta el momento del procedimiento. Se colocaron 50 µl de solución diluyente de muestra en cada pocillo de reacción, posteriormente, 10 µl de cada uno de los sueros a ensayar. Seguidamente, se cubrió la microplaca con una cinta adhesiva, se agitó suavemente para mezclar y se incubaron las muestras y controles durante 30 minutos a 37°C. Luego se procedió a lavar los pocillos de reacción 5 veces con tampón fosfato. La solución permaneció como mínimo 30 segundos en cada pocillo en cada lavado, después de la última aspiración, se colocó la placa sobre papel absorbente. Se agregaron 100 µl del sustrato tetrametilbencidina (TMB) a cada pocillo, luego se incubó por 15 minutos a temperatura ambiente y posteriormente, se procedió a realizar la lectura espectrofotométricamente a 450nm, en un lector de micro ELISA, el cual permitió detectar la presencia de anticuerpos anti-VIH, en la muestra (Chadwick y Vanderborgh, 1992).

Técnica para Determinación de Anticuerpos Reagínicos no específicos para *T. pallidum*

La presencia de *T. pallidum* se determinó mediante el uso de la prueba de floculación para suero en porta objetos para (VDRL), esta es una prueba no treponémica, en la cual se emplea un antígeno compuesto por una solución alcohólica con cantidades predeterminadas de cardiolípidinas 0,003%, colesterol 0,09% y lecitinas 0,022%, también posee cloruro de colina un 10%, mertiolato sódico 0,1%, que forman una suspensión de partículas finas, las cuales reaccionan con las reaginas presentes en el suero de los individuos infectados por *T. pallidum*, originando flóculos que se observan al microscopio óptico, demostrando la positividad de la prueba (Larsen *et al.*, 1998).

Para la realización de la prueba VDRL cualitativo, los sueros recolectados, los controles positivos y controles negativos fueron inactivados a 56°C por 30 minutos,

posteriormente, se dejaron en reposo hasta alcanzar temperatura ambiente. Luego, en una placa especial para la determinación de VDRL se procesaron simultáneamente un control de antígeno con solución salina fisiológica y las muestras. Se colocaron la placa en un rotador por 5 minutos a 180rpm y se observaron al microscopio óptico con objetivo de 10X. Para el reporte de la observación microscópica se tomaron los siguientes criterios: Sueros sin grupo de floculación: NO REACTIVO, Sueros con grupos de floculación pequeños: REACTIVOS DÉBILES, Sueros con grupos floculación medianas y grandes: REACTIVOS. Posteriormente, se procedió a realizar la prueba cuantitativa a los sueros que resultaron reactivos y reactivos débiles, para conocer los títulos de reactividad. Para esto se realizaron diluciones seriadas en el mismo tipo de placa (1:2, 1:4, 1:8, 1:16, 1:32, 1:64, 1:128 y 1:256) con solución salina fisiológica, se le agregó una gota de antígeno con una aguja de calibre 19 y se colocó en el rotador por 5 minutos a 180rpm, luego para finalizar, se observaron al microscopio y se reportaron los títulos de las muestras estudiadas (Larsen *et al*, 1998).

Confirmación de los Casos Reactivos para VDRL

Para corroborar los casos positivos, se utilizó la prueba de anticuerpo Treponémicos fluorescentes (FTA-Abs), esta es una prueba treponémica que se fundamenta en diluir el suero problema en un absorbente (extracto proveniente de cultivos de *T. phagadenis*, el treponema de Reiter) a una dilución 1:5, la cual se coloca sobre un portaobjeto sensibilizado con *T. pallidum*, se unen a la bacteria y la globulina antihumana marcada con isotiocinato de fluoresceína (FTTC) se fija a los anticuerpos del suero a que se adhiere a las espiroquetas. La reacción fluorescente se visualizó con un microscopio de fluorescencia. Se utilizó para controlar la calidad de esta técnica sueros controles reactivos y sueros controles inespecíficos incorporados al equipo (Larsen *et al.*, 1998).

Para realizar esta prueba se procedió de la siguiente manera; primero se prepararon los portaobjetos, mezclados completamente la suspensión del antígeno en un agitador durante 10 segundos. Luego se prepararon frotis muy delgados de *T. pallidum* dentro de cada círculo utilizando una asa de alambre de 2 mm, colocando una gota del antígeno dentro de dos círculos de 1 mm dejando secar al aire durante 15 minutos. Luego se fijó a los portaobjetos con acetona durante 10 minutos y seguidamente se secaron al aire, inmediatamente preparados los portaobjetos, se procedió a enumerar cada tubo y portaobjeto correspondido con su suero problema y control utilizado. Después la anti IgG humana es mezclada con FITC a su título de trabajo con 2% de Tween 80, y se colocaron en cada frotis 30 µl de esta preparación, repitiendo nuevamente la incubación y los lavados de los portaobjetos. Inmediatamente de realizado este paso se montaron los portaobjetos, colocando una pequeña gota de medio de montaje sobre cada frotis y se le aplicó un cubreobjeto, colocándose en una habitación oscura por 4 horas. Transcurrido este tiempo se procedió a leer las pruebas, utilizando microscopio de fluorescencia. La sensibilidad de la prueba es de un 100% y la especificidad es de un 98% (Koneman *et al.*, 1999).

Análisis Estadísticos

Los resultados obtenidos se presentaron a través de estadísticas descriptivas (tablas). Además, se aplicó la prueba de Chi-cuadrado (χ^2) con un nivel de confiabilidad de 95%, para asociar los factores de riesgos evaluados en ambos grupos (casos y controles) se calculó el riesgo relativo indirecto (OR) (Milton, 2001). La prevalencia se refiere al número de veces que se encuentra una condición en una población, en un tiempo determinado, se calcularon mediante la relación casos positivos/población en estudio X 100 (Ruiz y Morillo, 2004).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El VIH/SIDA y la sífilis son ITS, cuya prevalencia es elevada en la población adicta al consumo de drogas. El solo hecho de consumir cualquier tipo de sustancias, independientemente de la vía de administración, los individuos experimentan cambios en el comportamiento que podrían llevarlos a tener prácticas sexuales de manera promiscua y sin protección. De acuerdo con los resultados obtenidos en el presente estudio, todos los pacientes incluidos resultaron negativos para VIH, mediante la prueba ELISA, posiblemente, la cantidad de pacientes tomados como muestra, el cual fue de solo 40 casos y 80 controles, no fue suficiente para detectar la presencia de este microorganismo. Al respecto, Salazar (2003) reportó una baja prevalencia de VIH (0,64%), en este estado, en un estudio realizado en 625 habitantes de la población de Güiria, estado Sucre.

Tabla 1. Prevalencia de sífilis en pacientes adictos que asisten a los centros de rehabilitación por drogadicción de Cumaná estado Sucre. Mayo – agosto, 2008.

Sífilis	Drogadictos		No drogadictos		Fisher	p
	N	%	n	%		
Positivos	6	15	0	0	0,0010508	0,0018
Negativos	34	85	80	100		
Total	40	100	80	100		

p = probabilidad OR = Riesgo relativo indirecto n= número de pacientes p<0,05: significativo

En la tabla 1 se muestra la prevalencia de sífilis en pacientes adictos, que acuden a los centros de rehabilitación por drogadicción. Resultaron 6 pacientes positivos para la detección de anticuerpos reagínicos por la prueba de VDRL, todos confirmados por la prueba FTA-Abs, representando una prevalencia para sífilis del 15% para los pacientes drogadictos y en los pacientes controles no se encontraron casos positivos para T.

pallidum. Al aplicar la prueba estadística Test exacto de Fisher se encontró una asociación estadísticamente significativa. La prevalencia de sífilis encontrada en este estudio se explica por la elevada promiscuidad presente entre los drogadictos estudiados ya que, un 60% de estos manifestó haber tenido relaciones con más de 10 parejas, considerando así la promiscuidad como un factor de riesgo para contraer sífilis. En Venezuela, la infección de transmisión sexual más frecuente es la sífilis, con un repunte alarmante después del año 2000, seguida por VPH y VIH/SIDA (MSDS información del sida, 2002). Según Delgado *et al* (2001), la prevalencia de sífilis en Venezuela para la población general, en el año 2001, fue de 1,20%, lo cual indica que hay sífilis en el país, siendo considerada elevada entre los drogadictos. Al respecto, en un estudio realizado en la ciudad de los Ángeles, en el año 2000, se encontró un 5,7% de prevalencia entre los usuarios de drogas, cifras que son inferiores a las encontradas en este estudio (López *et al.*, 2000).

En la tabla 2 se presentan los títulos de VDRL encontrados en este estudio, se observa que el 100% de los pacientes positivos presentaron títulos superiores o iguales a 4 dils, títulos que reflejan la presencia de una infección activa, lo cual se confirmó a través de la determinación de FTA –Abs.

Tabla 2. Títulos de VDRL en pacientes adictos que asisten a los centros de rehabilitación por drogadicción de Cumaná estado Sucre. Mayo – agosto, 2008.

Títulos	Drogadictos	
	n	%
0 a 2 dils	0	0
2 - 4 dils	1	16,66
8 dils o más	5	83,33

n = número de pacientes

El VDRL tiene un 90% de sensibilidad para medir anticuerpos contra el material

lipídico liberado por el daño de la célula del huésped y, posiblemente, contra materiales parecidos a lípidos de la superficie de las espiroquetas, conocido como cardiolipinas (Hernández, 1990), por ello se realizó el FTA –Abs, ya que es una de las prueba diagnóstica con mayor sensibilidad y especificidad, para determinar anticuerpos específicos de *T. pallidum*.

En la tabla 3 se presenta la asociación entre el consumo de drogas con la edad, se puede observar que un 47,5% de los drogadictos presentaban edades comprendidas entre 18 – 25 años, seguido con un 30,0% el grupo de edades comprendidas entre 25 – 35 años, Al aplicar la prueba estadística Chi-cuadrado se encontró una asociación altamente significativa ($\chi^2 = 14,53$). Lo que indica que a menor edad, mayor es la probabilidad de caer en el consumo de drogas (Florenzano et al., 1992).

Tabla 3. Pacientes en rehabilitación por consumo de drogas y su asociación con la edad. Cumaná estado Sucre. Mayo – agosto, 2008.

Edades Años	Drogadictos		No drogadictos		χ^2	P
	n	%	n	%		
18 – 25	21	47,5	15	43,75	14,53	0,0007
25 – 35	11	30,0	35	31,25		
> 35	8	22,5	20	25,00		
Total	40	100	80	100		

χ^2 = Chi Cuadrado p = probabilidad n = número de pacientes p<0,001: altamente significativo

El consumo de drogas ilícitas muestra que los jóvenes han incrementado el consumo de estas sustancias. Por lo general, el consumo de marihuana y cocaína empieza a muy temprana edad, los amigos y conocidos son las personas que proporcionan la mayor parte de estas drogas por primera vez (Ortiz y Romero, 1991). Por otra parte, según datos de

fármacodependencia en el estado Sucre, los individuos más propensos al consumo de drogas son los varones entre 14 – 25 años (CONACUID, 1997).

Los escasos datos existentes en la región sobre este problema indican que del 10 al 30% de los adolescentes han consumido drogas ilícitas, la mayoría en una forma experimental limitada. Según Henaqui, (1996), el uso de estas sustancias se inicia en la adolescencia y la tasa correspondiente a los adolescente y jóvenes es mayor que en adultos.

Gamarra (1999), quien realizó estudio en San Juan de los Morros, estado Guarico, Venezuela, reportó que la edad donde se encuentran el mayor número de infectados por ITS se ubica entre los 15 – 24 años, etapa que comprende la edad del desarrollo sexual y el inicio de la etapa adulta.

En la tabla 4 se presenta la asociación entre el consumo de drogas y el sexo, se encontró que el 95% de los drogadictos corresponden al sexo masculino, contra un 56,25% de los pacientes no drogadictos. Al aplicar la prueba estadística Chi-cuadrado se encontró una asociación altamente significativa ($\chi^2 = 17,00$) y un OR que indica que la probabilidad de consumir drogas es 14,73 veces mayor para los hombres que para las mujeres.

Tabla 4. Pacientes en rehabilitación por consumo de drogas y su asociación con el sexo. Cumaná estado Sucre. Mayo – agosto, 2008.

Sexo	Drogadictos		No drogadictos		χ^2	p	OR
	n	%	n	%			
Masculino	38	95	45	56,25	17,00	0,00003	14,73
Femenino	2	5	35	43,75			
Total	40	100	80	100			

χ^2 = Chi Cuadrado p = probabilidad OR = Riesgo relativo indirecto n= número de pacientes p<0,001: altamente significativo

El uso de drogas ilícitas por sexo, en la población general, indica que un marcado número de consumidores son hombres, al compararlo con el consumo de drogas en mujeres se observa una relación de 4 a 1. Es así como la tasa de consumo de drogas ilícitas, según la prevalencia para el año 2004, es de 9,27% en hombres y de 2,20% en las mujeres Chile (Conace, 2004).

Tabla 5. Pacientes en rehabilitación por consumo de drogas y su asociación con su procedencia. Cumaná, estado Sucre. Mayo – agosto, 2008.

Procedencia Parroquias	Drogadictos		No drogadictos		χ^2	p
	n	%	n	%		
Valentín valiente	12	27,5	17	21,25	2,61	0,4553
Santa Inés	8	22,5	19	23,75		
Altagracia	8	20,0	23	28,75		
Ayacucho	7	17,5	21	26,25		
Otra	5	12,5	0	0,00		
Total	40	100	80	100,0		

χ^2 = Chi Cuadrado p = probabilidad n = número de pacientes p>0,05: no significativo

En la tabla 5 se presenta la asociación entre la procedencia del paciente y el consumo de drogas, encontrándose homogeneidad en cuanto al número de pacientes, de las distintas parroquias, que fueron atendidos en los centros de rehabilitación incluidos en el presente estudio, posiblemente, está sea la razón por la que no se encontró asociación estadísticamente significativa entre los parámetros analizados. Particularmente, todos los pacientes estudiados tenían residencias fijadas en las distintas parroquias ubicadas en el municipio Sucre, las cuales presentan características sociales similares, sin embargo, se observó que un mayor porcentaje de casos provenían de la parroquia Valentín Valiente, donde se encuentran ubicados los centros de rehabilitación UTAF y HOVELI. La proximidad de dichos centros pudiera explicar, el porque la mayoría de los pacientes y su

familiares acudieron a estos sitios en busca de ayuda para su rehabilitación. Cabe destacar que estos jóvenes deben asistir estos centros por voluntad propia, para su recuperación, y esto facilita su rehabilitación.

En la tabla 6, se presenta la asociación entre el grado de instrucción y el consumo de drogas, encontrándose que un 60% de los pacientes drogadictos manifestaron poseer sólo instrucción primaria. Al aplicar la prueba estadística Chi-cuadrado se encontró una asociación altamente significativa ($\chi^2 = 19,22$), lo cual demuestra que a menor grado de instrucción mayor es la probabilidad de caer en el consumo de drogas, esto se explica por todos los factores de tipo socioeconómicos relacionados con la poca instrucción, como son la pobreza, falta de vivienda, mala alimentación, entre otros (Martins et al., 2008).

Tabla 6. Pacientes en rehabilitación por consumo de drogas y su asociación con el grado de instrucción. Cumaná, estado Sucre. Mayo – agosto, 2008.

Grado de instrucción	Drogadictos		No drogadictos		χ^2	p
	n	%	n	%		
Primaria	22	60	15	23,75	19,22	0,0001
Secundaria	16	37,5	42	48,75		
Universitaria	2	2,5	23	32,5		
Total	40	100	80	100,0		

χ^2 = Chi Cuadrado p = probabilidad n = número de pacientes p<0,001: altamente significativo

Las escuelas son de gran importancia para la formación cultural de los jóvenes, las cuales pueden pasar a ser el espacio ideal para la educación sobre la sexualidad, las ITS y las aptitudes para la vida que pueden ayudar a los jóvenes a evitar poner en peligro su propia vida y la de sus parejas (Joanes et. al., 2003).

El grado de instrucción es un posible factor predisponente que influye en la conducta

del individuo, ya que permite justificar e interpretar información sobre cualquier enfermedad y sus complicaciones, asumiendo medidas de prevención y tratamiento mediante programas destinados a tales fines. Los drogadictos incluidos en esta investigación en su mayoría provienen de áreas urbanas marginales y muchos de ellos afirmaron tener un nivel básico de educación, lo que podría conllevar a una falta de información sexual, por lo tanto, riesgo de contraer y transmitir alguna de las ITS como sífilis y VIH.

Tabla 7. Pacientes en rehabilitación por consumo de drogas y su asociación con el número de parejas sexuales. Cumaná estado Sucre. Mayo – agosto, 2008.

Nº de parejas sexuales	Drogadictos		No drogadictos		χ^2	p
	n	%	n	%		
> 10	23	60	5	6,25	69,39	0,00000
4-8	16	35	10	12,5		
0-4	1	5	65	81,25		
Total	40	100	80	100,0		

χ^2 = Chi Cuadrado p = probabilidad n = número de pacientes p<0,001: altamente significativo

En la tabla 7 se presenta la asociación entre el número de parejas sexuales y el consumo de drogas. Se observa que el 60% de los pacientes manifestaron haber tenido contacto sexual con más de 10 parejas, manifestando, además, haber tenido contactos tanto con homosexuales como heterosexuales y, en muchas ocasiones, relaciones con desconocidos. Al aplicar la prueba estadística Chi-cuadrado se encontró una asociación altamente significativa ($\chi^2 = 69,39$) entre éstos dos factores, lo que señala a mayor cantidad de parejas sexuales, mayor riesgo de exposición y, por lo tanto, mayor es la probabilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual.

La promiscuidad y la edad precoz de inicio de relaciones sexuales son comportamientos no saludables, que incrementan el riesgo de padecer enfermedades de transmisión sexual y favorecen la propagación de estas (Chesson, 2002).

La tabla 8 muestra el tipo de drogas utilizadas por los pacientes en rehabilitación por consumo de drogas. Observándose que la droga de elección para el consumo es el crack, con 40%, seguido por la cocaína con 30%, por último, la marihuana, con 25%. Las drogas como el crack, la cocaína y sus derivados son las más utilizadas para esta población, ya que son de fácil acceso y económicas. Se observó que la mayoría de los pacientes afirmaron consumir dos tipos de drogas a la vez, casi siempre acompañadas con la ingesta de alcohol, y de ser la marihuana la droga de elección para el inicio del consumo en estos pacientes, pero luego prueban otros tipos de drogas.

Tabla 8. Tipo de drogas utilizadas por los pacientes en rehabilitación por drogadicción. Cumaná, estado Sucre. Mayo – agosto, 2008.

Drogas	Drogadictos	
	n	%
Crack	16	40
Cocaína	12	30
Marihuana	10	25
Otros	2	5
Total	40	100

n = número de pacientes

La marihuana y la cocaína, son sustancias simples o mezcladas, que al ser introducidas en el organismo vivo, pueden modificar una o más funciones de órganos vitales, tales como los riñones, el hígado y el sistema nerviosos central (Katzung, 1991; Salminen et al., 1997)

Datos similares a los encontrados en este estudio fueron reportados en un trabajo realizado en Maracaibo, Venezuela, en adultos jóvenes, consumidores crónicos de drogas de abuso, donde se obtuvo que la cocaína y el bazuco fueron las drogas de elección, un 78,40% de esta población inició con marihuana y el 60,70% fueron consumidores mixtos (Márquez et al.; 2001). Según Muñoz et al (1997), en un estudio realizado en Lima, Perú, se encontró que la droga consumida, fundamentalmente, por esa población es la pasta básica de cocaína en el 81% de los casos, incluyendo los consumos mixto, que es una combinación de pasta básica de cocaína más marihuana. Se ha observado que el uso de marihuana precede a la cocaína y, por ello, la marihuana se considera la puerta de entrada al uso de drogas ilícitas (Dupoint, 1985).

En la tabla 9 se muestra la distribución de los pacientes que usan drogas y el tiempo de consumo, el 50% de los pacientes en rehabilitación indicaron que habían consumido drogas por un tiempo mayor a 12 meses. En estudio realizado en pacientes adictos, se obtuvo que el tiempo de consumo de drogas, en el 79,50% de la población, fue mayor a un año (Muñoz et al., 1997).

Tabla 9. Distribución de pacientes en rehabilitación por uso de drogas según el tiempo de consumo. Cumana, estado Sucre. Mayo – agosto, 2008.

Tiempo (meses)	Drogadictos	
	n	%
4 – 8	5	12,50
8 – 12	15	37,50
> 12	20	50,00
Total	40	100

n = número de pacientes

En la tabla 10 se muestra la distribución de los pacientes que usan drogas según la forma de consumo, se obtuvo que el 37,50% utilizaron drogas de forma fumada, un 30% de forma inhalada, seguido de un 25% de los pacientes que se administraban drogas de manera inyectada, y otros 7,50% por vía oral. Se denota que la mayoría de los pacientes consumen drogas por vías distintas a la inyectada, la cual es de gran popularidad en países desarrollados. Muchos de estos pacientes afirmaron haber consumido drogas por más de una forma y que, además, la combinaban con la ingesta de alcohol, siendo las formas de consumo más utilizadas la fumada e inhalada, las cuales suelen ser de más fácil acceso y bajo costo.

Tabla 10. Distribución de Pacientes en rehabilitación por uso de drogas según con la forma de consumo. Cumana, estado Sucre. Mayo – agosto, 2008.

Forma de consumo	Drogadictos	
	n	%
Fumada	15	37,50
Inhalada	12	30,00
Inyectada	10	25,00
Oral	3	7,50
Total	40	100

n = número de pacientes

Al respecto, Monsalve et al (2007), en un trabajo realizado en Maracaibo, encontraron que el 90% de los consumidores de drogas lo realizaron de manera inhalada o fumada, lo cual coincide con los resultados hallados en el presente estudio.

En la tabla 11 se muestra la sintomatología de la sífilis expuesta por los pacientes y el consumo de drogas, se observó, que el exantema fue el signo más frecuente con un 83,33%, seguido por la pérdida del apetito y malestar general, el cual puede ser atribuido al consumo

de drogas por un lado, pero también se ve potenciado por la infección bacteriana. La presencia del chancro blando, como signo patognomónico de la sífilis activa, se observó en el 33,33% de los pacientes, el cual debió haber pasado desapercibido por el resto de ellos, ya que dicha lesión suele desaparecer, sin tratar, entre 2 y 8 semanas después del contagio, es decir, seguramente la mayoría lo tuvieron, pero en el momento del estudio negaron haberlo experimentado.

Tabla 11. Sintomatología de la Sífilis en pacientes en rehabilitación por drogadicción. Cumaná estado Sucre. Mayo – agosto, 2008.

Síntomas	Sífilis		Total
	n	%	
Exantema	5	83,33	6
Perdida del apetito	4	66,67	6
Malestar general	4	66,67	6
Fiebre	3	50	6
Presencia de chancro	2	33,33	6

n = número de pacientes

CONCLUSIONES

La prevalencia de sífilis fue de un 15% en los pacientes en rehabilitación por consumo de drogas.

Estuvieron asociadas de manera significativa las variables socioepidemiológicas: Edad, sexo, grado de instrucción, número de parejas con el consumo de drogas.

El consumo de drogas es un factor preponderante para el contagio y transmisión de la sífilis.

RECOMENDACIONES

Realizar jornadas informativas en los centros de rehabilitación con la finalidad de instruir sobre las ITS y su prevención.

Realizar periódicamente exámenes de VDRL y HIV a los pacientes en rehabilitación por drogadicción.

BIBLIOGRAFÍA

Bauer, J. 1986. Análisis clínico, métodos e interpretación. Novena edición. Editorial Reverte S.A. Barcelona, España.

Bernard, J. 1999. Diagnóstico y tratamiento clínico por el laboratorio. Novena edición. Medica Panamericana. Barcelona. España.

Betancourt, I. 2002. Comportamiento de las infecciones de transmisión sexual en área “La Caoba”. Revista Cubana Enfermería, 18(2): 92-7.

Butsashvili, M.; Tsertsvadze, T.; Mac nutt, L.; Kamkamidze, G.; Gvetadze, R. y Badridze, N. 2001. Prevalence of hepatitis C, syphilis and VIH in Georgia, U.S.A, blood donor. Europe Epidemiology, 17: 693-695

Brunham, R. y Plummer, F. 1990. Modelo general de la epidemiología de las enfermedades venéreas y sus consecuencias para su control. Clinic Medical Norte American, 7(6):1399-1414.

Chadwich, J y Vanderborgh, T. 1992. HIV: Sandwich type Elisa of the antibody to HIV. Immunology Methods, 9: 153-160.

Chesson, H. 2002. The cost effectiveness of the wing intervention: a program to prevent HIV and sexually transmitted disease among high-risk urban women infection disease, 2: 24.

CIOMS. 2002. “International ethical guidelines for biomedical research involving humar

subjects”: <<http://www.cioms.ch./frame.guidelines.nov2002>> (06/09/2007).

CONACE. 2004. “Consumo de drogas en mujeres chilenas”. <<http://www.conacedrogas.cl/inicio/index.php>>(02/07/2007).

CONACUID, 1997a. Factores que intervienen en el uso y abuso de drogas. Caracas, Venezuela.

CONACUID, 1997b. Conozcamos el problema del tráfico y consumo de drogas y sus consecuencias. Caracas, Venezuela.

Delgado, E.; León, M.; Villahermosa, M.; Deibis, L.; Echeverría, G.; Thomson, M.; Pérez, L.; Osmanod, S. y Najera, R. 2001a. Analisis of HIV type 1 proteasa and reverse transcriptase sequenses from Venezuela for drug resistance asociated mutations and subtype classification: UNAIDS study. AIDS, 17:753-758.

Delgado, A.; Polanco, A.; Prieto, S.; Amich, S. y Salve M. 2001b. Manual de laboratorio clínico básico microbiología. Editorial McGraw-Hill Interamericana. España.

Dupoint, R. 1985. Sustance abuse. JAMA, 254(16): 2353 – 2357.

Estrada, M y Gallego, M. 1998. El laboratorio en el diagnóstico de la sífilis. Medicina Laboratorio, 5: 30-34.

Finegold, B. y Baron, E. 1991. Diagnóstico microbiológico. Séptima edición. Editorial Panamericana, Buenos Aires. Argentina.

Florenzano, R.; Gazmuri, C. y Carrasco, E. 1992. Alcoholismo y fármacodependencias juveniles en Chile. Primera edición. Santiago de Chile. Chile.

Flores, L.; Méndez, J.; Belisario, I.; Ron, Z. y Álvarez, S. 1998. Conocimientos, aptitudes y prácticas acerca del sida de la población adulta; estudio comparativo entre dos sectores del sur de Maracay, edo. Aragua, marzo 1997. Cuadernos de la escuela de salud pública. 68(4): 10-14.

Gamarra, C. 1999. Estudio sobre el conocimiento de la población mayor de 15 años de las enfermedades de transmisión sexual en San Juan de los Morros. Trabajo de grado. Universidad experimental Rómulo Gallegos. Guárico.

Henaqui, T. 1996. “El consumo de drogas en el adolescente”. Periódico Sucre, 17 agosto de 1996. Pagina 3.

Hernández, M. 1990. Sífilis congénita hospital universitario “Ruiz y Páez“. Trabajo de ascenso. Departamento de medicina. Universidad de Oriente, Bolívar.

Joanes, J.; Torres, R.; Lantero, M.; Alonso, M. y Satin, M. 2003. Vigilancia de la infección por el VIH en grupos seleccionados. Cuba: 1993 – 2002. II foro VIH, Cuba.

Koneman, E.; Allen, S.; Janda, W. y Scheckenberger, P. 1999. Diagnóstico microbiológico. Quinta edición. Editorial Panamericana, Buenos Aires. Argentina.

Larsen, S; Pope, V.; Johnson, R. y Kennedy, J. 1998. A manual of test for syphilis. Novena edición. American public health association. Washington, D.C.

López, J.; Ford, W.; Weber, M; Barna, S.; Woerhle, T.; Kerndt, P. y Monterroso, E. 2000.

Predictors of syphilis activity and prevalence of HIV among street recruited injection drug users in Angeles country. *Sexually transmitted infection*, 76: 462-469.

Márquez, M.; Rincón, M.; Sútil, R.; De Yépez, C.; Saer, R. y Ponte, S. 2001. Niveles séricos de Vitamina C en adultos jóvenes consumidores crónico de drogas de abuso. *Investigación Clínica* 42(3): 183-194.

Martins, M.; Santos, M. y Pillon, S. 2008. Percepción de familias con bajos ingresos sobre el consumo de drogas por un miembro de su familia. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 16 (2): 293-298.

Mejías, F. 2004. Prevalencia de *Treponema pallidum* y VIH en soldados que prestan el servicio en el cuartel militar “Gran Mariscal de Ayacucho Antonio José de Sucre” Trabajo de Pregrado. Departamento de Bioanálisis. Universidad de Oriente, Cumaná.

Milton, J. 2001. *Estadísticas para la biología y ciencias de la salud*. Tercera edición Mc. Graw Hill. Madrid, España.

Ministerio de Salud Pública. 2000. Informe de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en Cuba, ciudad de la Habana, MINSAP.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS). 2002. Dirección general de salud ambiental y contraloría sanitaria, dirección técnica de programas de SIDA-ITS. Caracas. Venezuela.

Monsalve, F.; Gómez, L.; Albillos, A.; Álvarez, M.; Acosta, L.; Araujo, M.; Porto, L. y García, M. 2007. Virus hepatitis C en poblaciones de riesgo a adquirir la infección.

Venezuela. Revista española enfermedades

Muñoz D.; Trujillo L.; Gotuzzo E.; Nizama M. y Watts D. 1997. “Prácticas sexuales de riesgo y seroprevalencia de infección por VIH-1. HTLV-1, sífilis y hepatitis B en varones drogadictos no endovenosos de Lima”. Revista medica herediana: <www.scielo.org.pe/scielo - 62k> (15/5/2007).

ONUSIDA. 2002. “Estadísticas y características regionales del VIH/SIDA final de 2002”: <<http://www.Unaids.org>> (12/02/2003).

ONUSIDA. 2006. “Aprenda sobre el VIH/ Sida”: <<http://www.Unaids.gob.br>> (15/ 09/ 2008).

Ortiz, O. y Romero, M. 1991. Panorama del consumo de drogas en México. Una visión alternativa. México: Universidad de México.

Pereyra, N 1987. “Sífilis y embarazo”: <<http://www.homeopatiaunista.itsgo.com/sifilisyembarazo.htm>> (2007)

Peter, D y Rogers, M.1987. Clínicas pediátricas de Norteamérica nueva. Editorial interamericana, S.A de C.V.

Planes, M. 2002. Evaluación y control de sífilis en el municipio Guantánamo. Cuba

“Programa nacional de prevención y control de ITS/VIH/SIDA”: <http://www.sld.cu/servicios/sida/temas> . (2008).

WHO/UNAIDS. 2004. “AIDS epidemic update” : < <http://www.euro.who.int> >

(08/11/2007).

Ríos, S., 2003. “Inhalar cocaína eleva el riesgo de SIDA”: <<http://www.lanacion.com.ar/>>
(15/08/2004).

Rosero, E., “Enfermedades de transmisión sexual”: <<http://www.monografias.com/>>
(20/08/2007).

Ruiz, A. y Morillo L., 2004. Epidemiología clínica, investigación clínica aplicada. Primera edición. Editorial panamericana. Buenos Aires.

Salazar, J. 2003. Seroprevalencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH en la población de Güiria, Municipio Valdez, Estado Sucre, Cumaná 2003. Trabajo de Pregrado. Departamento de Bioanálisis. Universidad de Oriente, Cumaná.

Samilnen, W.; Wellmy, R. y Roberts, S. 1997. Protection again hepatotoxicity single close of cocaine. Toxicology appl farmacology, 147(2): 247 – 258.

Shapiro, R. 2002. The boundaries of the HIV pandemic in perspective, 55: 2189

Temerge, Z. 1999. Overviem of HIV infection. Ann. Allergy. Asthma. Immunology, 83:1-5.

Torres, A.; Jacquier, N.; Dos Santos, L.; Rodríguez, M.; Deschutter, J. y González, C. 2001. Trenches of syphilis in posada city. Misiones state, Argentina. Bras pathology medic laboratory, 37: 4

Valderrama, V. “Las drogas y su relación con el Sida”: <<http://www.saludalia.com>>
(25/8/2000).

Weilandt, A., “La drogadicción, su impacto en la sociedad y rol del trabajador social en la drogadicción”:<<http://www.monografias.com/trabajos13>> (21/05/2002).

Youm, Y; Loumann, E. 2002. Social network effects on the transmission of sexually transmitted disease. *Sexually Transmitted Disease*, 29:689-697.

ANEXOS

ANEXO 1
AUTORIZACIÓN

A través de la presente YO: _____

C.I: _____

Acepto participar como voluntario en el pronto titulado: “Prevalencia de VIH y sífilis, en pacientes adictos que acuden a los centros de rehabilitación por drogadicción en Cumaná- Estado Sucre”. Por el cual permito el uso de mi muestra y de los datos recolectados en la encuesta para la elaboración del presente estudio, entendiéndose que toda la información suministrada es de carácter confidencial y que las pruebas practicada en las muestras de sangre serán empleadas en dicho trabajo de investigación.

ANEXO 2

Universidad de Oriente
Núcleo de Sucre
Escuela de Ciencias
Departamento de Bioanálisis

Encuesta Clínica y Epidemiológica

Fecha: _____

Nombre y apellido: _____

Sexo: M () F () Edad: _____

Dirección: _____

Zona de residencia: Rancho () Casa () Apartamento () Quinta ()

Tipo de residencia: _____

Grado de instrucción: _____

¿Has recibido alguna vez una transfusión sanguínea? No () Si ()

¿Tiene pareja? No () Si () ¿Tipo de relación?: Heterosexual ()

Homosexual ()

Nº de personas con la cual has mantenido relaciones sexuales: ()

Nº de parejas: _____

¿Usa preservativos? : No () Si ()

¿Has tenido contacto con prostitutas? No () Si ()

¿Qué tipo de drogas ha consumido? _____

¿Has compartido jeringas con otras personas? No () Si ()

¿Cuántas veces por día () Semanas () Mes ()

¿Con cuantas personas has compartido las jeringas? _____

¿Tienes pareja que consuma drogas? No () Si ()

¿Sabes que es el VIH/Sida? No () Si ()

¿Sabes que es la Sífilis? No () Si ()

¿Sabes como se transmite? No () Si ()

¿Sabes como prevenir la enfermedad? No () Si ()

Tipo de patología que presenta ¿De que sufre? : Tos No () Si ()

Fiebre No () Si ()

Diarrea No () Si ()

Dolor de cabeza No () Si ()

Chancro No () Si ()

Estado de Salud: Bueno () Regular () Malo ()

Hoja de Metadatos

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/5

Líneas y sublíneas de investigación:

Área	Subárea
Escuela de Ciencias Sociales	Trabajo Social

Resumen (abstract):

El proyecto educativo Calendario Productivo socio-cultural viene implementándose en algunas escuelas del país articulando el trabajo con las comunidades e impulsando la participación y la organización para el rescate de los valores socio-culturales y productivos de la localidad. El objetivo general del estudio fue sistematizar la experiencia en la construcción del proyecto Calendario Productivo Socio-cultural en la unidad educativa Santa Ana, Estado Sucre (2006-2007). El trabajo se realizó con la metodología documental y de campo donde se consultaron diversos documentos entre los que se pueden señalar: registros cuantitativos, número de asistencia y de actividades, fotografía y otros como los cualitativos, informe Calendario, informe de entrevistas, testimonio, anotación. Asimismo, sirvió de apoyo la sistematización, en función de producir conocimientos básicos a partir de la propia experiencia en procura de recopilar la información más compleja de la realidad estudiada. La comunidad donde se realizó la experiencia participaron los docentes, estudiantes de segundo grado hasta sexto, las personas claves libros viviente y las personas de la comisión del proyecto Calendario. Entre las conclusiones mas resaltante a la cual se llegó en el trabajo están las fallas por parte del equipo promotor de Calendario que no supervisó y evaluó la experiencia del Calendario en la escuela Santa Ana, se evidencio poca participación de algunos docente que no se identificaron con el proyecto lo que tradujo como consecuencia que las actividades no trascendieran a todo el entorno y no se contó con el apoyo institucional, entre otras.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/5

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código CVLAC / e-mail	
Guevara Carmen	ROL	CA <input type="checkbox"/> AS <input checked="" type="checkbox"/> TU <input type="checkbox"/> JU <input type="checkbox"/>
	CVLAC	
	e-mail	cguevara1@cantv.net
	e-mail	
Julio Ferrer	ROL	CA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> TU <input type="checkbox"/> JU <input checked="" type="checkbox"/>
	CVLAC	
	e-mail	Ferreralfonzo62@yahoo.com
	e-mail	
Otero Hilda	ROL	CA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> TU <input type="checkbox"/> JU <input checked="" type="checkbox"/>
	CVLAC	
	e-mail	hildaotero@gmail.com
	e-mail	
	ROL	CA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> TU <input type="checkbox"/> JU <input type="checkbox"/>
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	

Fecha de discusión y aprobación:

Año	Mes	Día
2009	04	01

Lenguaje: SPA

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/5

Archivo(s):

Nombre de archivo	Tipo MIME
Tesis_LY doc.	Application/Word

Alcance:

Espacial: Sucre (Opcional)

Temporal: 12 Meses (Opcional)

Título o Grado asociado con el trabajo:

Licenciado en Trabajo Social

Nivel Asociado con el Trabajo: Licenciado

Área de Estudio:

Departamento de Trabajo Social

Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado:

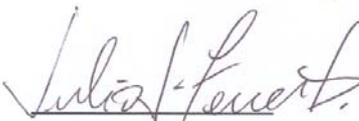
Universidad de Oriente, Núcleo de Sucre

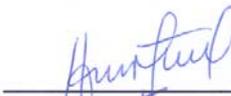
Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/5

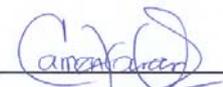
Derechos:

Los autores nos reservamos los derechos de propiedad intelectual así como todos los derechos que pudieran derivarse de patentes industriales o comerciales. Solo le damos el derecho de publicar el resumen de dicho trabajo.


Br. Baltazar Marín.


Lcdo. Julio Ferrer.
Jurado 1


Lcda. Hilda Otero.
Jurado 2


Lcda. Carmen Guevara
Asesor

POR LA SUBCOMISIÓN DE TESIS

