

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN LABORATORIO CLINICO



ENSAYO CIENTÍFICO:
“PRUEBAS TREPONEMICAS Y NO TREPONEMICAS Y SU USO ACTUAL”

PARA OPTAR AL GRADO DE:
LICENCIADO EN LABORATORIO CLÍNICO

PRESENTADO POR:
Br. César Omar Zayas López

ASESOR:
Lic. Francis Alfredo Segura Calderón

Ciudad Universitaria, octubre 2024.

AUTORIDADES UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Rector: M.Sc. Juan Rosa Quintanilla.

Vicerrectora Académica: Dra. Evelyn Beatriz Farfán.

Vicerrector Administrativo: M.Sc. Roger Arias.

Secretario General: Lic. Pedro Rosalio Escobar Castaneda.

Defensora de los Derechos Universitarios: Ana Ruth Avelar.

Fiscal: Lic. Carlos Amílcar Serrano Rivera.

AUTORIDADES FACULTAD DE MEDICINA

Decano: Dr. Saúl Díaz Peña.

Vicedecano: Lic. Franklin Arnulfo Méndez Durán.

Secretario: Lic. Roberto Carlos Hernández Marroquín.

Administradora Académica: M.Sc. Josefa Adilia Morán Lemus.

Directora de Escuela de Ciencias de la Salud: M.Sc. Mónica Raquel Ventura de Ramos.

Directora de la carrera Licenciatura en Laboratorio Clínico: Licda. Yanira Elizabeth Cerón Cerón.

INDICE

Introduccion.....	4
¿Qué es la Sífilis?.....	5
Manifestaciones clínicas.....	6
Diagnostico.....	6
Descripción de algoritmo diagnóstico de pruebas para sífilis.....	8
Diagnostico en la actualida.....	11
Conclusiones.....	13
Referencia bibliográfica.....	14

INTRODUCCIÓN

La necesidad de actualizar la información referente a las pruebas de laboratorio para el diagnóstico de la sífilis, lleva al presente ensayo a considerar el uso o criterios de elección de pruebas treponémicas y no treponémicas, podemos hacer mención que algunas de las pruebas han quedado en desuso por diversas razones, entre ellas la Venerael Disease Research Laboratory (VDRL), que han sido reemplazadas por técnicas emergentes, haciendo de mucha relevancia e importancia el conocer acerca de estas nuevas opciones para el diagnóstico.

Debido a la demanda de nuevas metodologías y técnicas para el diagnóstico de ciertas enfermedades, surge la necesidad de adoptar nuevos esquemas que sean eficientes, rápidos y seguros; todo ello, desde el punto de vista técnico donde una prueba conserve sus propiedades de especificidad y sensibilidad. Dentro de todo este contexto, la prueba VDRL sin estar vigente o de uso frecuente, ha quedado únicamente como nombre genérico para hacer referencia a la prueba de diagnóstico de la enfermedad de la sífilis.

En la práctica, las pruebas de laboratorio para diagnóstico de sífilis han sido eficientes y de resultado relativamente rápidas; a excepción, de la VDRL que requiere ciertos pasos adicionales y el uso de microscopía para el reporte final. Dada esta variable, surgió la prueba Reagina Plasmática Rápida (RPR) otra prueba no treponémica cuya novedad fue la incorporación de elementos carbonados que ayudó a visualizar mejor la reacción mediante la floculación.

Se considera que la ventaja primordial de la prueba VDRL era su alta especificidad y sensibilidad; sin embargo, requería de pericia por parte del personal técnico y el uso de más equipo. Por otro lado, la RPR ofrece una alta sensibilidad; sin embargo, deja en segundo plano otra característica importante tal como la especificidad, aunque es importante mencionar que, al momento de la solicitud de la prueba, el paciente ha recibido la asesoría oportuna mediante la consulta médica donde se delimita la posible enfermedad y es este paso el que descarta las interferencias que pueda presentar dicha prueba. Ante la baja especificidad de la prueba RPR, al obtener un resultado reactivo, se confirma con pruebas treponémicas que ayudarán al diagnóstico definitivo.

Existe una problemática que es necesario abordar con la finalidad de mejorar el proceso del diagnóstico de la enfermedad en mención, que a pesar de contar con procedimientos establecidos y algoritmos para el abordaje de diversas enfermedades, no se está cumpliendo en laboratorios de primer nivel del sector privado, donde aún en la actualidad se sigue ofertando una prueba no treponémicas que ha quedado sin efecto de aplicación; con ello se demuestra, que los responsables de las labores técnicas y/o responsable del establecimiento no están innovando o actualizando con los nuevos requerimientos que establece un adecuado abordaje.

¿QUÉ ES LA SÍFILIS?

Historia de la Sífilis

La sífilis ha sido una preocupación médica desde el Renacimiento, aunque su origen es debatido, algunos historiadores sugieren que la sífilis podría haber sido traída de Europa por los conquistadores españoles en el siglo XV tras sus expediciones a América. A lo largo de los siglos, la enfermedad fue conocida por varios nombres y causó numerosos brotes que afectaron a la población europea y mundial. A finales del siglo XIX, el patógeno causante de la sífilis fue identificado por Fritz Schaudinn y Erich Hoffmann, lo que permitió un avance significativo en la comprensión de la enfermedad (Chin, 2001).

Afecta más bien a personas jóvenes, sexualmente activas. En los Estados Unidos el grupo de edad más afectado es el de 20 a 29 años. Las diferencias raciales en la incidencia reflejan más bien factores sociales que biológicos. La sífilis por lo común es más prevalente en las zonas urbanas que en las rurales, y en los hombres más que en las mujeres. La elevada prevalencia observada entre hombres homosexuales a finales del decenio de 1970 y principios del de 1980 ha disminuido a partir de 1983. En muchas zonas de los Estados Unidos, en particular en las áreas urbanas y las rurales del sur, en 1986 comenzaron a aumentar las tasas notificadas de sífilis y de sífilis congénita, tendencia que continuó en 1990, para después disminuir. Este aumento se observó fundamentalmente en las clases socioeconómicas más bajas, en especial en adolescentes; entre los factores de riesgo están el consumo de drogas ilícitas, la prostitución, el sida y el inicio de la vida sexual a edad más temprana. Desde 1985, 1991 fue el primer año en que disminuyó el número de casos notificados de sífilis, y se desconocen las razones de tal reducción. La sífilis venérea temprana y la congénita han aumentado significativamente en gran parte del mundo desde 1957 (Chin, 2001).

En El Salvador, los datos de 2022 también indicaron que la mayor incidencia de ITS se da en las edades de 20 a 39 años donde se concentra el 59% del total de infecciones. (OIR-MINSAL 2022).

Cuadro 1. El Salvador. Frecuencia de casos de ITS atendidos por MINSAL, por tipo de ITS y sexo, año 2022.

Tipo de ITS	Totales			%
	Mujeres	Hombres	Total	
Tricomoniasis	1657	105	1762	34%
Sífilis	529	663	1192	23%
Sífilis congénita	29	14	43	1%
Infección anogenital herpes	735	426	1161	22%
Infección gonocócica	142	347	489	9%
Infección clamidia tracomatis	338	24	362	7%
Chancroide	16	52	68	1%
Granuloma inguinal	22	30	52	1%
Hepatitis aguda tipo C	19	23	42	1%
Linfogranuloma venéreo	9	27	36	1%
Totales	3497	1710	5207	100%

Fuente: Elaboración propia con datos de OIR - MINSAL

Manifestaciones Clínicas

La sífilis se manifiesta en varias etapas, cada una con síntomas distintos:

- **Sífilis Primaria:** La primera etapa se caracteriza por la aparición de una úlcera indolora, conocida como chancro, en el sitio de la infección. Esta úlcera suele aparecer entre 3 a 4 semanas después de la exposición al patógeno.
- **Sífilis Secundaria:** Si no se trata, la sífilis primaria puede progresar a la etapa secundaria, que se manifiesta con erupciones cutáneas, lesiones mucosas (llamadas condilomas planos), y síntomas similares a los de una gripe. Estos síntomas pueden desaparecer sin tratamiento, pero la infección persiste en el cuerpo.
- **Sífilis Latente:** En esta fase, la infección está presente en el cuerpo sin causar síntomas visibles. La sífilis latente puede durar años, y durante este período, la enfermedad no es contagiosa, aunque puede reactivarse.
- **Sífilis Terciaria:** Si no se trata, la sífilis puede progresar a una etapa terciaria, que puede ocurrir años después de la infección inicial. Esta etapa puede causar daño grave a los órganos internos, incluyendo el corazón, los vasos sanguíneos, y el sistema nervioso, y puede llevar a complicaciones como la sífilis cardiovascular o neurosífilis.

Diagnóstico

El diagnóstico de la sífilis es fundamentalmente serológico. Entre las pruebas que utilizan antígeno no treponémico (cardiolipina), el RPR es una prueba de aglutinación-floculación sencilla y sensible. Estas pruebas pueden dar falsos positivos, en particular en la endocarditis bacteriana subaguda, el lupus eritematoso, enfermedades hepáticas e hipergammaglobulinemia; por ello, la especificidad de las reacciones positivas debe confirmarse con una prueba treponémica; en la actualidad, por su sencillez y elevada especificidad, se recomienda la hemoaglutinación pasiva (TPHA) o la TPPA, en la que el antígeno treponémico está unido a partículas de gelatina en lugar de hematíes. Aunque tradicionalmente el Gold Standard para la confirmación eran las pruebas treponémicas de inmunofluorescencia (FTA-ABS), hoy se utilizan la TPHA o TPPA por su mayor sencillez. Las pruebas reagínicas (RPR, VDRL) cuantitativas son de elección para seguir la respuesta terapéutica, ya que ninguna prueba treponémica disminuye significativamente con un tratamiento eficaz. Para el diagnóstico de la neurosífilis se requiere una prueba treponémica positiva en el suero y el VDRL positivo en el líquido cefalorraquídeo (con el LCR no se recomienda utilizar RPR). Las pruebas treponémicas de ELISA (IgG) poseen una buena sensibilidad y especificidad, habiéndose propuesto para el cribado y Para la confirmación. Cuando se utiliza para el cribado, es útil confirmar los resultados positivos con el RPR, pudiendo utilizarse el ELISA para confirmación cuando el cribado se ha efectuado con la prueba reagínica. En el recién nacido una prueba de ELISA de captura de IgM es de elección para el diagnóstico de la sífilis congénita es muy importante hacer cribado materno, ya que alrededor de la mitad de los niños sífilíticos no presentan manifestaciones clínicas al nacimiento. (Prats 2006)

El diagnóstico de la sífilis se basa en una combinación de evaluación clínica, pruebas serológicas y, en algunos casos, pruebas microscópicas. Las pruebas no treponémicas determinan los

anticuerpos de tipo inmunoglobulina G (IgG) e IgM (llamados también anticuerpos reagínicos) desarrollados contra los lípidos que se liberan de las células dañadas durante la fase precoz de la enfermedad y que aparecen en la superficie celular de los treponemas. El antígeno que se usa para las pruebas no treponémicas es la cardiolipina, la cual se obtiene del corazón de las vacas. Las dos pruebas que se usan con una frecuencia mayor son la Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) y la prueba de la reagina plasmática rápida (RPR). Ambas miden la floculación del antígeno cardiolipínico con el suero del paciente. Tan solo se puede utilizar la prueba del VDRL para analizar el LCR de los pacientes con sospecha de neurosífilis. Otras pruebas no treponémicas utilizadas son la reagina sérica no calentada y la prueba de suero no calentada con rojo toluidina. Todas las pruebas no treponémicas muestran esencialmente la misma sensibilidad (reactividad muy baja cuando aparece la lesión primaria, pero aumenta al 70-85% de reactividad después de 1 semana; reactividad del 100% para la enfermedad secundaria; 70-75% para la sífilis tardía) y especificidad (98-99%) (Murray 2021).

Las pruebas treponémicas emplean *Treponema pallidum* como antígeno y detectan anticuerpos específicos contra este. Las pruebas treponémicas pueden ser positivas antes de que lo sean las no treponémicas en la sífilis precoz y pueden seguir siendo positivas cuando las pruebas inespecíficas se negativizan en algunos pacientes con sífilis tardía. De forma histórica, la prueba treponémica más empleada era la **prueba de absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes (FTA-ABS)** que es una prueba de anticuerpos fluorescentes indirectos. Las células de *T. pallidum* inmovilizadas en portaobjetos se utilizan como antígeno. El portaobjeto se cubre con suero del paciente, que se ha mezclado con un extracto de treponemas no patógenos. A continuación, antibióticos antihumanos marcados con fluoresceína con el propósito de detectar la presencia de anticuerpos específicos en dicho suero. Como resulta difícil interpretar estas técnicas desde un punto de vista técnico, a mayoría de los laboratorios actualmente emplean la **prueba de aglutinación de partículas de *Treponema pallidum* (TP-PA)** o uno de los **enzimoinmunoanálisis específicos (EIA)**. La prueba TP-PA es una prueba de aglutinación en microtítulos. Se mezclan partículas de gelatina sensibilizadas con antígenos de *T. pallidum* con diluciones del suero del paciente. Las partículas se aglutinan cuando existen anticuerpos. (Murray 2021)

La *T. pallidum* no se puede cultivar a partir de muestras clínicas, Sin embargo, el diagnóstico directo de la enfermedad en etapa temprana por exudado de la lesión, tejido o fluido corporal puede completarse mediante un examen microscópico de campo oscuro, mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR, polymerase chain reaction) o mediante pruebas de anticuerpos fluorescentes directos para *T. pallidum* (DFA-TP, direct fluorescent antibody tests for *T. pallidum*) (Guzmán 1983).

Estos métodos no están ampliamente disponibles y son menos sensibles para las muestras de sangre. Por tanto, en la práctica, los diagnósticos se derivan en un principio de hallazgos clínicos junto con pruebas serológicas de sangre. Las pruebas serológicas se utilizan para fines de diagnóstico y detección. Hay dos tipos. Si el primero de estos es positivo, entonces también se realiza el segundo tipo. Esta combinación identifica la infección y aclara el estadio de la enfermedad.

Descripción de algoritmo diagnóstico de pruebas para sífilis

Para diagnóstico de la sífilis se utiliza un algoritmo que combina pruebas treponémicas y no treponémicas. El proceso se inicia con la indicación de la prueba con consejería previa a excepción de los donantes en banco de sangre. En el algoritmo diagnóstico se consideran dos escenarios:

a) Donantes de sangre

b) Otros usuarios.

a) Donantes

- El proceso inicia con una prueba treponémica ELISA/CMIA/ECLIA A1 (muestra venosa).
- Si el resultado de ELISA/CMIA/ECLIA A1 es no reactivo elaborar informe, liberar resultado como no reactivo a la fecha, poniendo a disposición o uso, la unidad de sangre para transfusión.
- Si el resultado de A1 ELISA/CMIA/ECLIA es reactivo o indeterminado realizar prueba rápida no treponémica RPR A2 cualitativa, si el resultado del RPR es reactivo, el banco de sangre debe realizar la prueba cuantitativa con las diluciones correspondientes.
- Si el resultado del RPR cuantitativo es reactivo o reactivo débil, elaborar informe y liberar resultado: ELISA/CMIA/ECLIA: reactivo. RPR: según aglutinación macroscópicamente desde no reactivo, reactivo débil y diluciones desde 1:2 hasta la última dilución visible.
- Si el resultado del RPR A2 (prueba cualitativa) es no reactivo; debe elaborar informe y liberar los resultados obtenidos de ambas pruebas reportando: ELISA REACTIVO y RPR: según se observe macroscópicamente no reactivo.
- Si el resultado de la prueba treponémica ELISA/CMIA/ECLIA A1 es reactivo/indeterminado y la del RPR A2 es: no reactivo debe considerarse aspectos clínicos de la evolución natural de infección, ya que bien puede ser una infección reciente, que aún no tiene niveles detectables de reagentes, si este fuera el caso debe repetirse la prueba en 6 semanas. Sin embargo, puede ser una infección curada cuyo nivel de anticuerpos es indetectable según sensibilidad de la prueba.

El resultado final en Vigepes-02 (Anexo 7), debe contener el detalle del resultado inicial ELISA/CMIA/ECLIA y el RPR desde no reactivo hasta la última dilución visible y la interpretación del algoritmo chequeando: positivo, negativo o indeterminado. Registrar en SIS con el código I-72 y enviar a través de una interfase a Vigepes.

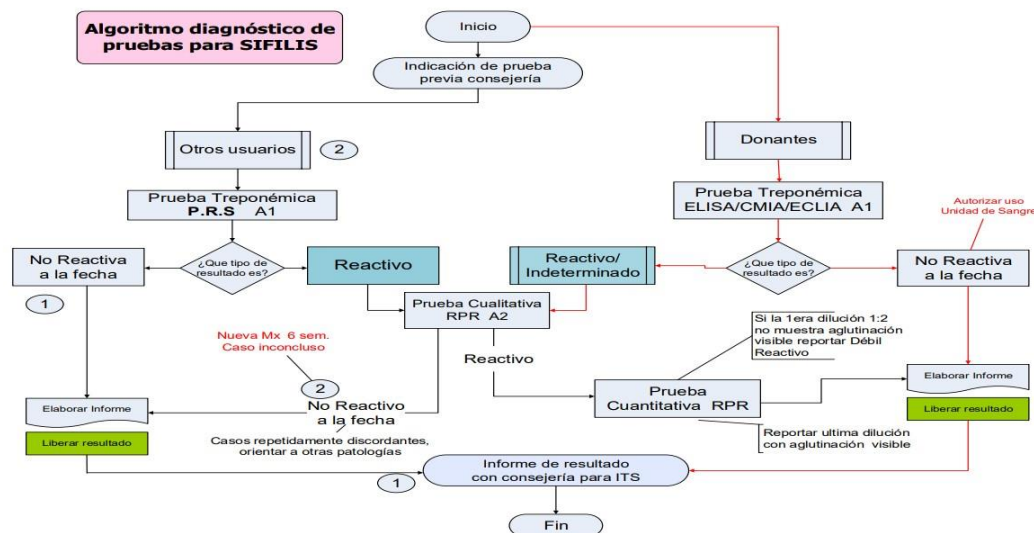
b) Otros usuarios

- El proceso inicia con una prueba rápida treponémica PRS A1 (muestra venosa). Si el resultado de PRS es no reactivo, elaborar informe liberar resultado como no reactivo a la fecha.
- Si el resultado de PRS A1 es reactivo realizar prueba rápida no treponémica RPR A2 cualitativa y si el resultado del RPR es reactivo, el laboratorio clínico debe realizar la prueba cuantitativa con las diluciones correspondientes.
- Si el resultado del RPR cuantitativo es reactivo o reactivo débil, elaborar informe y liberar resultado: PRS: reactivo RPR: según se observe macroscópicamente desde no reactivo, reactivo débil y diluciones desde 1:2 hasta la última dilución visible.

- Si el resultado de la prueba treponémica PRS es reactivo y la del RPR no reactivo debe considerarse aspectos clínicos de la evolución natural de infección, ya que bien puede ser una infección reciente, que aún no tiene niveles detectables de reagentes, si este fuera el caso debe repetirse la prueba en 6 semanas, si el resultado persiste discordante orientar a otras patologías
- La entrega del resultado a la persona, será responsabilidad del personal de salud capacitado en consejería para ITS

El resultado en Vigepes-02 debe contener el detalle del resultado inicial PRS y el RPR desde no reactivo hasta la última dilución visible y la interpretación del algoritmo chequeando: positivo, negativo o indeterminado. Registrar en SIS con el código I-72 y enviar a través de una interfase a Vigepes. (Lineamientos técnicos para la ejecución de pruebas para ITS y VIH- MINSAL).

En los algoritmos solo encontramos el RPR como prueba no treponémica.



Fuente: Equipo técnico y Comité consultivo de los Manual de Laboratorios clínicos y bancos de sangre para la ejecución de pruebas para ITS y VIH, El Salvador, 2021.

De acuerdo a los lineamientos antes mencionados, en bancos de sangre el protocolo inicia con una prueba treponémica, sí el resultado es reactivo se confirma con una prueba no treponémica (tomando en cuenta el último título de dilución). Este proceso varía considerablemente en laboratorios del sector privado, sobre todo en los de categoría 1 donde de manera tradicional, el primer tipo es la prueba no treponémica, y se selecciona el Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas (VDRL, Venereal Disease Research Laboratory) o la reagin rápida en plasma (RPR, rapid plasma reagin). Ambas pruebas miden los anticuerpos de inmunoglobulina M y G de la paciente formados contra la cardiolipina que se libera de las células hospedadoras dañadas y posiblemente también de las treponemas. En particular, estos mismos anticuerpos también pueden producirse en respuesta a otros eventos agudos que incluyen vacunación reciente, enfermedad febril y el embarazo mismo o en respuesta a condiciones crónicas como el abuso de

drogas por vía intravenosa, el lupus eritematoso sistémico, el envejecimiento, La lepra o el cáncer. Como tales, todos ellos sirven como fuentes potenciales de resultados falsos positivos. Por otra parte, la seroconversión ocurre alrededor de las 3 semanas, pero puede demorar hasta 6 semanas.

Por tanto, las mujeres con sífilis primaria muy temprana pueden tener resultados serológicos falsos negativos al inicio. Con resultados positivos de pruebas no treponémicas, los hallazgos se cuantifican y expresan como concentraciones. Debido a que las concentraciones reflejan la actividad de la enfermedad, aumentan durante la sífilis temprana y con frecuencia exceden los niveles de 1:32 en la sífilis secundaria. Después del tratamiento de la sífilis primaria y secundaria, las pruebas serológicas a los 3 a 6 meses por lo general confirman una disminución de cuatro veces en las concentraciones de VDRL o RPR.

Debido a que las concentraciones de VDRL no se corresponden de manera directa con las concentraciones de RPR, se recomienda el uso consistente de la misma prueba para la vigilancia. Aquellos con fracaso del tratamiento o reinfección pueden carecer de esta disminución esperada. Es importante destacar que algunas pacientes tratadas con éxito aún pueden presentar concentraciones positivas persistentes de bajo nivel, que se conocen como "serofast. Este estado es más probable en personas mayores, aquellos con títulos iniciales de anticuerpos no treponémicos más bajos y aquellos con etapas más avanzadas de sífilis. El segundo tipo de pruebas serológicas es treponémico específico. Busca anticuerpos de pacientes formados en específicos contra *T. pallidum*.

Cuadro comparativo entre las pruebas no treponémicas

	VDRL	RPR
ANTIGENO	Contiene cardiolipina, colesterol y lectina.	Contiene cardiolipina, lectina, colesterol, cloruro de colina, EDTA y partículas de carbón.
LECTURA	microscópica	Macroscópica
SENSIBILIDAD SIFILIS PRIMARIA	80%	86%
SENSIBILIDAD SIFILIS SECUNDARIA	100%	100%
DIAGNOSTICO EN LCR	si	No
EXISTENCIA DE REACTIVO	Incierta	De uso actual en laboratorios
USO DE EQUIPO	Centrifuga, Microscopio de luz	Centrifuga, Rotador
Comparten los requerimientos de almacenaje para los reactivos		

Los anticuerpos detectados mediante ensayos treponémicos aparecen hasta unas pocas semanas antes que los detectados mediante pruebas no treponémicas. Las pruebas incluyen las pruebas de absorción de anticuerpos por treponemalantina fluorescente (FTA-ABS fluorescent Treponemal antibody Absorption tests), la prueba de aglutinación pasiva de partículas de *T. pallidum* (TP-PA, *T. pallidum* passive particle agglutination). Es preciso destacar que estas pruebas específicas de

treponema por lo general permanecen positivas durante toda la vida. Cada una de las pruebas serológicas tiene limitaciones que incluyen resultados falsos positivos y negativos. De manera tradicional, las pruebas no treponémicas se han utilizado para la detección en Estados Unidos, y los resultados se confirman mediante una prueba treponémica específica. En los últimos años, algunos laboratorios han implementado un algoritmo inverso de detección, en particular, la detección primero con una prueba específica treponémica. Ambos enfoques son efectivos si existe un programa para la detección, el seguimiento y tratamiento apropiados.

Diagnostico en la actualidad

Cabe destacar que a pesar que la prueba VDRL brinda mejor información en el diagnóstico de acuerdo a la fase en que se encuentra la infección, la ausencia de este reactivo en el mercado deja como única opción la prueba RPR, esto con base a una simple revisión de tesis de trabajos de graduación en las que dentro de la metodología empleada para obtener datos es mediante la técnica del RPR.

Realizando revisiones de los manuales de procedimientos de laboratorio, la prueba VDRL no está contemplada como primera opción para el diagnóstico, todo este tema relacionado a la prueba antes mencionada es de importancia en cuanto a la actualización más de nombre de prueba diagnóstica que en función de su principio inmunológico; es decir, la VDRL ha quedado únicamente como opción de diagnóstico, pero que en nuestro país no se está realizando y necesario compartir con el gremio y las nuevas generaciones de profesionales en Laboratorio Clínico.

En la actualidad, la prueba rápida de reagin es la de mayor uso y aplicación; sin embargo, ya se está innovando el diagnóstico de la sífilis al utilizar nuevas pruebas que brindan resultados confiables y más prácticos de realizar, la incursión de pruebas inmunocromatográficas mejora tiempos de resultados, evita falsos positivos y brinda resultados con características de mayor sensibilidad y especificidad.

El uso de pruebas rápidas brinda simplicidad y rapidez en los resultados, además de la innovar en nuevas técnicas que se están aplicando en salud pública, al brindar características de beneficio tanto para el encargado de la labor técnica dentro de un establecimiento de salud, como para el usuario de estos establecimientos ya que le brinda una opción más cercana a un diagnostico más confiable (aunque siempre es necesario confirmar resultados con pruebas específicas como lo es el FTA- ABS).

Al realizar consultas sobre la existencia y disponibilidad de las pruebas para el diagnóstico de sífilis en nuestro país, prevalece el reactivo de Regina Plasmática Rápida, Prueba Rápida para Sífilis (RPS) y por supuesto FTA-ABS, aunque esta última en menor proporción ya que los laboratorios que están autorizados para realizar dicha prueba son de categoría 2.

El personal de laboratorio se adapta a la existencia de pruebas de laboratorio en el mercado, esto es debido a la participación y control más activa de entidades gubernamentales como lo es la Dirección Nacional de Medicamentos, quien está facultado a brindar la autorización de importación y distribución de insumos; por conveniencia o por otros motivos, la prueba VDRL ha

quedado en desuso, el RPR se mantiene como prueba de mayor uso y la RPS aumenta su uso con lo que se va posicionando cada día más como una prueba de primera opción.

Los avances tecnológicos en pruebas diagnósticas facilitan la detección de enfermedades de interés en materia de salud pública, el diagnóstico de la sífilis es de vital importancia en el campo de la donación, intervención directa en los planes nacionales para el combate de enfermedades de transmisión sexual, tamizajes en controles prenatales entre otros. De no contar con estas opciones innovadoras o una amplia gama de pruebas; continuaríamos sin lugar a duda, con técnicas como la del VDRL, pero muy probable arrastrando las deficiencias que por si mismo daba la mencionada técnica.

Es importante este tema, porque el diagnóstico de la sífilis es una parte fundamental para el tamizaje que se le realizan a los donantes en un banco de sangre, pero también es una de las pruebas que tienen demanda en los laboratorios; por ello, es importante difundir cada avance que se tenga con la finalidad de brindar mejores servicios a toda la población.

Los usuarios de centros de salud público y/o privado (población en general) posiblemente no perciban todos estos avances respecto a las pruebas que se realizan o se han dejado de realizar de aquellas pruebas que están incursionando; es más, posiblemente compartan el mismo lenguaje que gran parte del sector médico tiene para hacer referencia a la prueba para diagnóstico de sífilis indicando la VDRL, aunque en la práctica ya no se realice. En cuanto al gremio de laboratorio clínico, muchos aplican indistintamente los tipos de técnicas para el diagnóstico en mención.

Conclusiones

Es necesario que exista una mejor política de divulgación en cuanto a la descripción de pruebas que se realizan en nuestro país, que se difunda el papel protagónico que desempeñan los encargados de la labor técnica de un laboratorista dentro de todo centro de salud, sea este público o privado con la finalidad de actualizar todo lo relacionado a nuevas medidas que se adopten y la exclusión de prácticas o técnicas que no contribuyan o han dejado de ser relevantes a la realidad existente.

Se necesita compartir con otros sectores de la sociedad involucrados en materia de salud y a aquellos relacionados directamente con la temática de enfermedades de transmisión sexual y que son de interés en salud pública, los nuevos enfoques, términos y aspectos técnicos que están vigentes con la finalidad de estandarizar el debido abordaje.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Chin, J. (2001) El control de las enfermedades transmisibles, Organización Panamericana de la Salud
- Guzmán Urrego, M. A. (1983). Sífilis: diagnóstico y manejo serológico. Colombia: Instituto Nacional de Salud.
- Lineamientos técnicos para la ejecución de pruebas para ITS y VIH en laboratorios clínicos y bancos de sangre. Ministerio de Salud, 2022.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Manual de procedimientos Técnicos de Laboratorio Clínico del Primer Nivel de Atención. Primera edición agosto 2007.
- Ministerio de Salud, Manual de procesos y procedimientos para la gestión de la sangre, inmunohematología y hemoterapia, San Salvador, El salvador 2023.
- Organización Panamericana de la Salud, Manual de reacciones serológicas para el diagnóstico de la sífilis. Septiembre 2007.
- Prats, G. (2006). Microbiología Clínica. Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Murray, P. R., Rosenthal, K., Pfaller, M. A. (2021). Microbiología médica. España: Elsevier España, S.L.U..