

201 2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

**PARTICIPACION DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN
LA PREVENCION, DIAGNOSTICO Y EL TRATAMIENTO
DE LA SIFILIS EN EL ADOLESCENTE.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
ANTONIO ARREOLA AGUIRRE

México, D. F.

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Pag.
Introducción	1
I.- Objetivos Generales.	3
II.- Hipótesis.	3
III.- Variables y su clasificación.	3
IV.- Metodología.	4
V.- Marco Teórico.	5
1.- Definición de Adolescencia.	6
1.1 Qué es la Adolescencia.	6
1.2 Características de la Adolescencia.	9
2.- Sexualidad en el Adolescente.	22
3.- Educación Sexual.	34
3.1 Educación sexual en el Adolescente.	38
3.2 El profesional de la Salud y la edu cación sexual.	41
4.- Anatomía y Fisiología de los órganos y sistemas afectados.	45
5.- Enfermedades de transmisión sexual.	76
5.1 Estadísticas.	78
5.2 Las principales enfermedades de --- transmisión sexual.	80
5.3 Historia de la Sífilis.	80
6.- Concepto de Sífilis.	86
7.- Epidemiología de la Sífilis.	87

	Pag.
8.- Etiología de la Sífilis.	89
9.- Clasificación de la Sífilis.	92
10.- Inmunobiología.	98
11.- Complicaciones de la Sífilis.	99
12.- Métodos de diagnóstico.	101
12.1 Prueba de Reagina.	102
12.1.1 Pruebas de Floculación.	102
12.1.2 Pruebas de fijación del comple- mento.	102
12.2 Pruebas para anticuerpos antitrepo- nema.	103
12.2.1 Pruebas de Inmunotreponema P.	103
12.2.2 Pruebas de los anticuerpos -- fluorescentes.	104
12.2.3 Pruebas de fijación de comple- mento con. Treponema P.	104
12.3 Pruebas serológicas: VDRL y RPR.	105
13.- Tratamiento y pronóstico.	117
VI.- Participación del Profesional de En- fermería en la prevención, diagnósti- co y tratamiento de la Sífilis en el Adolescente.	122
VII.- Metodología del trabajo de campo.	129
Lista de cuadros.	131
Conclusiones.	
Referencias.	
Glosario.	

I N T R O D U C C I O N

En la mayoría de los países en desarrollo, los Adolescentes constituyen una gran porción de la población -- mundial, que va en aumento rápidamente.

El 55% de la población mundial actual está integrada por menores de 25 años de edad y en muchos países en - desarrollo ya se ha llegado a la situación en que más de la mitad de la población, está formada por jóvenes que -- tienen menos de 15 años; en Asia, cerca de 322 millones - de jóvenes tienen entre 15 y 24 años, y en la República - Mexicana, el 67.8% de la población son menores de 25 años el 56% de ésta población tienen 19 años y el 45% son menores de 15 años.

El comportamiento reproductivo de estos jóvenes -- ejercerá muy pronto, o ya ejerce un efecto importante sobre el desarrollo de los países, ya que gran parte de las mujeres entre 15 y 19 años están capacitadas potencialmente para ser madres y la reproducción de estas adolescentes, contribuye de manera decisiva al rápido crecimiento poblacional; debido a que el lapso de tiempo entre generaciones se reduce y una mayor fecundidad se acumula. La reproducción precoz se asocia con la alta paridad, intervalos cortos entre nacimientos, trayendo como consecuencia

familias numerosas.

A pesar de ello, en México, la atención que se le ha prestado a los adolescentes dentro de los programas -- educativos de la sexualidad y planificación familiar, no ha sido muy significativa, como es el caso de programas - educativos para los adultos.

Datos proporcionados por la O.M.S. muestran una actividad sexual durante la adolescencia, dentro o fuera de el matrimonio, resultando un fenómeno mundial que va en ascenso. La madurez temprana de los adolescentes, provocada por el inicio de la menarquía en las mujeres, a edades más jóvenes (tendencia mundial que señala un descenso de 10 meses por cada generación, según estudios realizados), trae como consecuencia embarazos no deseados, aumento en el número de abortos provocados y sus complicaciones, aumento en la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual; además de los factores como la urbanización, la industrialización y la modernización, han influido en la modificación de las normas que prohíben las relaciones sexuales premaritales y en general, los patrones en relación sexual entre los adolescentes están cambiando.

Por lo anterior, el profesional de la salud está obligado a elaborar, desarrollar y participar en programas de educación y orientación sexual para los adolescentes, ya que con ello, se evitará en gran parte la problemática actual.

I.- OBJETIVOS GENERALES.

- Señalar la magnitud de la Sífilis en la República Mexicana.
- Analizar la frecuencia de la Sífilis en el Adolescente.
- Describir las causas y generalidades de la Sífilis, así como su diagnóstico, tratamiento y complicaciones.
- Registrar la mortalidad por Sífilis en la República Mexicana.
- Diseñar un plan de cuidados de Enfermería en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la Sífilis en el adolescente.
- Describir la educación sexual, su importancia y relación con la Sífilis.

II.- HIPOTESIS.

La deficiente educación sexual del adolescente, es un factor predisponente para la adquisición de la Sífilis.

III.- VARIABLES Y SU CLASIFICACION.

- Deficiente educación sexual = Variable independiente --
cuantitativa.
- Adquisición de la Sífilis = Variable dependiente, cuali
tativa.

IV .- METCDOLOGIA.

Para la estructuración del marco teórico, se llevó a cabo una revisión bibliográfica y documental; los datos que de dicha investigación se obtuvieron, se registraron en fichas de trabajo y bibliográficas.

Se diseñó un instrumento de recolección de datos, que llevó a verificar la hipótesis del fenómeno estudiado y aplicado en:

- a) Area geográfica .- Centro de Salud "Dr. Eliseo Ramirez" de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, ubicado en calle Héroes N° 38, Planta Alta, Colonia Guerrero.
- b) Grupos humanos .- Se encuestaron 25 pacientes adolescentes que sufrieron una afección de transmisión sexual.

Así mismo, se efectuó una revisión del expediente clínico con sus análisis de laboratorio y gabinete.

Se llevó a cabo la tabulación de datos obtenidos del instrumento de recolección (cuestionario), se realizaron cuadros que posteriormente se graficaron para su representación y análisis final.

V .- MARCO TEORICO

I.- Definición de la adolescencia.

Etimológicamente la adolescencia significa adolecer carecer. Es un período de la vida humana, comprendido entre la infancia y la madurez y que incluye los aspectos de la madurez psicológica, así como los derivados de las consideraciones culturales y sociológicas. (1)

A menudo se utiliza el término pubertad como sinónimo de adolescencia, sin embargo, pubertad son todos los cambios somáticos (físicos, hormonales y de funcionamiento en el individuo) que sufre el ser humano a lo largo de un periodo de su vida (11 a 20 años), en ruta a la madurez biológica que conduce a la posibilidad de procrear y a la terminación de los procesos básicos del crecimiento. (2)

1.1 Qué es la adolescencia.

La adolescencia es un período de cambio y de transición. Su finalidad es asegurar el futuro comportamiento de adulto.

La transformación no consiste sólo en unos cambios fisiológicos y corporales a los que se le añaden algunas modificaciones en su personalidad; es una transformación más profunda que hace que el adolescente llegue a convertirse en una persona adulta autónoma, y en virtud de sus posibilidades ser generador de un nuevo grupo familiar en el que se proyectará de forma activa como transmisor de pautas y actitudes a su descendencia, e intervendrá en el mundo del

(1) López, Thor. Biblioteca Básica de la Educación Sexual.
P 13

(2) Picazo, Michael E. Introducción a la Pediatría. p .63

trabajo y de las relaciones sociales. Los pasos a seguir dependen de un contenido específico y de los valores culturales de cada pueblo. (creencias, actitudes y capacidades determinadas), que han de ser fijadas en cada individuo para asegurar la nueva identidad adquirida, la función social y el rol sexual a desarrollar. (3)

Las etapas cronológicas que delimitan a la adolescencia son orientativas, ya que en ocasiones se presentan disfaces (siempre dentro de la normalidad) de hasta 2 años y dependiendo de los factores que influyen para desencadenar la adolescencia:

FACTORES AMBIENTALES. - Dentro de estos factores se encuentra el ambiente social que está formado por la organización de los grupos humanos que determinan formas de convivencia. La imperfección de los medios sociales retrasa o distorsiona la evolución y la socialización del adolescente.

El ambiente cultural es el modo de vivir de una colectividad con diferentes oportunidades para que sus integrantes se desarrollen en lo físico y en lo intelectual; la vida cultural actual hace que el adolescente participe menos en las actividades de los adultos. La explosión demográfica trae como consecuencia que los vínculos interpersonales sean escasos, predominando la precocidad en el inicio de la sexualidad; hay más libertad sexual, pero también la sexualidad ha sido incorporada al mercado de valores. (4)

(3) López Ibor, op.cit., p.13

(4) Picaso, Michel E. op.cit., p.63

Hasta la llegada de la Revolución Industrial, el niño, una vez pasada la época de la infancia, se incorporaba a la edad adulta; la adolescencia pasaba inadvertida quedando restringida a los aspectos físicos (incluida la sexualidad que pronto se manifiesta en forma adulta).

Margaret Mead realizó un estudio acerca de la adolescencia en las islas de Samoa y ahí comprobó que no aparecen las famosas crisis de la adolescencia, que faltaba la patología psiquiátrica tan frecuente en los adolescentes urbanos y que además han logrado establecer unos cauces, bien vistos y aceptados por los adultos, sin contradicción con sus creencias y que al mismo tiempo les ayuda a resolver el afán de poder y la solución de la tensión sexual. Favorecen el sentimiento de la comunidad y anulan el sentimiento de la personalidad individualista, a la vez que evitan la incertidumbre ante el futuro.

Por otra parte la conducta sexual espontánea de los adolescentes, no es censurada; todos los padres saben que sus hijas mantienen relaciones sexuales sucesivas con distintos chicos por breves períodos de tiempo y que con ello estarán aptas para el matrimonio después de ésta experiencia necesaria para la madurez. (5)

FACTORES GEOGRAFICOS.- Los climas cálidos anticipan la adolescencia, mientras los fríos la retrasan.

FACTORES BIOLÓGICOS.- Se ha visto que el inicio o término de la adolescencia difieren según el sexo. Los -

(5) López Ibor, op. cit., p.p. 26-34

trastornos endócrinos, el crecimiento de los órganos genitales y la actividad de la Hipófisis presentan características distintas para cada sexo.

FACTORES SOCIOECONOMICOS.- Cuanto más complejo es el status adulto en una sociedad, se requiere una preparación -- más larga para poder llegar a él. La situación económica -- influye en la prolongación de la adolescencia pues dependiendo de ésta el adolescente se incorpora a la vida del trabajo. (6)

1.2 Características de la Adolescencia.

Las distinciones biológicas entre los sexos femenino y masculino se inician desde los cromosomas ya que se ha identificado que se caracteriza por la presencia de un heterocromosoma "X" y de un heterocromosoma "Y", y el femenino por dos heterocromosomas "X". Esta diferencia se inicia desde el comienzo de la fecundación que determinará el sexo del individuo futuro.

En la especie humana existen 23 pares de cromosomas o sea un par de heterocromosomas (xy en el hombre y XX en la mujer) y 22 pares de autosomas; citológicamente la base citoplasmática del huevo (óvulo fecundado) es semejante en los dos sexos, la distribución de sus substratos citoplasmáticos se efectúan de igual manera en el curso de la segmentación; de esta manera si dos embriones del sexo opuesto poseen una herencia cromosómica diferente presentan sin embargo, una disposición de órganos semejantes (organiza-

ción vascular, digestiva, respiratoria, secretora). su diferencia reside en el aparato sexual, ya que inicialmente tiene una doble potencialidad de la cual una predominará - bajo influencias de ciertas sustancias químicas que determinarán el sexo en el embrión y posteriormente y bajo formas de hormonas van a provocar el desarrollo de la feminidad en la pubertad y mantendrán una función sexual en un nivel de actividad en el adulto.

En todos los individuos, mujer u hombre, existen -- hormonas que son los andrógenos masculinos y los estrógenos femeninos y son los que determinan en una parte la variabilidad interindividual en cuanto a los caracteres secundarios se refiere.

La distinción de los sexos existe ante todo el sistema genital, anatómica y fisiológicamente se diferencian -- desde el inicio de la vida embrionaria y su desarrollo que realiza en una sola dirección.

Los órganos sexuales en el hombre son los testículos órganos glandulares más o menos redondeados dispuestos simétricamente en un repliegue cutáneo en la región del periné; que se llama escroto; están unidos a una red de canales excretores que desembocan en la vesícula seminal antes de encauzar la secreción a la uretra.

El pene, un órgano cilíndrico que consta de un cuerpo en donde se alberga la uretra, la cual tiene dos funciones ;sirve para excretar la orina y como conducto para la

eyaculación (que consta de la emisión y la expulsión). Tiene además una parte terminal llamada glándula recubierta parcialmente por un repliegue cutáneo llamado prepucio.

Las glándulas anexas como la Próstata y las glándulas de Cowper que segregan una sustancia alcalina que mezclada con líquidos testiculares, van asegurar la vida de los espermatozoides. En la mujer los ovarios son los órganos internos que se encargan de almacenar los óvulos que se liberan en la cavidad peritoneal, con cierta periodicidad después de la etapa de la pubertad; las trompas de Falopio que sirven como conductos del óvulo maduro y donde se realiza la fecundación. El útero es un órgano hueco formado por tres capas: el endometrio (que a su vez se divide en dos capas: basal y funcional). Miometrio y la capa serosa. En la capa más interna (endometrio) se lleva a cabo la menstruación y la nidación del huevo fecundado.

El útero comunica con la vagina que es un órgano -- que sirve como receptáculo de los espermatozoides, arriba de ésta se encuentra la uretra que sirve como conducto excretor de la orina; ambas desembocan en la vulva que consta de dos pares de labios (menores y mayores) que son un repliegue cutáneo que en su parte superior albergan al clítoris que es el vestigio del órgano bisexual del embrión.

(7).

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS.- Desde el punto de vista -

(7) López Ibor, op. cit., p.p. 41-43

físico, el adolescente se caracteriza por tres etapas :

1) Aceleración del crecimiento estatural.- Esta aceleración varía de un adolescente a otro, en intensidad y duración.

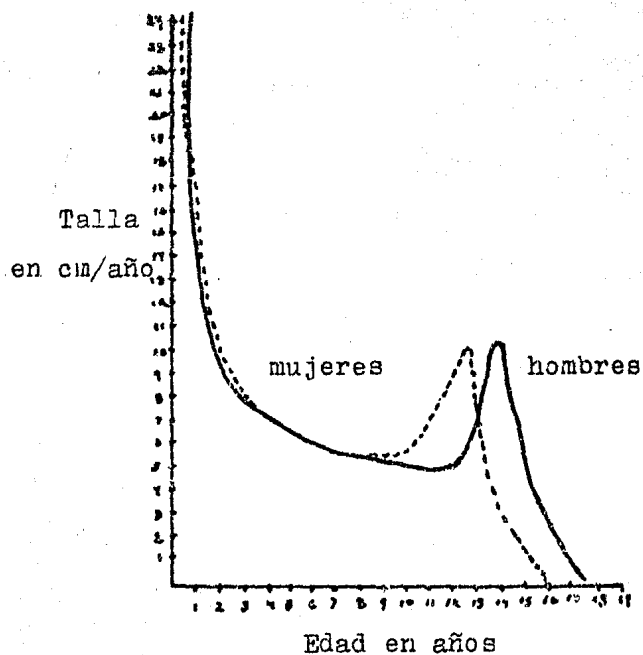
En los varones tiene lugar en promedio entre los 12 y 15 años con un aumento de la talla de aproximadamente de 20 cm. y una ganancia de aproximadamente 20 Kgs. La velocidad de crecimiento en su pico máximo es aproximadamente de 10 cm. por año y ocurre principalmente a los 14 años con sus variaciones entre los 12 y 17 años.

En las mujeres el brote de crecimiento comienza -- dos años antes que en el varón, alrededor de los 10 y 13 años y su pico máximo de crecimiento es de aproximadamente de 8 cm. por año.

2) Cambios de la composición corporal.- La diferencia entre los dos sexos se hace aparente a partir de los 9 años de edad (a partir de los 1.37 de estatura en los varones y de 1.15 en las mujeres). Esta diferencia está dada porque las mujeres tienen mayor grasa corporal que los varones y éstos tienen mayor incremento en la masa muscular.

Ocurren muchos cambios; en lo físico, la cara sufre cambios como son: el crecimiento de la mandíbula y de la longitud anteroposterior de la nariz, entre los 12 y 20 años se completa el crecimiento de la base del cráneo y-

Gráfica de la curva de velocidad del crecimiento -
estatural.



Fuente : Picazo, M. op.cit., p.64

la silla turca aumenta de tamaño. Crece la faringe y el hueso hioides desciende al tercio medio del cuello.

Los órganos reproductores aumentan de tamaño y grosor. La longitud de la pierna alcanza su máximo crecimiento, posteriormente madura la longitud del tronco, la cadera, y el espesor del tórax. Los cartílagos del carpo crecen y se osifican rápidamente, el corazón y algunas vísceras abdominales también crecen, el tejido linfático disminuye.

La grasa subcutánea empieza a acumularse a los 8 años en las niñas y a los 10 años en los niños, este aumento de grasa persiste en las niñas y es temporal en los niños, debido a que en los varones inician primero el esfuerzo general.

Los niveles de hemoglobina y la cifra de eritrocitos son más bajos en las mujeres, la producción de creatinina es mayor en los varones, la temperatura corporal basal es más alta en las mujeres, la tensión arterial alcanza su valor adulto normal y es ligeramente más elevada en los varones, la frecuencia y el volumen respiratorio son más altos en los varones.

CARACTERISTICAS BIOLÓGICAS.- La aparición de los caracteres secundarios en el varón, lo constituye el aumento de volumen de los testículos (que son los cambios más precoces), el escroto es seguido de un aumento de tamaño del -

pene. Una tercera parte de ellos presenta crecimiento mamario por un depósito de grasa subcutánea en esta región.

También aparece el vello pubiano que coincide con la primera hipertrofia testicular y del pene, que se tornará más obscuro en el curso de un año y en los siguientes tres años se irá rizando y ocupando mayor extensión hasta alcanzar la distribución adulta. El vello axilar aparece dos años después del pubiano y coincide con el facial.

El cambio de voz ocurre gradualmente debido al alargamiento de la laringe y de las cuerdas vocales así como un rápido crecimiento de la boca, nariz y mandíbula inferior.

Las poluciones nocturnas aparecen alrededor de un año más tarde del inicio de los cambios sexuales secundarios; existen deferentes opiniones en relación al inicio de producción de los espermatozoides maduros.

En las mujeres los cambios secundarios empiezan dos años más tarde que en los varones. Se produce un aumento de la secreción de estrógenos, siendo más intenso un año antes de presentarse la menarquía. La primera manifestación puberal es por lo general el desarrollo de las glándulas mamarias seguidas de la aparición del vello pubiano, el vello axilar que aparece después.

Después del desarrollo de las glándulas mamarias se

producen cambios en la mucosa vaginal, cambios en el PH y el restablecimiento de los bacilos de Döderlain como flora predominante.

El desarrollo de la vagina y el útero se inician simultáneamente con el de la glándula mamaria, existiendo un agrandamiento de los labios menores, mayores y del clítoris asociado a un depósito de grasa en el monte de Venus.

Las glándulas de Bartholin se vuelven activas y los ovarios duplican su peso. La menarquía aparece generalmente después de que ha pasado el punto máximo del aumento estatural, frecuentemente coincide con el punto máximo de desaceleración y normalmente en las niñas Mexicanas de medio socioeconomics medio, ocurre a los 12 años \pm 9 meses. En termino medio las niñas crecen 6 cm. más después de la menarquía. La menstruación al principio puede ser irregular, con escaso o excesivo flujo y/o puede ocurrir dismenorrea. (8)

La menarquía aunque debía corresponder con la iniciación de la ovulación, es frecuente que haya menstruación sin ovulación; y así se ven gran proporción de ciclos anovulalatorios en animales adolescentes jóvenes y en los que se aproximan a la menopausia (durante la vida activa de reproducción esos ciclos son relativamente raros) de igual forma los encontramos en las mujeres.

(8) Picaso, Michel. op.cit. p.p. 50-51

(9) Novak, Edmundo. Tratado de Ginecología p. 89

"Se sabe que mucho tiempo antes, a menudo varios años, de la aparición del primer período menstrual comienza un determinado grado de maduración folicular y función estrógena. Cuando ésta última alcanza un punto suficientemente alto, puede haber hemorragia periódica sin rotura folicular o formación del cuerpo amarillo" (9)

Factores endócrinos.- La insuficiencia de las hormonas en el crecimiento y desarrollo depende de su capacidad para promover la síntesis proteica y la multiplicación celular como corresponde a la hormona del crecimiento, insulina, andrógenos y hormonas tiroideas. Estas hormonas en participación con el resto del sistema endócrino influyen en el crecimiento y desarrollo.

Las hormonas sexuales tienen acción básicamente activa en el periodo puberal

La hormona del crecimiento: también llamada somatotrofina; tiene como función la participación en la síntesis proteica, incluyendo la de los ácidos nucleicos. También se ha demostrado que permite la incorporación intracelular de ciertos aminoácidos específicos e incrementa la multiplicación celular en algunos tejidos, probablemente por aumento de la disponibilidad de sustratos de proteínas.

Una de sus funciones más importantes es la de estimular el crecimiento del cartílago de la epífisis de los huesos largos, lo cual se realiza mediante la sustancia denominada factor de sulfatación o somatomedina, que es -

producida por el hígado por la acción de la hormona del crecimiento.

Durante el período puberal alcanza su máxima cantidad de secreción diaria, lo cual parece guardar relación con el grado de desarrollo sexual así como una aceleración del crecimiento.

Hormona Tiroideas: Son las que aumentan el número y tamaño de las células, mielinización de las neuronas y aumentan el número de capilares. Su influencia en el crecimiento y desarrollo se presenta en los primeros meses de vida, período en el que alcanza su máxima velocidad.

La Insulina: Su función primordial es la participación en el anabolismo proteico. También es necesaria por su participación con la hormona del crecimiento que ejercen su acción promotora del crecimiento y desarrollo. La insulina participa en el crecimiento y desarrollo normal del ser humano a través de su actividad en la síntesis proteica y proporciona energía por su efecto en el metabolismo hidrocarbonado y graso.

Hormonas Sexuales: También se conocen con el nombre de Gonadotrofinas y son: Hormona estimulante del folículo, Hormona luteinizante, en el hombre recibe el nombre de Hormona estimulante de las células de Leydig.

Su función principal es la estimulación del desarrollo y maduración de células germinales encargadas de

la reproducción (óvulo y espermatozoide). Estimulan la -- producción de las hormonas sexuales (andrógenos en el hom bre y estrógenos en la mujer).

Dentro de las hormonas sexuales masculinas (andrógenos) se encuentra la testosterona que es la hormona --- principal y es producida por las células de Leydig en los testículos bajo la influencia de las hormonas estimulan-- tes de las células intersticiales; otra fuente de andróge nos es la corteza suprarrenal (eticolanolona, androsten-- diona, epiandrosterona), estando la producción de éstas - en función en la actividad de la hormona adrenocorticotro fa hipofisiaria ya que ésta estimula la corteza suprarre- nal.

Uno de los principales efectos de los andrógenos - es el de estimular el anabolismo proteico el cual también participa la hormona del crecimiento.

En ambos sexos la aceleración del crecimiento está dado por un efecto cinérgico de la hormona del crecimien- to y los andrógenos; éstos últimos de origen corticosupra renal en la mujer y testiculares en el varón.

Los andrógenos favorecen el crecimiento de los tu- bos seminíferos, la espermatogénesis que principalmente - obedece a la estimulación de la hormona estimulante del - folículo, el crecimiento y desarrollo del pene, escroto, vesículas seminales, próstata y laringe. En el varón es más importante la actividad testicular que la originada por la

corteza suprarrenal debido a que el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios dependen más directamente de ella.

En las hormonas sexuales femeninas (estrógenos) no se ha demostrado su actividad anabólica proteica. Los estrógenos más bien influyen en la maduración de los genitales internos, en los cambios de composición corporal y en el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios femeninos; participan también en el control y mantenimiento de la menstruación, embarazo y lactancia.

Es mínima la influencia estrógenica en la maduración ósea (cierre epifisiario), ya que ésta se realiza por estimulación androgénica corticosuprarrenal en la mujer, así como el crecimiento de los labios mayores y del vello sexual (axilar y pubiano).

Las gonadotrofinas séricas aumentan en los dos sexos a partir de los 9-10 años pero alcanzan niveles adultos normales a los 14-15 años en la mujer y a los 16-17 años en el varón. (10)

CARACTERES PSICOLÓGICOS.- La adolescencia comprende tres etapas desde el punto de vista psicológico.

La primera etapa se inicia con la pubertad, tiene lugar aproximadamente, entre los 12-14 años en los varones y entre los 11-13 años en la mujer. Está caracterizada por las modificaciones somáticas de los órganos sexuales,

(10) Picazo, Michel. op.cit., p.p. 47-52

por el desenvolvimiento interno de la vida psíquica y por la aparición de la sexualidad predominando los conflictos derivados de ésta.

Tiene como meta la independización de la tutela de los adultos para incorporarse a la sociedad.

La segunda etapa llamada también adolescencia media, se presenta al final de la pubertad entre los 14-16 años en los varones y entre los 13-15 años en las mujeres.

En esta etapa ocurre la consolidación de la identidad personal predominando el interés en el manejo de las relaciones interpersonales y en especial con el sexo opuesto, intentando el acercamiento heterosexual. Hay especial interés en la independencia personal adoptando en ocasiones una actitud irresponsable y peligrosa.

La tercer etapa o final abarca de los 16-20 años en los varones y de los 15-18 años en las mujeres, se caracteriza por el logro de la madurez sexual. Comienza cuando el adolescente adquiere independencia psicológica, se siente capaz de pensar, sentir y decidir por sí mismo.

Establece relaciones heterosexuales para la incorporación a la sociedad y la unión con el sexo opuesto. (11)(&)

(&) Según el Dr. M. Picazo, en el libro introducción a la Pediatría menciona que la duración de la adolescencia abarca de los 10+1 a los 16+2 en la mujer y de los 12+1 a los 18+2 en el varón.

(11) López, Ibor. op.cit. p.p. 43-44

2.- Ia sexualidad en el adolescente.

Cuando se habla de la sexualidad, se habla del ser humano integral y en su totalidad. Es hablar del ser biológico, del ser psicológico y del ser social.

Sexualidad nos refiere al ser humano sexual que es, que piensa y que convive con otros seres humanos que también son, piensan y conviven.

En el momento que el individuo nace, dado que presenta genitales, es reconocido como sexuado; un ser cuyo sexo lo ubica socialmente en una u otra categoría generica.

Desde el punto de vista sexológico el comportamiento de un individuo, por el hecho de provenir de un ser sexuado, tiene un comportamiento sexual determinado.

Sexualidad se concibe como una serie de actitudes y conductas que el individuo adopta para sí mismo y en sociedad frente al hecho concreto que es el sexo.

No obstante se puede hacer uso del término para referirse a una capacidad inherente al individuo, independiente de que tenga una expresividad observable y compleja o bien, apenas perceptible y aún difícilmente identificable de otras conductas no exactamente sexuales.

Las conductas sexuales como tales, no parecen en -

forma espontánea, sino gradualmente debido en esencia a la necesidad de alcanzar el desarrollo anatómico-fisiológico de los individuos adultos de la especie ya que durante el lapso que transcurre desde el nacimiento hasta la madurez todo ser humano se estructura simultáneamente como individuo y como ente social. (12)

La sexualidad en el adolescente representa un camino para su inserción en el mundo, para alcanzar su desarrollo, la sexualidad tiene que desplazar al individuo del área de sus intereses egoístas hacia una dimensión altruista y creadora, no buscando el significado y fin de la unión entre el hombre y la mujer en la perpetuación de la especie, sino en la naturaleza de la personalidad humana, en su esfuerzo de realización y de plenitud total.

La evolución de la sexualidad como una maduración progresiva se logra por etapas sucesivas y alcanza su meta después de superar varias etapas de tanteos, ensayos y errores, características no sólo de la vida sexual, sino del desarrollo social y psicológico de la adolescencia. Estas etapas no son el camino ideal de la evolución pero sí el más frecuente.

El adolescente descubre en si mismo nuevos conceptos del mundo que lo rodea, el sexo le ha servido como principio; el mundo le parecía indiferente, inerte, extraño, pero de ahora en adelante le parece lleno de vida y -

(12) Alvarez Goyou. Elementos de Sexología p.p. 3 y 74

en el cual encuentra el otro yo que es necesario y vital-- y que tiene una esencial referencia a su personalidad.

Ahora descubre que no puede haber un yo completo -- sin un tú. Antes el otro era como uno mismo: un compañero_ de juegos, de trabajo de escuela. Ahora el otro es percibi do como algo radicalmente diferente que se necesita para - la existencia y es la base de la sexualidad y su contribu- ción a la maduración del adolescente. (13)

En la evolución de la sexualidad (dentro de la pu-- bertad), el adolescente atraviesa por tres etapas:

I) La primera etapa es la masturbación, que es la autoesti mulación en busca de placer; posee un significado evoluti- vo y funcional que sirve de enlace entre el auto erotismo_ del niño y la heterosexualidad del adulto. La masturbación en la pubertad se considera como una forma de sexualidad - real aún inmadura, ya que el deseo, físico endógeno suscita imágenes mentales eróticas que desembocan en un acto se-- xual rudimentario.

La sexualidad femenina es diferente en algunos as-- pectos a la masculina; la principal diferencia reside en_ que su deseo físico endógeno permanece latente hasta que - el hombre "ideal" lo despierte, sin embargo no se puede ne gar la existencia de la masturbación en la mujer, pues el_ adolescente siempre esta en contacto con lo externo a él, manifestando actividad, una retroalimentación exc-endógena

(13) Lady Book. op.cit. , tomo I p.p. 251-262

que se traduce en expresividad.

Por regla general en la mujer la función sexual se fusiona con la constelación afectiva; en el varón se rompen más fácilmente las esferas del sexo y del afecto. (14)

La masturbación permite al adolescente percatarse de que en él se desencadena una retroalimentación en función a: una estimulación, una necesidad y una satisfacción ya sea cognocitiva, sensorial o ambas. Su desarrollo neurofisiológico le permite adquirir sensoriales cada vez más precisas que lo estimulan. (15)

Según A. Gayou, durante la masturbación, el adolescente experimenta sensaciones placenteras o satisfactorias que orientan a enriquecerlas como nuevos ejercicios que derivan en nuevas sensaciones de goce, que dan como resultado una expresividad sexual masturbatoria que une la experimentación, la estimulación y la satisfacción en un complejo mecanismo biosicosocial de identificación y de descubrimiento.

Es frecuente que la masturbación provoque estados de ansiedad y sentimientos de culpabilidad en sociedades coercitivas que niegan formas de expresión sexual al que no es adulto. (16)

Al referirse a la masturbación el mismo autor cita que la fantasía es otro de los factores importantes que ex

(14) Lady Book, op.cit. p.p. 262-263 T.I

(15) Alvarez Gayou, op.cit. p. 78

(16) Ibidem. p. 75

pande las posibilidades de estimulación y la expresividad, que a través de ella se acentúa la aprehensión del mundo y la receptibilidad, enriqueciendo su funcionalidad defensiva y el intercambio entre el sujeto y el medio ambiente -- que presiona sobre él, así mismo, puede enfrentarse a situaciones inexistentes, experimentándose como sujetos que responden sin la amenaza de una derrota de un sentimiento derivado de ella.

La fantasía ofrece alternativas y protege al adolescente de sentimientos de culpa en relación a los juicios morales valorativos que se ven amenazados en su expresividad sexual. (17)

Hay dos tipos de masturbación: el primero trata de eliminar la tensión puramente sexual física; la segunda -- forma sirve para descargar todo tipo de tensión aunque no sea sexual, encontrando salida y alivio a todas las emociones y conflictos más diversos. (18)

II) La segunda etapa de la sexualidad adolescente, es la llamada etapa homosexual, caracterizada exteriormente por amistades de alto grado afectivo. Es una ternura erótica que muy bien puede no desembocar en relación genital, pues aún sin actos, la sexualidad conoce por primera vez la compañía.

La homosexualidad tiene puntos de contacto en donde se meta principal es un afán para su complemento, de sopor

(17) López Ibor, op. cit. p. 73

(18) Lady Book, op. cit. p. 263

te y ayuda en el abandono y la soledad en que se encuentra el adolescente.

La homosexualidad en el adolescente es relativamente frecuente, sin ser una anormalidad ya que ciertos tipos de contactos homosexuales pueden tener lugar como una forma mas de explorar el cuerpo, siendo uno de los objetivos buscar el significado y las formas posibles de manejar, emplear y dar salida a la recién llegada sexualidad.

La homosexualidad del adolescente suele ser esporádica y transitoria y por lo general no implica un compromiso afectivo importante ni supone un fuerte vínculo interpersonal.

Esto sucede en la mayoría de los adolescentes cuando la personalidad se esta estructurando correctamente y la afectividad no esta perturbada por carencias o insuficiencias previas.

El contacto homosexual sucede sin que los que participan esten "enamorados" y es frecuente que estos contactos sean justificados, en la intimidad de sus protagonistas como simple conducta exploratoria. Entre varones, muchas veces se da en grupos que realizan masturbaciones reciprocas y el más experto por lo general el de más edad, aparece como: iniciador y consejero de estas actividades. Entre las mujeres el contacto homosexual se da con mayor contenido afectivo, predominando los contactos entre dos -

personas con ciertas dosis de ternura, besos, caricias y raramente orgasmos.

En nuestra sociedad se suelen aceptar ciertas formas de relaciones entre mujeres, que de darse entre los hombres sería sospechoso de homosexualidad. Según el informe Kinsey y colaboradores (1958), se sabe que más de la tercera parte de hombres, han participado en éste tipo de conducta sexual sig. en las mujeres una mayor cantidad de ellas las que tuvieron en su adolescencia una relación homosexual, y no significó un trauma posterior para su desarrollo psicosexual, de todos ellos sólo un mínimo porcentaje siguió en la edad adulta la práctica homosexual.

En cuanto a las consideraciones sobre la anormalidad o anormalidad de dicha conducta de la homosexualidad, se debe tener en cuenta que varían de acuerdo a las condiciones de la cultura de la sociedad a que se refiere.

Se sabe que para algunos pueblos que no participan de la civilización actual, la conducta homosexual es tan normal y correcta como la heterosexual y no es sino una forma más de establecer relaciones.

En la adolescencia se vive una gran inseguridad -- que se acrecienta al considerar la posibilidad de acercamiento al otro sexo que se considera como peligroso o simplemente se tiene respeto y guardan distancias. La forma más habitual en la relación entre adolescentes es en seno

de grupos que suelen estar formados por miembros de un mismo sexo exclusivamente en donde cada cual tiene que destacar por una determinada faseta, se crean rivalidades estableciéndose valores para la osadía y la fuerza.

En las mujeres, la belleza, la simpatía, el don de gentes, el atractivo, son sus valores dentro de sus grupos. Estos grupos establecen sus propios valores y sus propias normas; se suelen enorgullecer de guardar secretos y de gran fidelidad, por lo general tienden a tener una actividad transgresiva de las normas de los adultos.

Se comprende que en este contexto es más fácil buscar el contacto sexual con quienes están más cerca y se tienen más afinidades, con los que se han establecido sentimientos de confianza y se teme menos al salir ridiculizado.

En esta edad toda conducta sexual está caracterizada por el sello de la prohibición; los contactos físicos con el mismo sexo encajan con la filosofía de estos grupos.

La homosexualidad es más posible en la adolescencia por la personalidad del sujeto, que se caracteriza por estar incabada y los papeles a desempeñar sin definir.

Aquellos adolescentes que crecen con un sentimiento de inferioridad, excesivamente tímidos y se sienten incapaces de mostrar la iniciativa y una cierta agresivi-

dad que supone la conquista del otro sexo; si posteriores situaciones de la vida no facilitan un encuentro heterosexual suficientemente satisfactorio, podrán intentar su -- realización sexual en la homosexualidad. Otro de los factores que facilitan la persistencia de sentimientos o ten dencias hacia la homosexualidad, son las actitudes inadecuadas de los padres hacia los hijos, como ejemplo: duran te la infancia se vive el rechazo o el desprecio del pa-- dre (en los niños) o de la madre (en las niñas) sin que o tra persona de ese mismo sexo lo sustituya en la función de hacer posible la identificación del chico o chica con él o con ella. Otro factor posible es cuando por parte de la madre o del padre (quien represente al otro sexo) haya un vínculo afectivo patológico y tan intenso que se le ha ya hecho ver al adolescente que nadie del sexo contrario podrá igualar el cariño que ella (la madre) o él (padre) le tiene. Surgirá entonces un temor más acentuado hacia las personas del otro sexo y una mayor inseguridad a la hora de las relaciones heterosexuales. (19)

III) La tercera etapa también llamada heterosexualidad en el adolescente. A medida que la sexualidad va haciéndose presente en los adolescentes, se busca el contacto con el otro sexo.

Se habla del sexo opuesto o sexo contrario porque están del otro lado de nuestro mundo psicológico, los hom

(19) López Ibor, op. cit. p.p. 85-90

bres y las mujeres parecemos destinados a entendernos des de las posiciones opuestas, claramente diferenciados en dos formas de ser y de entender las cosas de la vida.

Perder el miedo al contacto; en nuestra sociedad - tenemos especial cuidado en evitar cualquier contacto entre los cuerpos en la vida cotidiana. El adolescente no tiene medida de sus propias dimensiones extracorporales. En el jugueteo aventurero de establecer contacto con la chica que le gusta, hay un previo planteamiento "táctico" de como entrar en su terreno. Tampoco ella puede dejarse sin oponerse, traspasar los límites de sus dominios. Romper esa barrera es quizá el objeto final del galanteo. Antes de que las dos intimidades se pongan en contacto y -- dos cuerpos puedan estar juntos sin tensión y sin rechazo son precisas las más sutiles maniobras de aproximación--- distancia y aceptación-rechazo, donde cada cual pone en juego sus mayores habilidades y facultades; donde se aprovecharán al máximo las posibilidades de expresión y de comunicación de ese todavía mal conocido "amigo" que es el cuerpo de la ó de el adolescente.

Se dice que hay un instinto especial para el manejo de estas artes y es casi todo sucesivo a un nivel subliminal " casi inconciente " pero cargado de una simio--cultura intencionalidad. Romper esa barrera, es el primer paso a dar, y cuando se consigue, se persigue una especial emoción, un cierto alivio, el que da la tranquilidad

de sentirse admitido-a y de estar más cerca.

La emoción es mayor aún cuando desaparece ese espacio extracorporal (los límites del pudor) y llega el primer beso emocionado, las primeras caricias....

Evidentemente la corriente liberalizadora de los últimos años facilita este contacto a los adolescentes, los chicos y las chicas de hoy "tocan" más que los de antes y con más naturalidad. A medida que la confianza crece, serán posibles otras formas más íntimas de relación física. En este sentido la intimidad de una pareja empieza donde acaba lo públicamente aceptado, lo fácilmente tolerado: besarse y abrazarse con alguien, parece normal a casi todo el mundo; pero lo que sigue siendo una frontera pocas veces franqueada en el mundo de la adolescencia es la cópula (la relación sexual con coito). Ahí parece estar fijado el límite de la permisividad, especialmente cuando no hay cierta seguridad acerca de la continuidad de las relaciones. El límite se mantiene en la ante-sala del coito, por la persistencia del mito de la virginidad que en nuestro contexto cultural se limita a expresar la integridad física de la membrana himeneal, que se ha de mantener hasta que la mujer sea desflorada por quien se supone que va ser el compañero definitivo de su vida.

En el varón la forma es distinta ya que no se siente vigilado y a él no se le exige la virginidad, y porque

no hay nada en su cuerpo que lo delate de la transgresión

Aunque es cierto que hoy en día la posibilidad de disponer de los medios anticonceptivos eficaces, los adolescentes tienen menos reparos en mantener relaciones sexuales completas, aunque en la mayor parte de ellos evita esta experiencia, por temor de un posible embarazo, pero que puede ser evitado exclusivamente por consideraciones morales o religiosas, o bien porque en nuestra cultura el hombre sigue esperando ser el protagonista de la desfloración de la mujer con la que va a vivir toda su vida.

Las raíces de nuestros prejuicios deben ser tan arcaicas que tales mitos se perpetúan a pesar de las más renovadas ideologías y transformaciones sociales. (20)

3.- EDUCACION SEXUAL.

En los últimos diez a quince años el tema del sexo ha sido examinado y descrito quizá como nunca lo había sido. Muchos conductistas afirman que ha ocurrido una revolución sexual. Se puede aceptar realmente que la ignorancia y la ansiedad sexual hayan disminuido de manera apreciable debido al ambiente moderno de la franqueza sexual.

Muchos de los factores que afectan las actitudes sexuales del niño cuando comienzan a crecer y que alteran su conducta son: la forma como lo amen sus progenitores, la forma como lo acaricien, lo cargen, afecto, o dureza que se manifiesta en sus voces, la palpación de su piel de ambos, el olor de sus cuerpos, etc.

El entrenamiento sexual empieza desde que nace, -- aún cuando los progenitores evitan discutir sobre el sexo cuando están juntos, los niños descubren sus actitudes de tensión o naturalidad a través de la comunicación silenciosa.

Uno de los problemas mayores; es la incompetencia de los adultos para discutir sobre el sexo de una manera franca y abierta con los jóvenes, dotando al sexo de una cualidad mágica e irreal, la cual refuerza la preocupación del adolescente por el tema; obstruyendo además las fuentes naturales legítimas de la información sexual y -- forzando a menudo a las personas a buscar fuentes desequilibradas para satisfacer su curiosidad normal.

La ignorancia sexual engendra la ansiedad sexual y la causa primaria de ambas es simple. Los adultos en una posición para instruir a los jóvenes, se encuentran muy a menudo llenos de sentimientos de culpa sexual existiendo una incertidumbre acerca de lo que realmente ellos consideraran lo que constituye una conducta sexual aceptable.

Además de sus conflictos y su ignorancia, se hayan a menudo renuentes a admitir sus prejuicios.

Pocas autoridades en la conducta humana negarían que el ajuste sexual es esencial para la madurez y la adaptación fructífera al medio particular de cada individuo. Se afirma que el ajuste sexual está positivamente correlacionado con la educación sexual precisa, bien sincronizada, actualizada y presentada en forma global y congruente. Si los adultos jóvenes de hoy son educados adecuadamente, estarán en una posición de educar a sus hijos en una forma adecuada en la relación con los temas sexuales. Sólo en esta forma se puede romper el ciclo de la ignorancia y la ansiedad sexual.

Los informes Kinsey confirmaron lo que los educadores desde tiempo atrás ya conocían, que los sentimientos de culpabilidad engendrados por el conocimiento inadecuado del sexo interfieren con el ajuste personal y social. Una sólida salud mental y una mente receptiva para el aprendizaje al máximo del potencial del individuo. Wilhelm

Reich proclamó que no puede haber salud mental si se mantiene la represión de la sexualidad.

Las personas que han recibido una buena educación sexual, desarrollan defensas más propias y están menos ansiosas que aquellas que no la tienen ya que tienden a reprimir la ansiedad por el rechazo, la negación y la aceptación a medios derrotistas.

La responsabilidad de cualquier sociedad es la de regular la conducta individual de manera que se adapte a las normas generalmente aceptadas. Al hacer ésto, idealmente, se logra el beneficio y protección máxima de los individuos de esta sociedad sin la importancia de restricciones o penalidades indebidas sobre sus integrantes. Sin embargo, en el campo de la conducta sexual esta tarea no es fácil, ya que las actitudes y los valores relacionados con el sexo, ya que varían ampliamente.

En consecuencia hay mayor posibilidad de que las ideas de algunas personas puedan ser impuestas de manera injusta a otras. En virtud de las leyes relacionadas con el sexo, que son dolorosamente lentas de modificar. (21)

Ya que la salud mental, el bienestar físico y el ajuste sexual están íntimamente relacionados, resulta curioso que la oposición continúe siendo tan fuerte, contra el medio más seguro de lograr la llamada "educación sexual". Los obstáculos para la educación sexual, los com--

(21) Leslie McCary James. Sexualidad Humana. p. 270

plejos de culpa y los temores que la recubren.

Toda cultura formula su propio código sexual y la diferencia entre diversas éticas sexuales son grandes a menudo. Lo que por otro lado es aceptado en conductas sexuales, podría ser en otro lado considerado como perversión. Muchos factores contribuyen a la formulación de actitudes sexuales; algunas de las cuales son sólidas y otras son excrecencias del folclor y la ignorancia. Sin embargo es un hecho que las actitudes sexuales se establecen y los cambios que con ella ocurren, con lentitud, independientemente de los costos y lo falto de razón que pudiera ser en términos de desajuste personal. (22)

3.1 Educación sexual en el adolescente.

Durante la adolescencia se muestra a la persona en continua evolución; esta evolución, a su vez, se apoya en la continua progresión de los fenómenos de maduración emocional e intelectual cuyo desarrollo implica procesos naturales que pueden ser utilizados y acelerados por la educación familiar o escolar.

El desarrollo de la inteligencia, además de ser un proceso de maduración biológica, tiene un desarrollo de la experiencia espontánea en donde el papel más importante es desempeñado por la experiencia y el sentido formativo. La adquisición de conocimientos depende tanto de este desarrollo y experiencia, como de las transmisiones educativas o sociales, siendo de fundamental importancia el contenido de la información que se da al joven para su asimilación.

Es necesario tener en cuenta que para una asimilación correcta de los contenidos de la información, es necesaria una actividad interior en la que el objeto de aprendizaje se le propone al alumno como una posibilidad que éste debe hacer suya a través de una situación en la que se vea involucrado y comprometido como sujeto activo. Se ha visto que las nuevas adquisiciones de la inteligencia en los períodos de pubertad y adolescencia son importantes y condicionan las formas en que se van a suceder los cambios de la personalidad. (23)

(23) López Ibor. op. cit., p.p. 53-55

El tema de la educación sexual en el adolescente - ha sido difícil y objeto de muchas discusiones, por que - se refiere a disciplinas divergentes que guardan estrecha relación.

El punto principal de discusión en esta etapa, es el desarrollo de los órganos sexuales internos que dan al individuo cierta comprensión de su total integración anatómica y fisiológica. Se puede discutir más ampliamente de la estructura y función de los órganos sexuales permitiendo la explicación de la menstruación y las poluciones nocturnas, de la concepción y la embriología del feto así como el parto. (24)

Dentro de la información básica se deben abordar los siguientes temas:

- La conducta sexual en los mamíferos debido a que el hombre siendo mamífero comparte algunos rasgos conductuales sexuales con otros mamíferos.
- Fisiología de la respuesta sexual en donde se analiza la interrelación entre la respuesta refleja y cerebral.
- Perspectivas transculturales. análisis de la sexualidad en diversos grupos culturales, étnicos, así como clases sociales que recordará el adolescente que no debe asumir que las normas de su cultura son de universal observancia, lo que le ayudará a revalorar el concepto de lo normal.

(24) Novak Edmund. et. al. Tratado de Ginecología. p.718

- Sexualidad de la infancia y la adolescencia es el tema clave porque plantea el papel de la sexualidad temprana y de su desarrollo en el niño y el adolescente, como base de la sexualidad adulta.
- Heterosexualidad adulta, un análisis de las conductas sexuales más frecuentes.
- Homosexualidad ya que es importante el conocimiento de factores etiológicos de las diversas expresiones de la sexualidad.
- Otras expresiones de la sexualidad. Debe mencionarse aquellas que con mayor frecuencia se encuentran en nuestra sociedad.
- Control social de la sexualidad en donde se incluye el análisis de las expresiones gráficas de la sexualidad (pornografía).
- Anticoncepción en donde se analizan las características de los métodos más utilizados
- Temas sobre los problemas sociales sexuales, como lo son la prostitución y el aborto.
- Analizar las enfermedades de transmisión sexual. (25)

3.2.- EL PROFESIONAL DE LA SALUD Y LA EDUCACION SEXUAL.

La humanidad se ha visto beneficiada por las diversas modificaciones en el ejercicio de la medicina y otras disciplinas, como la psicología, trabajo social y Enfermería, que buscan consecución del completo estado de bienestar físico, psicológico y social señalado por la O.M.S. (organización mundial de la salud).

La sociedad actual exige estructuras educativas -- más sólidas, para la formación de profesionales de la salud que puedan tener una visión integral del ser humano.

La sexualidad se encuentra involucrada con el estado de salud físico, mental y social que ignorarlo no es - otra cosa que el reflejo de una inadecuada atención de la salud. Se establece que la ignorancia de aspectos de la - sexualidad al igual que nociones erróneas y falacias es-- tan estrechamente relacionadas a las condiciones de salud como, a diversos aspectos de la calidad de la vida.

Al hablar de la sexualidad se deben de incluir tres elementos básicos:

- 1) La posibilidad de disfrutar de una actividad sexual y reproductiva equilibrando una ética personal y social.
- 2) El ejercicio de la sexualidad sin temores ni vergüenza o culpa, sin mitos ni falacias; en esencia sin factores - sociales o psicológicos que interfieren en las relaciones sexuales.

3) El desempeño de una actividad sexual libre de trastornos orgánicos, enfermedades o alteraciones que la entorpezcan.

En la formación de profesionales de la salud en escuelas y facultades del país se limitan básicamente a aspectos biológicos de la sexualidad sin considerar las facetas psicológicas y sociales, descuidando aspectos fundamentales como:

- 1.- Fisiología de la respuesta sexual humana.
- 2.- Las diversas expresiones de la conducta sexual.
- 3.- La sexualidad en la infancia y la adolescencia.
- 4.- Los efectos de las enfermedades sobre la sexualidad.
- 5.- Los efectos de distintas drogas y medicamentos sobre la sexualidad humana.
- 6.- Los efectos y cambios que la edad y el envejecimiento producen en la respuesta sexual humana.
- 7.- Reconocimiento y alternativas de manejo de problemas, conflictos y disfunciones sexuales.

La necesidad de una atención integral del ser humano, así como el aumento de la demanda y asistencia en materia de salud sexual, y la evidencia cada vez mayor de las insuficiencias actuales en la formación teórica y práctica recibida por los profesionales de la salud que ponen en relieve la necesidad de enseñanza y formación profesional en materia de sexualidad humana.

Por lo tanto es evidente la necesidad de establecer cursos sobre sexualidad humana, en facultades, escuelas de ciencias de la salud, así mismo, la necesidad de impartirse en centros educativos.

El profesional de la Salud deberá tener una adecuada actitud ante la sexualidad propia y de otros, mediante un enfoque racional de su propia realidad sexual. Por lo tanto la necesidad de que el profesional de la salud conozca y acepte la amplia gama de expresiones de la conducta sexual humana para lograr transmitir esa actitud a las personas que buscan ayuda para lo que consideran un comportamiento "anormal". Es indispensable para el personal de la salud una actitud de aceptación de la sexualidad en general como un componente básico y beneficioso, ya que las actitudes primitivas o negativas ante las personas que buscan consejos y ayuda, así como las afirmaciones sin base sólida y los métodos inadecuados en materia sexual pueden dañar seriamente, en especial cuidado deben ser las actitudes negativas que el profesional de la salud pueda sentir o expresar respecto a la sexualidad de grupos, como personas de edad, deficientes mentales, lesionados físicamente y grupos minoritarios.

Los profesionales de la salud deberán proporcionar información para crear actitudes que permitan un manejo adecuado de diversas situaciones, conocimientos de la sexualidad y enseñar habilidades necesarias para la evalua-

ción, prevención, diagnóstico, manejo y referencia de disfunciones sexuales y problemas relacionados con el sexo.

La educación de la sexualidad humana en una facultad o escuela de ciencias de la salud debe evaluar el papel del profesional de la salud como educador, consejero y terapeuta, analizando la ineficacia de los puntos de vista y experiencia personal.

Este curso también debe comparar las funciones de los distintos profesionales frente a su propia sexualidad para que adquirieran una actitud libre de mitos y prejuicios, humanística y no valorativa. Debe informar adecuadamente y facilitar bibliografía suficiente y disponible.

(26)

4.- ANATOMIA Y FISIIOLOGIA DE LOS ORGANOS Y SISTEMAS AFECTADOS.

En la transmisión de las enfermedades venéreas los órganos y sistemas que son afectados son: el sistema de reproducción masculino y el sistema de reproducción femenino.

Dentro del sistema de reproducción masculino se encuentran dos órganos principales, y son los testículos y el pene, dentro de este sistema se encuentran órganos accesorios e incluyen glándulas y un sistema para acumular, almacenar y conducir el producto de las glándulas de los testículos. (fig. nº 1)

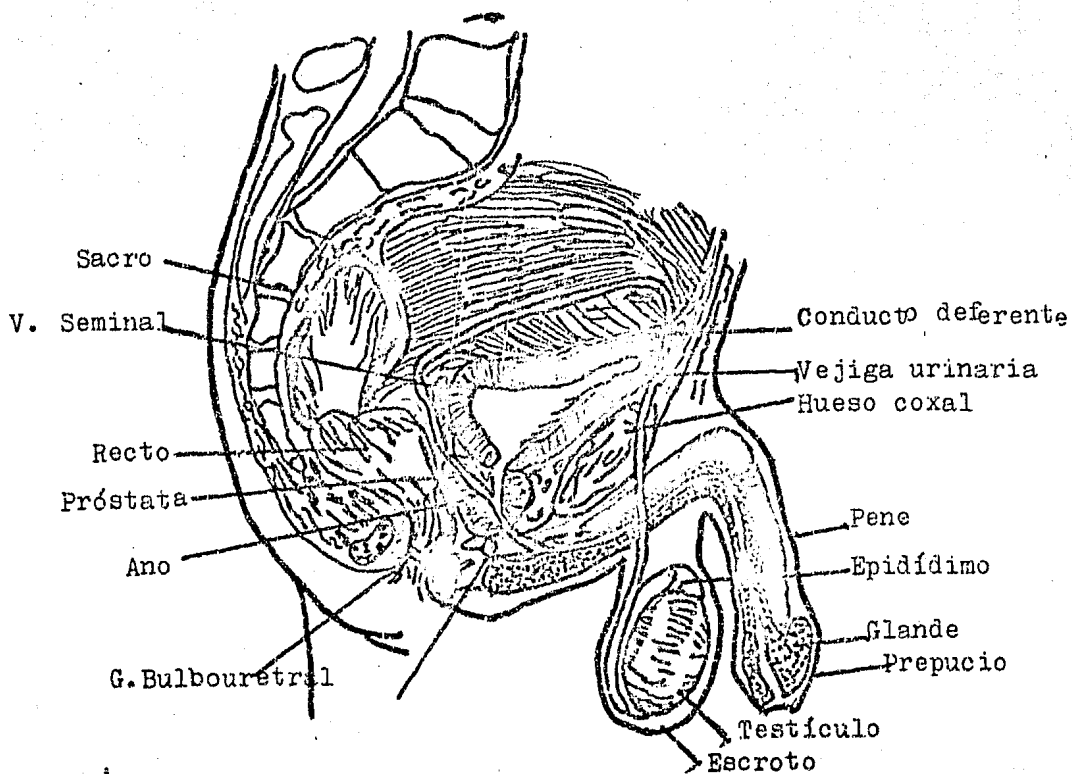
EL ESCROTO.- Es una prolongación en forma de bolsa de la pared abdominal, es una estructura de soporte de los principales órganos reproductores masculinos y exteriormente parece una bolsa sencilla de piel. Interiormente está dividida por un tabique en dos sacos, cada uno de los cuales contiene un testículo.

LOS TESTICULOS.- Son glándulas de forma oval que miden alrededor de 5cm. de longitud y 2.5 cm. de diámetro durante la vida fetal se localizan en la cavidad abdominal, pero alrededor de dos meses antes del nacimiento descienden al escroto.

Los testículos están cubiertos con una capa densa de tejido fibroso blanco que se extiende hacia dentro y -

FIG. Nº 1

ORGANOS MASCULINOS EN CORTE SAGITAL



Fuente: Tortora, J. Anagnostakos, op.cit. p. 554

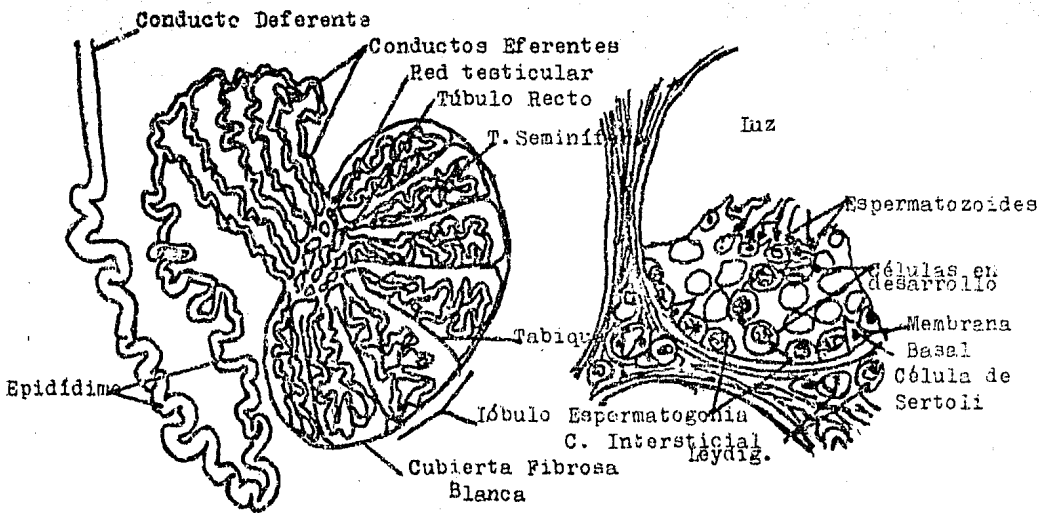
divide cada testículo en una serie de compartimientos interiores denominados Lóbulos. Cada Lóbulo contiene uno o tres túbulos enrollados de manera apretada, llamados túbulos seminíferos, que son los productores del esperma, - mediante un proceso llamado espermatogenesis. Una sección transversal de un túbulo seminífero revela que el túbulo está lleno de células espermáticas en diversos estados de desarrollo. La célula más importante e inmadura es la espermatogonia, esta se localiza contra la membrana basal, desplegándose hacia el centro del túbulo, cuando la célula espermática o espermatozoide ha llegado a la madurez - plena, se encuentra en la luz del túbulo y empieza a moverse a través de las series de conductos donde serán expulsados por medio de la eyaculación. (fig. nº 2)

Entre las células espermáticas en desarrollo de -- los túbulos están las células de Sertoli que producen secreción para proveer nutrientes a los espermatozoides. En tre los túbulos seminíferos se encuentran agrupaciones de células intersticiales o de Leydig, estas células secre-- tan la Testosterona que es la hormona masculina.

ESPERMATOZOIDES.- El espermatozoide una vez eyaculado tiene una expectativa de vida de 24-72 hrs. El espermatozoide está altamente adaptado para buscar y penetrar el óvulo femenino. Esta compuesto por una cabeza, cuello, cuerpo y cola. La cabeza contiene el núcleo y los chromosom

FIG. Nº 2

TESTICULOS



Fuente; Tortora, J. Anagnostakos. op.cit. p. 554

mas, también contiene sustancias químicas que efectúan la penetración del espermatozoide en el óvulo. En la pieza intermedia se encuentran numerosas mitocondrias que -- llevan a cabo el catabolismo que suministra energía para la locomoción. La cola, flagelo típico que impulsa al espermatozoide. (fig. nº 3)

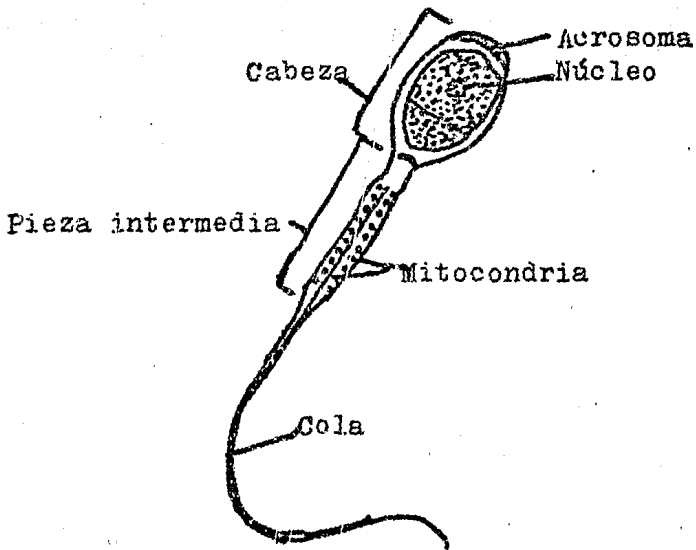
LA TESTOSTERONA.- Al comienzo de la pubertad, la hormona Folículo Estimulante (HFE) es liberada por la hipófisis anterior, actúa sobre los túbulos seminíferos para que se inicie la espermatogénesis, sin embargo necesita la influencia de otra hormona estimulante de las células intersticiales (HECI) también se produce en la hipófisis anterior, al comienzo de la pubertad, estas hormonas actúan a nivel de túbulos seminíferos y contribuyen a que éstos produzcan células espermáticas; pero su función más importante de la HECI es la de estimular la secreción de la testosterona por parte de las células de Leydig.

La testosterona tiene varios efectos en el cuerpo, controla el desarrollo, el crecimiento y el mantenimiento de los órganos sexuales masculinos, el desarrollo de las características sexuales secundarias, el crecimiento óseo el catabolismo proteico y el comportamiento sexual normal.

CONDUCTOS.- Cuando los espermatozoides maduran se desplazan a través de los túbulos seminíferos hacia los túbulos rectos, éstos forman una red de conductos en el

FIG. Nº 3

ESPERMATOZOIDE



Fuente : Tortora, J. Anagnostakos. op. cit. p.555

centro del testículo denominado red testicular o retti -- testis. Posteriormente los espermatozoides son transportados fuera del testículo a través de una serie de conductos tortuosos, que son los conductos eferentes que desembocan en un túbulo denominado epidídimo.

EPIDIDIMO.-- Son dos uno izquierdo y el derecho, -- son tubos tortuosos, que miden aproximadamente de seis metros de longitud y se encuentran alojados por arriba del testículo. Cada epidídimo se une a un testículo donde recibe los conductos eferentes y luego descienden a lo largo del borde superior del testículo, posteriormente describe una curva y desciende. El epidídimo está revestido por epitelio columnar simple estratificado y su pared contiene músculo liso. Funcionalmente el epidídimo almacena los espermatozoides antes de la eyaculación y los impulsa hacia la uretra durante la eyaculación. La propulsión de los espermatozoides se realiza mediante contracciones peristálticas del músculo liso.

CONDUCTO DEFERENTE.-- La porción terminal del epidídimo es menos tortuosa y considerablemente más grueso, a esto se le conoce como conducto deferente. Este conducto asciende a lo largo de la parte posterior del testículo, penetra en el canal inguinal y entra al abdomen, donde se extiende sobre la parte alta de la vejiga y desciende por la parte posterior. Histológicamente el conducto esta re-

vestido por epitelio pseudoestratificado y tiene una capa gruesa de tres subcapas musculares. Las contracciones peristálticas de la capa muscular impulsan los espermatozoides hacia la uretra.

Dentro del conducto deferente se encuentra la arteria testicular, los nervios vegetativos y venas que drenan los testículos, los linfáticos y una banda circular del músculo Cremaster. Estas estructuras juntas constituyen el cordón o fonículo espermático, estructura de soporte del sistema de reproducción masculino.

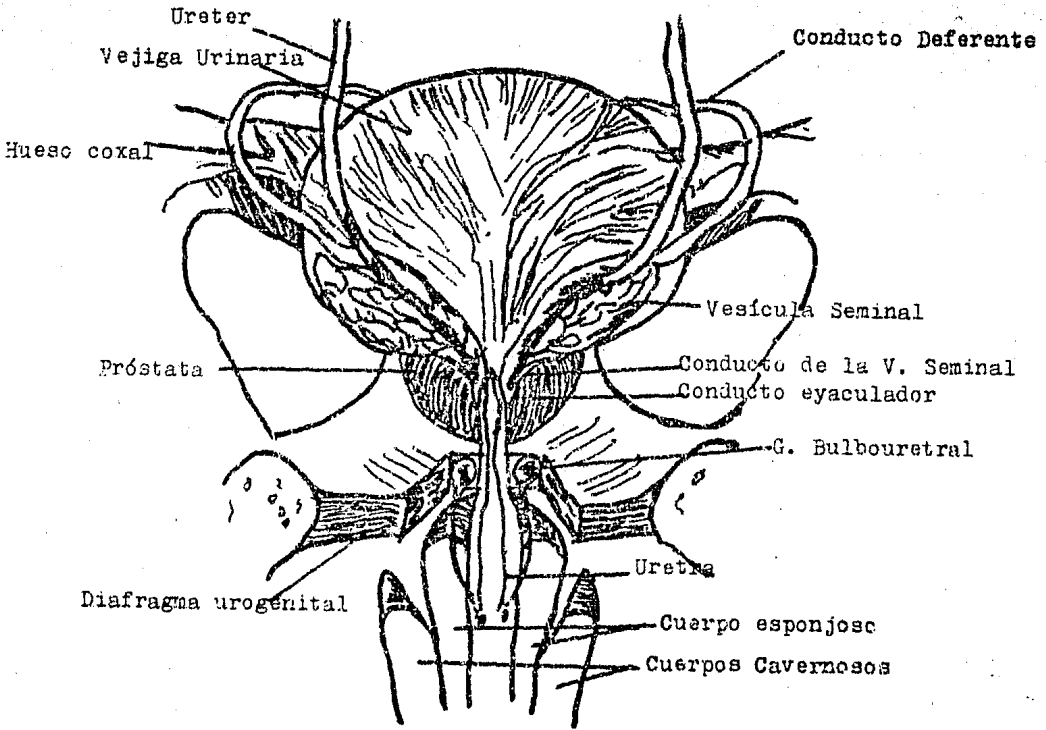
CONDUCTO EYACULADOR.- Pasa por detrás de la vejiga urinaria, cada conducto deferente se une con un conducto eyaculador, ambos conductos eyaculadores vierten los espermatozoides en la uretra.

LA URETRA.- Es el conducto terminal del sistema que sirve como vía de paso para los espermatozoides y la orina.

GLANDULAS ACCESORIAS.- Estas glándulas secretan la porción líquida del semen. Las primeras glándulas por su función son las vesículas seminales, son estructuras pares a manera de bolsas tortuosas que se hallan por detrás y hacia la base de la vejiga urinaria, por delante del recto, secretan el componente viscoso del semen que pasa al conducto eyaculador. (fig. nº 4)

FIG. Nº 4

VISTA POSTERIOR DE LA VEJIGA URINARIA Y SUS RELACIONES
CON ALGUNOS ORGANOS REPRODUCTORES MASCULINOS.



Fuente : Tortora, J. Anagnostakos. op.cit. p.557

PROSTATA.- Es una glándula simple que rodea a la uretra a manera de rosca, del tamaño de una nuez aproximadamente. Está por debajo de la vejiga urinaria y rodea la parte superior de la uretra, la próstata secreta un líquido alcalino que constituye la porción más grande del semen que se vierte a la uretra.

GLANDULAS DE COWPER.- Son glándulas pares del tamaño y forma de un guisante. Estan localizadas por debajo de la uretra y próstata, junto con esta secretan un líquido alcalino en la uretra.

SEMEN.- El líquido seminal es una mezcla de espermátocidos y de secreciones de las vesículas seminales, de la próstata y las glándulas bulbouretrales (cowper). el volumen promedio de eyaculación es de tres a cuatro ml. y el numero promedio de espermátocidos es de cuatrocientos millones. El semen tiene un PH que oscila entre 7.35-7.50, es ligeramente alcalino. La secreción prostática proporciona al semen la apariencia lechosa y los líquidos de las vesículas seminales y las glándulas de cowper le dan la consistencia mucosa. El semen provee a los espermatozoides un medio de transporte y actúa como amortiguador para neutralizar el medio ácido de la vagina.

PENE.- Es el órgano masculino y sirve para introducir los espermatozoides en la vagina femenina; el extremo distal del pene se llama glande. cubriendo al glande se -

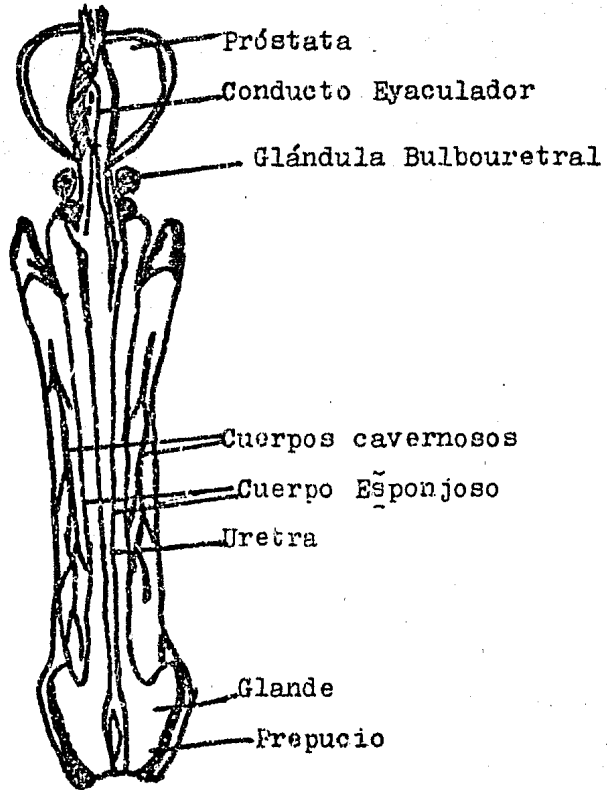
encuentra una piel delgada denominada Prepucio. Interiormente el pene está compuesto de tres masas cilíndricas de tejido unidas por tejido fibroso. Las masas superiores -- que son dos y se localizan en la parte dorsal se denominan Cuerpos Cavernosos del pene y la masa más pequeña ventral, se llama cuerpo esponjoso y contiene en su interior a la uretra. Las tres masas tienen senos venosos. Bajo la influencia de la excitación sexual, las arterias que irrigan al pene se dilatan y grandes cantidades de sangre entran a los senos venosos. (fig. nº 5)

SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO.- Son los ovarios los que producen los óvulos; las tubas uterinas , el útero la vagina y órganos exteriores que forman la vulva. (fig.nº6)

LOS OVARIOS.- Los ovarios o gónadas femeninas tienen el tamaño de almendras y están ubicados en la cavidad pélvica, a cada lado del útero. Están suspendidos por el ligamento ancho del útero, que es un pliegue de peritoneo denominado Mesoovario fijado al útero por el ligamento ovarico y unido a la pared pélvica por el ligamento suspensorio. Cada ovario tiene un hilo, punto de entrada de vasos sanguíneos y nervios. Cada ovario tiene una capa exterior de epitelio simple denominado epitelio germinativo, en su interior se encuentran los folículos ováricos. Folículo ovárico es el termino para designar al óvulo en cualquiera de sus etapas de desarrollo, junto con sus células

FIG. Nº 5

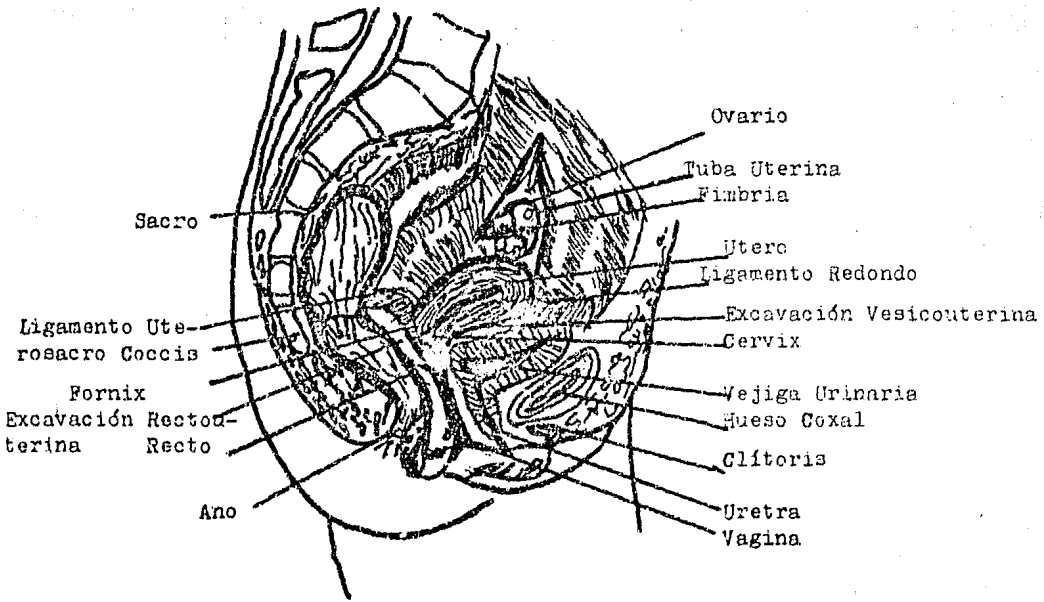
ESTRUCTURA INTERNA DEL PENE



Fuente: Tortora, J., Anagnostakos. op.cit. p.558

FIG. No 6

ORGANOS FEMENINOS DE LA REPRODUCCION



Fuente: Tortora, J., Anagnostakos. op.cit. p.559

epiteliales. (fig. nº 7)

TUBAS UTERINAS O DE FALLOPIO.- Son las que transportan al óvulo producido por los ovários al útero. Miden al rededor de diez cm. de longitud y están colocadas entre los pliegues de los ligamentos anchos del útero. El extremo abierto se denomina Infundíbulo y se encuentra cerca del ovario, se halla rodeada por una franja de prolongaciones en forma de dedo llamadas frimbrias. A partir del infundíbulo la tuba se extiende hacia dentro y hacia abajo y se une a la parte superior y lateral del útero.

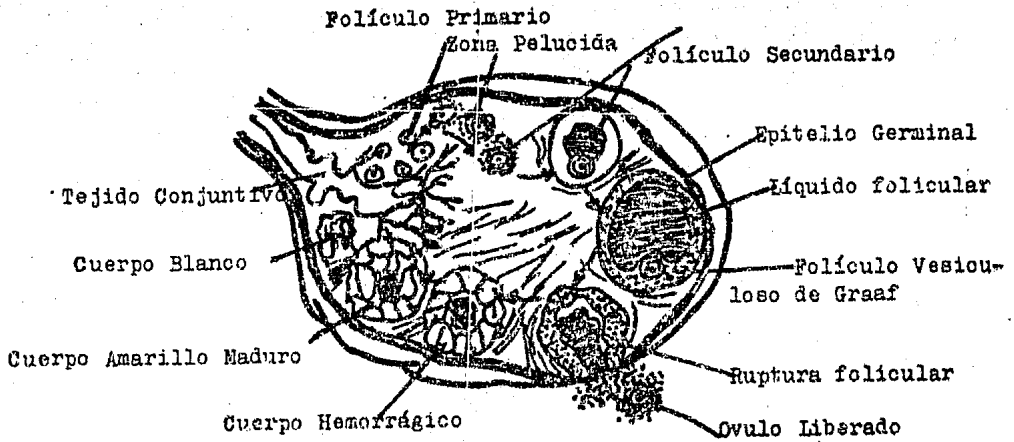
Histológicamente las tubas se componen de tres capas; la primera o interior es la mucosa y tiene células columnares ciliadas que producen una corriente que impulsa al óvulo al interior de las tubas uterinas y células secretoras que contribuyen a la nutrición del óvulo. La capa media o muscular está compuesta de fibras musculares de músculo liso, éstas producen contracciones peristálticas que sirven para desplazar al óvulo hacia abajo en dirección al útero. La capa exterior es la membrana serosa.

Aproximadamente cada veintiocho días un óvulo maduro es liberado en la cavidad abdominal próxima a la tuba uterina a esto se le llama ovulación. El óvulo tiene una vida promedio de veinticuatro a setenta y dos hrs.

UTERO.- Está situado entre la vejiga y el recto, -

FIG. No 7

PARTES DEL OVARIO



Fuente: Tortora, J., Anagnostakos. op.cit. p.560

es un órgano en forma de pera invertida, el útero adulto de una nulípara mide aproximadamente 7.5 cm. de longitud 5 cm. de ancho 1.7 de grosor. Está formado por un fondo - donde se insertan las tubas, un cuerpo que es la porción más grande y cónica, y la porción más estrecha y que se une a la vagina se llama cervix o cuello. Entre el cuello y el cuerpo hay una zona más estrecha llamada Istmo.

El útero flexionado entre el cuerpo y el cuello, normalmente se encuentra, pero puede haber variaciones. Diversas estructuras que son extensiones de peritoneo parietal o cordones fibromusculares conocidos como ligamentos que mantienen la posición del útero. Hay dos ligamentos anchos constituidos por un pliege de peritoneo que une al útero a cada lado de la cavidad pélvica. Los vasos y los nervios uterinos pasan a través de los ligamentos anchos. Los ligamentos uterosacros son un par y son extensiones del peritoneo que unen al sacro y al útero a cada lado del recto. Ligamento cardinal se encuentra entre la unión del cuerpo y el cuello, tiene sus componentes de músculo liso, además contiene vasos y nervios y es el principal ligamento que sostiene en su posición al útero. Los ligamentos redondos son bandas anchas de tejido conjuntivo fibroso entre las capas de ligamento ancho. Se extienden desde el útero, debajo de las tubas uterinas hasta parte de los órganos genitales externos.

Histológicamente el útero consta de tres capas de tejido. La capa externa o serosa cubre a todo el útero -- excepto el cuello. Lateralmente la serosa se convierte en el ligamento ancho.

La capa media del útero es el Miometrio que forma la capa más voluminosa de la pared uterina y consta de fibras musculares lisas y es más gruesa en el fondo y más delgada en el cuello.

La capa interior del útero es el Endometrio, es una membrana mucosa compuesta de dos capas. La funcional, es la capa más próxima a la cavidad uterina y se desprende durante la menstruación. La capa basal se conserva durante la menstruación y dá origen a una nueva capa funcional cada período menstrual. (fig. nº 8)

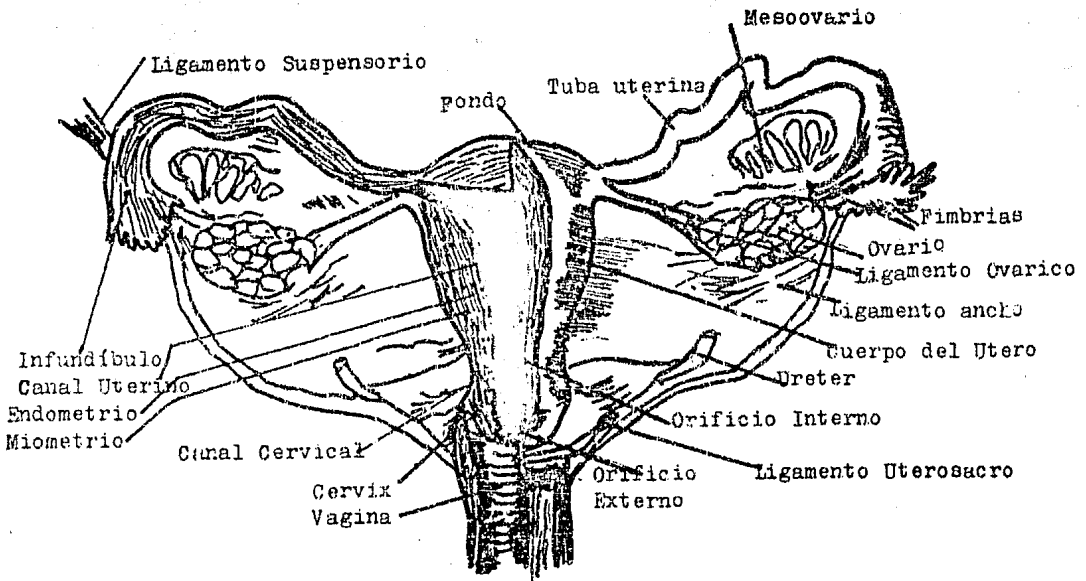
CICLO MENSTRUAL.- Son las series de cambios que presenta el endometrio en una mujer no embarazada.

Las hormonas que intervienen en el ciclo menstrual son las Gonadotróficas de la hipófisis anterior y son las responsables de los cambios en la pubertad de la mujer.

La hormona HFE (Hormona Foliculo Estimulante) que estimula el desarrollo de los folículos ováricos y la secreción de estrógenos por los folículos. La otra hormona hipofisiaria anterior es la hormona Luteinizante (HL) estimula el desarrollo posterior de los folículos ováricos hasta la ovulación y estimula la secreción de progesterona.

FIG. N° 8

El Utero y sus Estructuras



Fuente: Tortora, J., Anagnostakos. op.cit. p.559

Los estrógenos tienen cuatro funciones principales: la primera es el desarrollo y el mantenimiento de los órganos sexuales femeninos especialmente el endometrio, las características sexuales secundarias y las mamas. La segunda controla el balance de los líquidos y electrolitos; la tercera aumenta el anabolismo proteico. La cuarta produce un aumento en el impulso sexual.

La duración del ciclo menstrual es variable y oscila entre 24-35 días pero para fines de estudio se toma el de 28 días. El ciclo menstrual se divide en tres fases: la fase menstrual, fase preovulatoria y la fase postovulatoria.

La fase menstrual, que es la descarga periódica de sangre, líquido tisular, moco y células epiteliales. Dura aproximadamente los 5 días primeros del ciclo. La descarga se asocia con cambios endometriales durante los cuales la capa funcional degenera y se forman áreas hemorrágicas.

Durante la fase menstrual, los folículos ováricos denominados folículos primarios inician su desarrollo y comienzan a producir niveles bajos de estrógenos. Una membrana clara es la zona pelúcida se desarrolla alrededor del óvulo.

En la fase menstrual (4-5 días) el folículo secundario a medida que las células de la capa circulante au--

mentan en número y secretan un fluido denominado líquido folicular. El líquido folicular empuja al óvulo hacia el borde del folículo. La producción de estrógenos por el folículo secundario eleva ligeramente el nivel de estrógenos en la sangre. El desarrollo del folículo ovárico es el resultado de la producción de HFE por la Hipófisis anterior, siendo la máxima secreción de HFE durante esta parte del ciclo ovárico. A pesar que numerosos folículos inician su desarrollo en cada ciclo, solamente uno llega a la madurez.

La fase preovulatoria es la segunda fase del ciclo y su período de tiempo está entre el término de la menstruación y la ovulación. Esta fase es la más variable en longitud de tiempo, dura de 6 hasta el día 13 en un ciclo de 28 días. En la fase preovulatoria un folículo vesicular del ovario (GRAFF) está listo para la ovulación. En esta fase aumenta la producción de estrógenos así como la HFE. La hormona HL se secreta en cantidades crecientes.

La HFE y la HL estimulan los folículos ováricos para producir más estrógenos y este aumento estimula la reparación del endometrio. En el proceso de reparación, las células de la basal sufren mitosis y producen una nueva capa funcional. A medida que el endometrio se engruesa -- las glándulas endometriales son cortas y rectas y las ar-

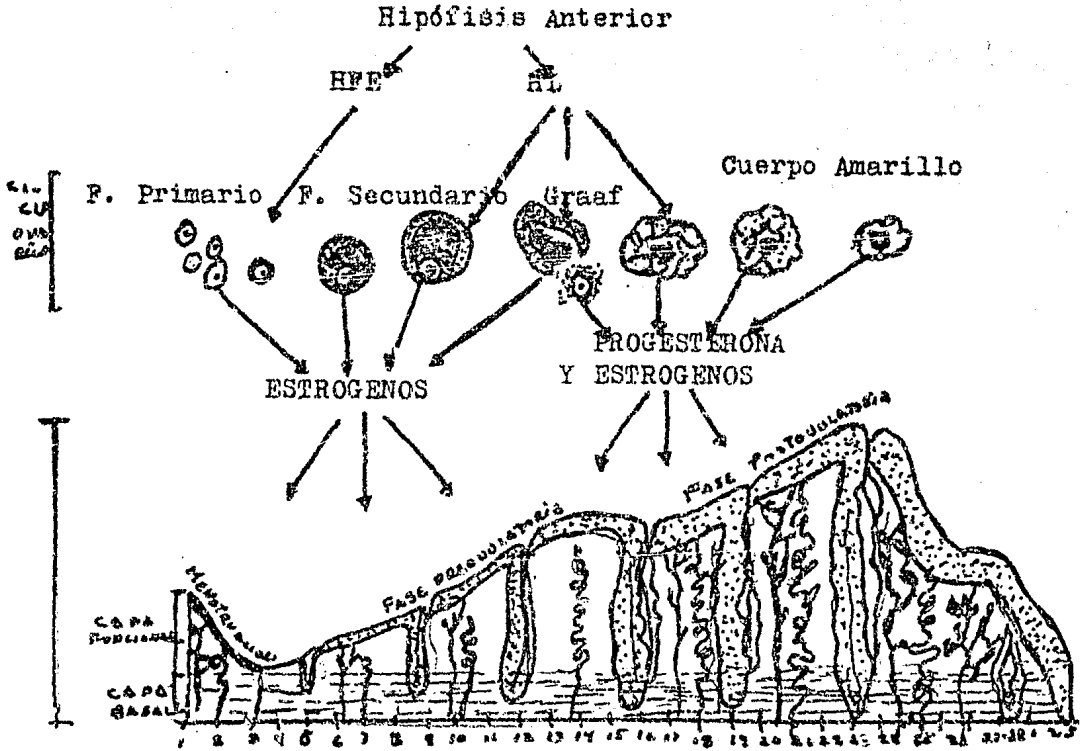
teriolas se tornan tortuosas y aumentan de longitud penetrando a la capa funcional a esta etapa o fase se le llama Fase proliferativa o Fase folicular, por el aumento de la secreción de estrógenos en el folículo en desarrollo.

La ovulación es la ruptura del folículo vesiculoso con la liberación del óvulo en la cavidad pélvica. y se presenta en el día 14 de un ciclo de 28 días. El alto nivel de estrógenos inhibe la secreción de la HFE y consecuentemente la secreción de HL aumenta, y se presenta la ovulación.

Posterior a la ovulación el folículo vesiculoso se colapsa y la sangre en su interior forma un coágulo denominado cuerpo hemorrágico. Más tarde es absorbido por las células foliculares residuales. Más tarde estas células aumentan de tamaño, cambian de carácter y forman el cuerpo amarillo. (fig. nº 9)

La fase del ciclo menstrual dura del día 15 hasta el día 28 en un ciclo de 28 días, es el período de tiempo entre la ovulación y la iniciación de la menstruación siguiente. Después de la ovulación, el nivel de estrógenos cae ligeramente y la secreción de HL estimula el desarrollo del cuerpo amarillo. El cuerpo amarillo secreta cantidades mayores de estrógenos y progesterona siendo esta última la responsable de la preparación del endometrio para recibir el óvulo fecundado, las actividades preparato-

FIG. Nº 9
CICLO MENSTRUAL Y OVARICO



Fuente; Tortora, J. Anagnostakos. op.cit. p. 563

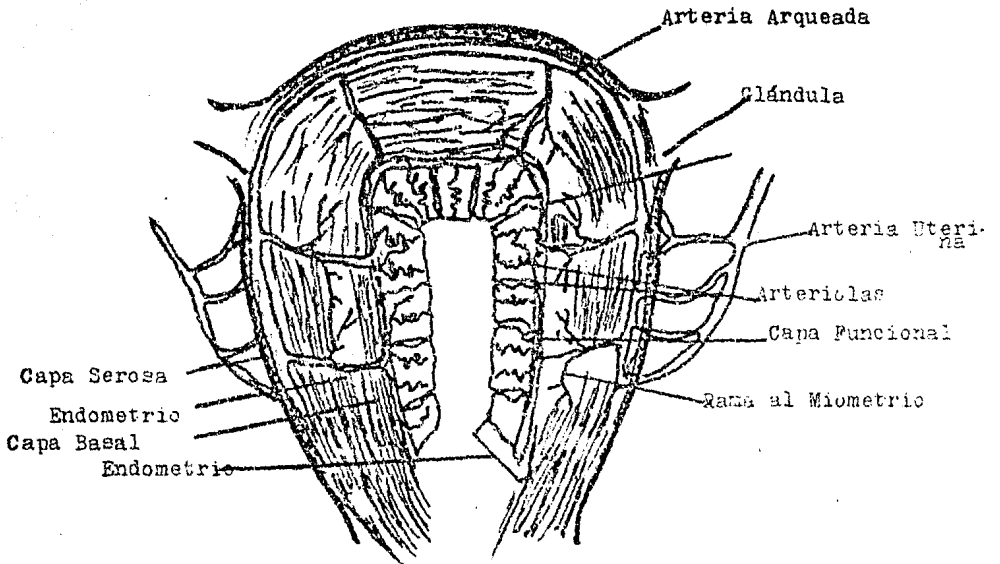
rias son el de la secreción de las glándulas endometriales que se hacen tortuosas, vascularización del endometrio superficial y aumento del líquido tisular. Estos cambios se registran al máximo una semana después de la ovulación. Durante la fase preovulatoria, la secreción de HFE aumenta gradualmente y la secreción de HL disminuye. La hormona funcional es la progesterona, en esta fase.

Si no se presenta la fecundación y la implantación los niveles crecientes de progesterona y estrógenos inhiben la secreción de HL y como resultado el cuerpo amarillo se degenera en cuerpo blanco. La secreción disminuida de progesterona y estrógenos por degeneración del folículo, inicia otro período menstrual. Los niveles bajos de estrógenos y progesterona en la sangre, producen una nueva salida de hormonas de la hipófisis anterior y se inicia un nuevo ciclo ovárico. (fig. nº 10)

LA VAGINA.- Es un órgano muscular tubular revestido por una túnica mucosa que mide alrededor de 10 cm. de longitud y está situada entre la vejiga y el recto. Está dirigida hacia arriba y hacia atrás, en donde se une con el útero. La mucosa presenta una serie de pliegues transversales o arrugas que le proporcionan una extensibilidad. La capa muscular está compuesta de músculo liso que puede distenderse, esta distensión es importante para el acto sexual y sirve como conducto para el parto. en el extremo

FIG. Nº 10

IRRIGACION SANGUINEA DEL UTERO



Puentes: Tortora J. Anagnostakos. op.cit. p. 562

inferior a la abertura vaginal (orificio vaginal) existe un pliegue delgado de mucosa vascularizada llamada Himen, que forma un borde en torno al orificio y lo cierra parcialmente. La mucosa vaginal tiene grandes cantidades de Glucógeno que mediante descomposición produce ácidos orgánicos. Estos ácidos crean un medio con un PH bajo en la vagina, situación que retarda el crecimiento microbiano. Sin embargo es nociva para los espermatozoides, por esta razón la acción neutralizante del semen es importante. El semen neutraliza la acidez de la vagina para asegurar la sobrevivencia de los espermatozoides.

LA VULVA.- Es una elevación de tejido graso cubierta de pelos y situada por encima de la sínfisis púbica. - Se encuentra por delante de las aberturas vaginal y uretral. A partir del monte de Venus se extiende hacia abajo y atrás de dos pliegues longitudinales de piel denominados labios pudendos mayores. Los labios Pudendos mayores tienen abundante tejido graso y glándulas sebáceas y sudoríparas; están cubiertos por pelos en su superficie altas externas. Dentro de los labios mayores hay dos pliegues de piel denominados Labios pudendos Menores, están desprovistos de pelos y tienen relativamente pocas glándulas sudoríparas, sin embargo tienen muchas glándulas sebáceas.

EL CLITORIS.- Es una masa pequeña cilíndrica de tejido eréctil, vasos sanguíneos y nervios. Está localizado

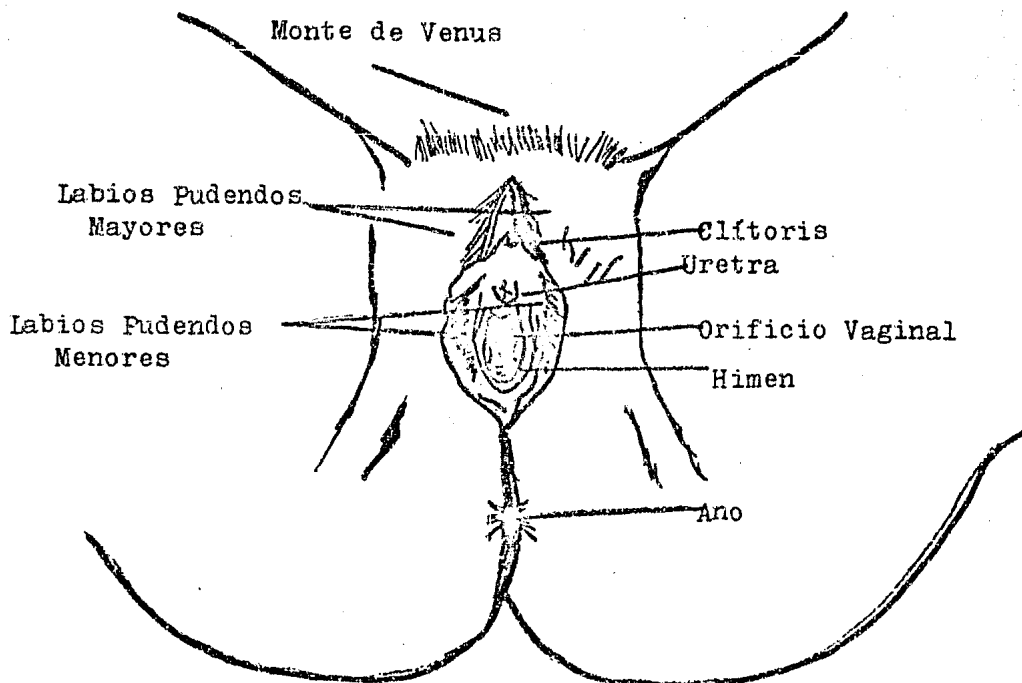
detrás de la unión de los labios menores. El prepucio es una capa de piel que se forma en el punto donde se unen los labios menores y cubre el cuerpo del clítoris. La porción expuesta del clítoris se le conoce como Glándula. El clítoris se le conoce como el homólogo del pene del hombre y es susceptible de agrandarse a la estimulación táctil desempeñando un papel en la excitación sexual en la mujer.

VESTIBULO.- Es la hendidura entre los labios, en el interior del vestibulo se encuentra el Hímen, el orificio vaginal, el orificio uretral y las aberturas de diversos conductos. Detrás y a cada lado del orificio uretral están las aberturas de los conductos de las glándulas vestibulares menores, éstas secretan un líquido mucoso. A cada lado del orificio vaginal existen dos glándulas pequeñas, las glándulas vestibulares Mayores o de Bartholin. Estas glándulas se abren por conductos en el espacio entre el hímen y los labios menores y producen una secreción mucosa que sirve como lubricante en el acto sexual. Las glándulas vestibulares menores son homólogas a la próstata en el hombre, las glándulas vestibulares mayores son las homólogas de las glándulas de Cowper o bulbo uretrales masculinas. (fig. nº 11)

GLANDULAS MAMARIAS.- Son masas de tejido adiposo que se encuentran por delante de los músculos pectorales.

FIG. N° 11

VULVA



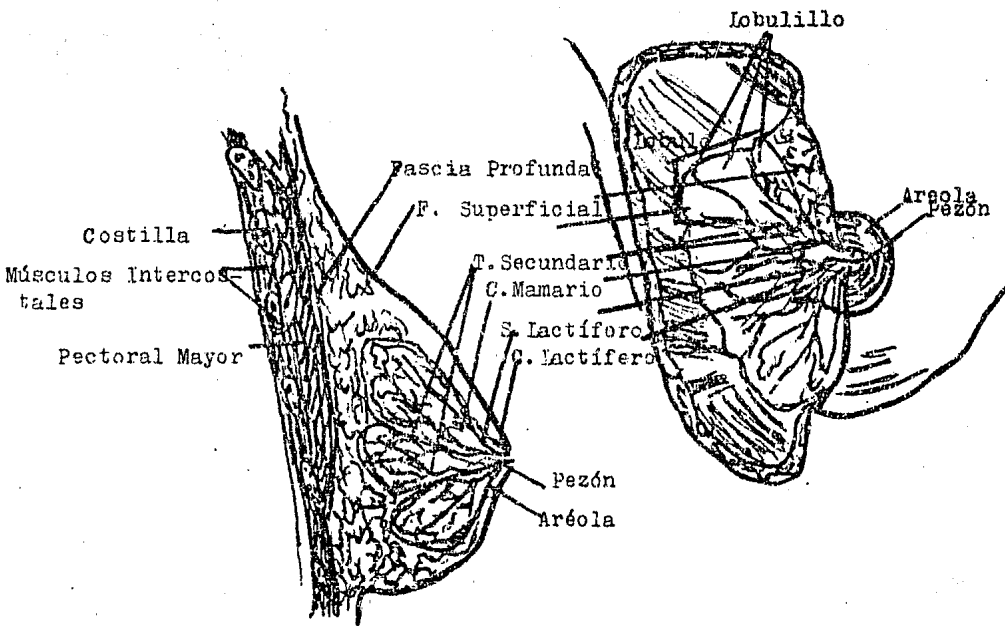
Fuente; Tortora j. Anagnostakos. op. cit. p. 565

mayores y están unidas a ellos por una capa de tejido conjuntivo. Interiormente cada glándula consta de 15 a 20 lóbulos o compartimientos separados por tejido graso. La -- cantidad de tejido graso es el que determina el tamaño de las mamas. En el interior de cada lóbulo hay varios com--partimientos menores denominados lobulillos, que están -- compuestos por tejido conjuntivo en los cuales se encuentran las células que producen la leche en forma de alvéolos. Los alvéolos están dispuestos en grupos a manera de racimos de uvas. La leche pasa a una serie de conductos -- secundarios y de ahí a los conductos mamarios. A medida que los conductos mamarios se aproximan al pezón se expanden en senos denominados senos lactíferos donde la leche -- se almacena. los senos lactíferos se continúan con los -- conductos lactíferos que terminan en el pezón. Cada lactífero lleva leche de uno de los lóbulos al exterior. El -- área circular pigmentada de la piel que rodea al pezón se llama aréola que presenta rugosidades por tener glándulas sebáceas modificadas. (fig. nº 12)

PERINEO.- Es una área en forma de diamante en el -- extremo inferior del tronco entre los muslos y las nalgas del hombre y la mujer. Está rodeado hacia adelante por la sínfisis púbica, lateralmente por las tuberosidades is--quiáticas y atrás del Cocix. Una línea transversal dibujada entre las tuberosidades isquiáticas divide, el peri-

FIG. Nº 12

GLANDULA MAMARIA EN CORTES SAGITAL Y PEÑER



Fuente: Tortora J. Anagnostakos. op. cit. p. 568

neo en un triángulo anterior denominado triángulo Urogeni-
tal, que contiene los genitales externos y un triángulo--
posterior llamado Triángulo anal que contiene el ano.(27)

(27) Gerard j# Tortora, Anagnostakos. Principios de Anato-
mía y Fisiología p.p. 553-567

5.- LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL.

Las enfermedades de transmisión sexual han dejado de ser solo transmisibles para convertirse en un problema Médico-social. El aumento de la población joven (adolescente) propicia el incremento del grupo susceptible. Los cambios conductuales han generado una "madurez" sexual precoz; la confianza en los métodos terapéuticos y el aumento de las oportunidades para la vida sexual, la promiscuidad, la prostitución, la homosexualidad y el advenimiento del uso liberal de modernos métodos anticonceptivos, son factores socio-culturales que unidos al conocimiento inadecuado sobre los aspectos de control y prevención de las enfermedades de transmisión sexual. Así como la deficiente información del personal de la salud en relación al comportamiento y educación sexual del adolescente; al tener al alcance métodos de tratamientos excelentes, han creado un falso sentido de seguridad y sensación de indiferencia a las consecuencias de la enfermedad.

La conducta humana desempeña un papel importante en la propagación de las enfermedades de transmisión sexual, pero está determinada de manera tan estrecha por el medio psico-social del individuo y por el grado de aceptación a la sociedad, que no será posible modificarla sin la acción educativa, siendo la principal función de los educadores sanitarios, esclarecer los tipos de comporta

miento y las condiciones sociales que dan lugar a este -- problema, para poner al alcance de toda la población, los métodos educativos que han demostrado utilidad en el tratamiento así como los métodos de prevención.

El aumento de la población joven(adolescente), hace que las enfermedades de transmisión sexual sean uno de los principales problemas en nuestro medio. Así como una deficiente educación sexual que trae consigo un atraso -- muy significativo. que puede resumirse indicando que hay ~ 18 millones de jóvenes con problemas sexuales por la falta de orientación e información, agregando los múltiples tabúes y prejuicios.

5.1 ESTADISTICAS.-

Cifras estadísticas del último censo realizado por el Consejo Nacional de Población nos da los siguientes resultados con respecto a la población joven de la República Mexicana :

<u>EDAD</u>	<u>TOTAL</u>	<u>HOMBRES</u>	<u>MUJERES</u>
10-14 a.	9 298 627	4 689 986	4 608 639
15-19 a.	7 689 194	3 765 639	3 923 551
20-24 a.	6 183 602	3 005 468	3 177 834

Fuente: Censo General de Población y vivienda 1980.
Población total por entidad federativa y -
grupos quincenales de edad y sexo en la República Mexicana.

POBLACION ADOLESCENTE EN EL D.F.

<u>EDAD</u>	<u>TOTAL</u>	<u>HOMBRES</u>	<u>MUJERES</u>
10-14 a.	1 107 602	545 110	562 492
15-19 a.	1 088 205	514 493	573 742
20-24 a.	1 051 239	502 195	549 044 (28)

Fuente: Censo General de Población total y de vivienda -
1980. Población total por entidad federativa y -
grupos quincenales de sexo y edad, en el D.F.

(28) Censo General de Población y Vivienda 1980, en la -
República Mexicana y en el D.F.

5.2.- Las Principales Enfermedades de Transmisión sexual.

La lista de enfermedades de transmisión sexual incluye, como se ha dicho a un conjunto heterogéneo de enfermedades. Junto con la Sífilis y la Blenorragia (las dos más conocidas y temidas) sin embargo existen otras enfermedades de transmisión sexual como son el Chancro Blanco, el Linfo Granuloma y el Granuloma Inguinal, otras enfermedades no muy raras en nuestro medio como el Herpes Genital, la Candidiasis Genital, la Tricomoniasis, las Verrugas Genitales, las Uretritis Inespecíficas y la enfermedad de Reiter, así como las Parasitosis por Acaros (sarna) la Pediculosis y rara vez la Amibiasis Genital.

Dentro de las enfermedades de transmisión sexual, la Sífilis es la más temida, la más frecuente en la actualidad por tener una evolución crónica si no es tratada y puede afectar a varios aparatos y sistemas del cuerpo y produce en ocasiones la invalidéz e incluso la muerte. Además, si la padece una mujer embarazada puede transmitir la al feto, dando lugar a las formas congénitas. (29)

5.3.- Historia de la Sífilis.-

Se discute aún su origen en la actualidad ya que se dice que la Sífilis tiene su origen en el Nuevo Mundo (Teoría Colombina) o si se había estado presente en el Viejo mundo desde sus principios (Teoría Pre-Colombina).

La teoría Precolombina afirma que la Sífilis se en

contraba en Europa antes del viaje de Cristobal Colón pero que se le confundía a la Sifilis con la Lepra. Sostienen que la Sifilis prevalecía en tiempos tan lejanos como el principio de la historia. Afirman que la Sifilis es -- causada por gérmenes y los gérmenes se encontraban en este planeta mucho antes que el hombre.

El exámen de los huesos de restos de momias, efectuado por expertos, revelan que la Sifilis se encontraba presente entre los Egipcios primitivos. Se cree que el famoso faraón Egipcio Ramses V, tuvo Sifilis y quizá naciera con ella.

Hipócrates describe llagas semejantes a las de la sifilis en órganos genitales de pacientes, por los años - 460 a.c. Celso, médico romano, se refería a lo que parece ser Sifilis, en la antigua Roma. De Tiberio, emperador de Roma en tiempos de Cristo se dice que había sido infectado por una enfermedad que mostraba visiblemente lesiones muy parecidas a las causadas por Sifilis.

Varios fragmentos del antiguo testamento permiten pensar que muchas de las plagas que se abatían sobre las campiñas eran Sifilis. El uso de la palabra Lepra, en escritos antiguos, probablemente constituye una referencia a la Sifilis.

La teoría Colombina, sus seguidores creen que la Sifilis se encontraba en Haití en estado endémico, y fué contraída por la gente de Cristobal Colón y transportada

a Europa a su regreso a España.

Existen evidencias abundantes de que la Sífilis -- existía en las Américas cuando Cristobal Colón hizo su -- primer viaje, como lo revela el hecho de que eran perfectamente corriente observar huesos precolombinos sifilíticos en las Américas. Los historiadores sacan en conclu--- sión que los hombres de Cristobal Colón contrajeron la Sí filis en las islas nativas de las Indias Occidentales y -- al regresar a España propagaron la enfermedad, ya que en el año de 1495 se produjo una epidemia de Sífilis matando a miles de personas en Nápoles.

Diaz de Isla, un médico de Barcelona afirmó que la - Sífilis era conocida en Europa antes de 1493, y agregó - que Martín Alonso Pinzón contrajo la Sífilis durante el - primer viaje de Colón y murió a consecuencia de ella, dos años después de su regreso. Así mismo Cristobal Colón tam bién fué víctima de la Sífilis, y que murió loco y encade nado unos 14 años después de su regreso del Nuevo Mundo.

Se dice que la Sífilis apareció en Francia, Alema nia y Suiza en 1495, en Holanda y Grecia en 1496, en In-- glaterra y Escocia en 1497 y en Rusia y Hungría en 1499.- La propagación de la Sífilis prosigue de un país a otro - por medio de los soldados y seguidoras de los ejércitos - que proseguían sus viajes a través de toda Europa. Por -- donde se propagara la enfermedad, era considerada nueva y los nombres que se le ponían eran sin duda un intento de_

responsabilizar por ella a los demás. Los Franceses la -- llamaban enfermedad Italiana o mal de Nápoles, los Italia-- nos le decían enfermedad Española o Francesa; los Ingle-- ses le nombraron enfermedad Polaca, y los Persas la cali-- ficaron de enfermedad Turca.

De todo esto resulta difícil imaginar que una en-- fermedad haya podido propagarse con tanta rapidez a conse-- cuencia de un sólo episodio histórico; es difícil también aceptar las conclusiones de una enfermedad que había sido endémica hasta entonces se volviera súbitamente epidémica. Muy a pesar de todo ésto la Sífilis existía en proporcio-- nes pandémicas a fines del siglo XV.

En 1530 un patólogo Italiano, Francastorius, escri-- bió un poema acerca de un joven pastor llamado Sífilis. - El poema se titulaba "Sífilis Sive Morbus Gallicus", y - cuenta como el pastorcito fue atacado por la enfermedad - Gálica como castigo por haber blasfemado al dios del sol_ de Haití. El poema reconoció la naturaleza venérea de la_ infección y en su esencia, representaba un compendio de - conocimientos acerca de la enfermedad. Poco después de -- que Francastorius escribiera el poema, la palabra Sífilis se convirtió en el término médico para designar esa enfer_ medad.

En 1530 Paracelso enseña que la Gonorrea era la pri_ mera manifestación de la Sífilis; y solo Bell en el año - de 1790 separó las dos enfermedades. Posteriormente ---

en el año de 1739 Philippe Ricord, francés, aclaró las -- ideas médicas aclarando y demostrando que la Sífilis y la Gonorrea son dos enfermedades distintas y separadas. En el siglo XV cuando la teoría de los gérmenes no existía -- aún mucha gente pensaba que la Sífilis era el resultado -- de una conjunción malévolá de estrellas y planetas; y la mayoría de los tratamientos eran prescritos por los Astrólogos y no por Médicos.

La Sífilis no tiene preferencias, muchos persona--jes famosos de la historia han tenido Sífilis y probablemente hayan muerto por ésta causa. Enrique VIII de Inglaterra padeció Sífilis durante su reinado. Cinco de sus hijos de los seis que le dió su primera esposa Catalina, murieron de Sífilis después de nacer. Carlos VIII de Francia tuvo cuatro hijos que habían de morir de Sífilis.

En Europa, en Rusia, Ivan IV fué coronado Zar en el año de 1544 y se le conoció como Ivan el terrible por su desprecio por la humanidad, ya que su mente dañada por la Sífilis le hizo asesinar a su hijo.

El tratamiento de la Sífilis se le acredita a Paracelso, por haber intentado tratar a la Sífilis con Mercurio al iniciarse el siglo XVI, uno de los efectos del Mercurio era el aumento de la saliva y se creía que el enfermo escupía la enfermedad.

En el año de 1905-1910 se logró la era moderna del

control de la Sífilis. Se descubrió el agente causal, se logró una prueba serológica para comprobar su presencia y la terapia con Arsfenammina. Schaudinn y Hoffman descubrieron la Espiroqueta Treponema Pallidum en el suero de una lesión secundaria. En el año de 1906 Landsteiner inventó el microscopio de campo obscuro. Wasserman creó un exámen sanguíneo para la Sífilis en 1907 y en la actualidad se usa. El doctor Paul Ehrlich Aleman y el Japonés Sahachiro Hata, descubrieron en 1910 durante su experimento número 606 un nuevo compuesto de Arsénico llamado Salvarsan o 606 que se empleó primero en inyección pero los pacientes recaían, lo cual significaba que no quedaban curados.

En 1931 se empleó el Bismuto junto con el Salvarsan o Arsinaes similares y resultó eficaz pero el inconveniente era el tiempo del tratamiento que duraba de un año y medio, cada tratamiento era semanal y eran necesarios para asegurar una curación completa.

El único progreso en la historia de las enfermedades de transmisión sexual fué el descubrimiento de la Penicilina por Sir Alexander Fleming. En el año de 1943 John Mahoney informó haber tenido notables resultados con la penicilina para el tratamiento de la Sífilis en un período muy corto; la penicilina había reemplazado por completo a todos los demás tratamientos para la Sífilis. La penicilina sigue siendo la medicina para el tratamiento de la Sífilis en cualquiera de sus etapas. (30)

6.- CONCEPTO DE SIFILIS.

Es una enfermedad de transmisión sexual, endémica, -- contagiosa, crónica provocada por el Treponema Pallidum; también llamada (Lúes Venérea, Avariosis, Morbo Gálico). (31 a).

Enfermedad venérea infecto-contagiosa provocada por el Treponema Pallidum ó Espirochaeta, llamada también --- lúes. (31 b)

Es una enfermedad causada por una tremponematosis re currente, de evolución aguda y crónica, que se caracteriza clínicamente por una lesión primaria, una erupción secundaria que afecta la piel y las mucosas, con largos períodos de latencia y lesiones tardías en la piel, huesos, vísceras, sistema nervioso central y vascular. (31 c)

(31 a) Ferreras Valenti P. Medicina Interna. p.914

(31 b) Luigi Segatore, dr. Diccionario Médico. p.1114

(31 c) Control de las enfermedades transmisibles en el -- hombre. Informe oficial de la Asociación Americana de Salud Pública.

Organización Panamericana de la Salud.

Oficina Sanitaria Panamericana.

Oficina Regional de la O.M.S. 1972

7.- EPIDEMIOLOGIA DE LA SIFILIS.

Esta enfermedad está extendida mundialmente, siendo más maligna y exuberante en la raza negra. Es una de las enfermedades transmisibles más frecuente, que afecta principalmente a personas entre los 15-30 años. Las diferencias marcadas de incidencia, según la raza, se deben a factores sociales más que biológicos. Su prevalencia es mayor en zonas urbanas que en rurales y es más común en los hombres que en las mujeres. (32)

En la República Mexicana se han registrado las siguientes tasas de mortalidad por Sífilis:

1950 ----- 113.1 por 10 000 habitantes.

1960 ----- 66.8 por 10 000 habitantes.

1970 ----- 22.4 por 10 000 habitantes.

1980 ----- 86.2 por 10 000 habitantes.

La Sífilis por grupo de edad y sexo:

En 1980 según su frecuencia es de una tasa de 57, en la edad de 15 años a 44 años en el sexo masculino y una tasa de 28 para el sexo femenino en las mismas edades. (&)

(&) Fuente: I.M.S.S. Jefatura de Servicios de Medicina P.
Depto. de control de Enfermedades Transmisibles.
Programa de lucha contra Las Enfermedades Venéreas.

(32) Informe Oficial de la Asociación Americana de Salud.
Control de las Enfermedades Transmisibles en el hombre. p.333

La epidemiología de la Sífilis, está íntimamente relacionada a patrones de conducta sexual, así como a factores educativos y sociales que en nuestro país siguen -- siendo un problema actual.

La adquisición de la infección depende de algún tipo de encuentro sexual, incluyendo prácticas orogenitales y homosexuales.

Las materias más importantes para su transmisión -- son los exudados del chancro inicial y de las lesiones cutáneas mucosas secundarias de la Sífilis. La sangre suele ser virulenta durante las fases floridas del período secundario, pudiendo entonces otorgar infecciosidad a la saliva, leche materna, flujo menstrual e incluso la orina.

(33)

8.- ETIOLOGIA.- Las espiroquetas son microorganismos espirales que miden alrededor de 0.2 μ m de ancho y de 5 a 15 μ m de largo; estos organismos son activamente activos girando constantemente alrededor de su eje mayor de la espiral que es recto pero algunas veces pueden encorvarse en forma que el organismo forma por momentos un círculo completo, retornando luego a su forma correcta.

No se tiñen con los colorantes de anilina, pero reducen el Nitrato de Plata a Plata Metálica, la cual se deposita sobre la superficie en tal forma que los treponemas pueden ser observados en los tejidos.

Los treponemas generalmente se dividen por fisión transversal, y los organismos hijos pueden quedar adheridos uno al otro durante cierto tiempo.

El Treponema Pallidum es patógeno para el hombre y no ha sido cultivado con certeza en medios artificiales, en huevos fecundados, o en cultivo de tejidos. Sin embargo no se han establecidos los requerimientos de cultivo para una cepa probablemente saprofita (Reiter) que es el medio definido de 11 aminoácidos, vitaminas, sales minerales y seroalbumina que permite su crecimiento.

El treponema Pallidum puede permanecer móvil por 3 a 6 días a 25°C en sangre total o en plasma almacenados a 4°C en los organismos permanecen viables por cuando menos 24 hrs., por lo cual es importante en las transfusiones -

de sangre.

La desecación mata a las espiroquetas rápidamente, así como lo hace la elevación de la temperatura a 42° C; esto constituía, en parte para la base de la terapéutica febril de la Sífilis en otros tiempos. Los treponemas pierden su movilidad y mueren rápidamente por efecto de los arsenicales trivalentes, el mercurio o el bismuto; este efecto es más acelerado si se le agrega temperaturas altas y es parcialmente reversible, los organismos pueden ser reactivados por compuestos que contengan grupos- SH (por ejemplo, la cisteína o el Bal). La penicilina es treponemicida en pequeñas concentraciones, pero la velocidad de muerte es lenta, quizá debido a la inactividad de muerte metabólica y la lenta velocidad de crecimiento del organismo (se ha estimado el tiempo de generación en 30 horas).

Los antígenos del Treponema Pallidum se desconocen y en el huésped humano las espiroquetas estimulan la producción de anticuerpos capaces de inmovilizar y matar al Treponema Pallidum y dar reacciones positivas de fijación del complemento en presencia de suspensiones de T. Pallidum. Las Espiroquetas también causan la producción de una sustancia similar a un anticuerpo, la Reagina, que da fijación del complemento y pruebas de floculación con suspensiones acuosas de un lípido presente en los tejidos --

normales de algunos mamíferos; éste hecho ha encontrado gran aplicación en el diagnóstico serológico de la Sífilis. (34)

(34) Jawetz Ernest Melnick. Microbiología Médica. p.p.

261-262

9.- CLASIFICACION DE LA SIFILIS.- La Sífilis se clasifica de acuerdo al mecanismo y el momento de contagio y se distinguen dos variedades de Sífilis:

- 1.) Sífilis adquirida que se presenta después del nacimiento, también llamada Sífilis post-fetal.
- 2.) Sífilis adquirida antes del nacer, también llamada Sífilis congénita.

La Sífilis del joven o adulto adquirida en la etapa post-fetal suele penetrar a través de la piel o mucosas de la región genital. La mayoría de los contagios son de transmisión sexual, procediendo en material infeccioso de los chancros genitales del período primario; Sífilis mucosa, Condilomas planos, y esperma o flujo menstrual de personas en período secundario, las inoculaciones extra genitales, especialmente las que le siguen, como la vía bucal, pueden ser a si mismo de orden sexual (beso, coito) o no, a partir de navajas de barberías, vasos o cubiertos infectados, transfusiones sanguíneas, niños sometidos a lactancia con personas infectadas en etapa secundaria, exploraciones urogenitales, o por las gotitas expelidas por la tos al explorar las fauces de los pacientes con faringitis sífilítica o chancros amigdalares.

PERIODOS EVOLUTIVOS DE LA SIFILIS ADQUIRIDA.- El período primario o inicial, o de invasión, comprende el plazo que media desde la aparición del chancre de inocula

ción que generalmente aparece a los 18 - 25 días del contacto infectante, ya que puede ser genital o extragenital. La mayoría afirman que la lesión se presenta en el prepucio, surco balanoprepucial, frenillo, meato uretral, labios vulvares o clitoris y en las márgenes del ano. Son más raros los vaginales y cervico-uterinos, así como los perigenitales (región inguinal, escrotal, anal). En la boca se encuentran en la lengua, labios y amígdalas.

En la infección sifilítica, el chancro representa el lugar de contagio, puerta de entrada, asiento primitivo de la infección y punto de diseminación de la misma. - La morfología de la lesión es una úlcera de color ajamonado, rica en Treponemas y asentado sobre una base dura, leñosa, muy infiltrada. En no pocos casos deja de percibirse ésta lesión, calificándose de Sífilis criptogénica o decapitadas (sin puerta de entrada).

PERIODO SECUNDARIO.- Después de las 5-6 semanas de enfermedad, las espiroquetas se han propagado a los ganglios linfáticos regionales (inguinales, submaxilares, etc.) que inflamados se convierten en los típicos bubones indoloros sifilíticos, nunca supuran. A partir de ésta linfadenitis regional, las espiroquetas se diseminan por todo el organismo. De la 8-12 semana la infección, los síntomas clínicos del segundo período surgen. Este período comprende desde que aparecen los infartos ganglionares

indoloros, hasta que se presentan las manifestaciones gomosas terciarias, que generalmente se presentan de 1 a 4 años.

Los síntomas cutáneomucosos del período secundario son los más importantes; de las 8 -12 semanas de la enfermedad aparecen los exantemas, cuyas formas primordiales son: Las sífilides maculosas o Roséola sífilítica, las Sífilides papulosas y las Sífilides pustulosas y ulcerosas son las menos frecuentes. Las eflorecencias lenticulares de color rosavioláceo, adquieren un color cobrizo, se generalizan y desaparecen en unas tres semanas, curando en ocasiones con pérdida de pigmento (leucodema sífilítico). Aparecen especialmente en la frente, en la zona de opresión del borde del sombrero, en las caras de flexión de las extremidades, debajo de las mamas, en la región puenda, en la cara posterior del tronco. Las Sífilides papulosa pueden ser grandes como lentejas o pequeñas como cabezas de alfiler (liquen Sífilítico). Las mucopapulosas --reinciden con frecuencia en la palma de la mano y planta del pie, simulando una psoriasis. Los exantemas recidivantes aparecen a las pocas semanas de atenuados los predecesores; no son raros y traducen una nueva diseminación espiroquetémica. Los elementos cutáneos sífilíticos son ---siempre contagiosos, especialmente los pustulosos y ulcerosos (sífilide varioforme, impétigo y rupias sífilítico). En las mucosas de la región anal bucal y faringe se pre--

sentan infiltraciones inflamatorias papulosas, gris-opalinas, que son llamadas "placas mucosas", cuando predominan se llaman condilomas.

Durante el período secundario se presentan síntomas generales como astenia, pérdida de la memoria, nerviosismo, palpitaciones, adelgazamiento, palidez (anemia secundaria) y caída del cabello (alopecia sifilítica precoz), como localizaciones orgánicas es la hepatitis icterica sifilítica precoz, nefrosis proteinúrica, iritis papulosa y las leptomeningitis cerebrovasculares o espinocerebrales, a menudo difícil de distinguir de la salvársica si se administra esta.

PERIODO TERCIARIO.- Lo característico de la Sífilis terciaria o tardía es la aparición de las lesiones gomosas o granulomatosas en la piel, huesos y especialmente en el hígado, aorta o sistema nervioso (paresis y tabes). se produce frecuentemente a los cuatro años de la infección, época en la que se vuelve a quedar localizada en uno o dos órganos. Actualmente son rara vez que se encuentran debido al tratamiento eficaz de la penicilina, evitando así el período secundario y la etapa terciaria.

El goma es un nódulo intravisceral, formado por tejido de granulación (plasmolinfocitario y fibroblástico) que tiende a reblandecerse y adquirir consistencia filante, o reabsorberse y cicatrizar en forma de esclerosis. -

Las gomas esqueléticas desarrollan periostitis y focos os-
teomielíticos, con perforaciones, por ejemplo el del tabi-
que nasal o del velo palatino; en el pulmón crean colec-
ciones esferoides, o blandas de esclerosis que mutilan --
los bronquios; en la aorta, hay dilataciones sacciformes,
aneurismáticas, que pueden perforar los vasos; en el estó-
mago, se establecen úlceras o tumores cuya retracción pue-
de desarrollar el cuadro anatomoclínico de la linitis ---
plástica; en el intestino delgado, sigmoides y recto desa-
rrollan úlceras estenosantes; en el hígado, estalladuras_
(hígado abramantado) o nódulos cirróticos difusos, con --
gran endurecimiento, y ascitis consecutiva (fibrosis hepá-
ticas sifilíticas). También la Sífilis terciaria del ri-
ñón suele ser esclerosante y retractil, determinando el -
síndrome anatomoclínico de la nefrosis con hipertensión.

La Sífilis terciaria del sistema nervioso central_
se manifiesta en forma de meningitis esclerogomasas, espe-
cialmente basilares; paquimeningitis estenosantes de la -
médula espinal; arteritis de los vasos del polígono de Wi-
llis y formaciones gomosas tumorales, con síndrome de hi-
pertensión craneal y apoplejias juveniles por rotura de -
alguna de las gomas mesarterícos (hemiplejias sifilíticas
de los 40 años).

La tabes y parálisis general, son manifestaciones_
tardias de la lúes nerviosa llamada también metasifilíti-
ca y lúes nerviosa parenquimatosa.

PERIODO CUATERNARIO.- Generalmente es la más tardía y se presenta después de 5-30 años de la infección y cuyas lesiones no son gomosas, sino inflamatorias crónicas, esclerosas, con neuronofagia y gliosis (degeneración gris). Lo prolongado de su incubación y posibilidad de detener su desarrollo exigen la investigación del líquido cefalorraquídeo en todo sifilítico de los 3 años sobrepasada la primoinfección.

No pocas veces, por haber sido insuficiente el tratamiento o evolucionar la enfermedad con marcado neurotrofismo, la espiroqueta queda albergada en el sistema nervioso central pudiendo descubrir la inflamación latente por los signos biológicos (Hiperцитosis linfocítica y desviaciones del benjuí coloidal hacia la izquierda y la reacción de Wassermann positiva en líquido cefalorraquídeo).

El sistema nervioso, al no interferir en la lucha inmunizante del período secundario (protegido por la barrera hemoencefálica) y al ser poco accesible a los medicamentos, permite que la infección prosiga lentamente en su sitio, y luego se exteriorice en la forma de un tabes o de una parálisis generalizada. (35)

10.- INMUNOBIOLOGIA.- "Es excepcional dar con sujetos que posean frente a la Sífilis, una inmunidad natural congénita. En cambio, los ya contagiados, difícilmente se infectan de nuevo. Sin embargo, excepcionalmente pueden adquirir de nuevo la enfermedad cuando, una vez ya cursada la primoinfección, desarrollan ellos una segunda infección, a la que se denomina reinfección sifilítica".

A las 5-6 semanas del contagio aparecen ya en el suero inmunocuerpos antilúéticos, cuyo hallazgo posee valor diagnóstico. (36)

"La susceptibilidad es universal; no existe inmunidad natural. La infección conduce a un desarrollo gradual de resistencia contra la cepa homóloga y hasta cierto punto, contra cepas heterólogas del Treponema. Esta inmunidad puede ser superada por dosis re infectantes elevadas o es posible que no se desarrolle si el paciente ha sido sometido a tratamiento en la fase primaria o secundaria. La superinfección puede producir lesiones semejantes a las de la fase primaria o secundaria. Durante el período de latencia tardía, la superinfección reviste importancia especial por su propiedad de producir lesiones tardías benignas en la piel y mucosas". (37)

(36) Ferreras Valenti P. Medicina Interna. p.p. 915-916

(37) Control de las enfermedades transmisibles en el hombre. Informe oficial de la Asociación Americana de Salud Pública. p.333

11.- COMPLICACIONES DE LA SIFILIS.

Dentro de las complicaciones más importantes está la Sifilis congénita, que puede presentarse al nacer (Sifilis ingénita, precoz o del lactante) y tardamente después de tres meses de edad y aún más tarde (lúes connata tarda).

Sifilis congénita.- Una mujer sifilítica embarazada puede transmitir el *Treponema Pallidum* al feto a través de la placenta. Algunos de los embriones y fetos infectados mueren dando lugar al aborto, otros llegan a término pero nacen muertos. Aún otros nacen vivos, pero desarrollan los signos de lúes congénita durante la infancia.

Las formas anatomoclínicas más importantes de la Sifilis congénita son:

- 1.- El coriza sifilítico con secreción mucopurulenta y desarrollo de la típica nariz en silla de montar.
- 2.- El pénfigo palmoplantar, con grandes vesículas que se rompen y dejan úlceras sangrientas.
- 3.- Hepatoesplenomegalia.
- 4.- Las osteocondritis con desprendimientos epifisiarios, sobre todo del húmero (seudo parálisis de Parrot) y otros defectos óseos como son tibia en vaina de sable, hidrocefalia, frente olímpica, falangitis.
- 5.- La paroniquia y piqueteado de las uñas.
- 6.- Neumonía alba.

En las complicaciones de la Sífilis congénita tardía que pueden aparecer después de la lactancia y las --- principales manifestaciones son:

- 1.- Defectos óseos, perforaciones del paladar o del tabique nasal, nariz en silla de montar o en gemelos de teatro, hipoplasia del maxilar superior, tibia en forma de -- sable.
- 2.- Defectos dentarios, incisivos en media luna o de Hutchinson, molares en forma de capullo, hipoplasia del esmalte.
- 3.- Defectos sensoriales, sordera laberíntica, queratitis parenquimatosa, neuritis óptica, idiocia.
- 4.- Defectos cutáneos, fisuras bucales, cicatrices en el ala de la nariz, etc.

Se cita como característica la tríada de Hutchinson, integrada por incisivos excavados, queratitis y sordera. Por lo demás, la Sífilis congénita tardía puede mostrar en el adulto la sintomatología de la adquirida en la etapa terciaria, conociéndose incluso como una tabes y parálisis general progresiva de índole congénita. (38)

12.- MÉTODOS DE DIAGNOSTICO.- Dentro de los métodos para el diagnóstico de la Sífilis, los más importantes son los exámenes de laboratorio y dentro de éstos hay varios que se usaron y que en la actualidad no se usan. Los que en la actualidad se usan y los que se encuentran en vías de experimentación.

Productos patológicos: A) Los líquidos tisulares - exprimidos de las lesiones superficiales tempranas, para la demostración de las espiroquetas; muestras de suero -- sanguíneo para reacciones serológicas.

B) La observación en campo oscuro: Se coloca una gota de líquido tisular o del exudado en el porta-objetos y se cubre con el cubre-objetos hasta lograr una capa delgada entre lámina y laminilla, la preparación se examina al microscopio con el objetivo de inmersión y con iluminación de campo oscuro, buscando las espiroquetas móviles.

C) La inmunofluorescencia: Una vez obtenido el líquido tisular o exudado en un portaobjetos, se seca al medio ambiente y se envía al laboratorio. Se fija, se colorea con suero antitreponema marcado con fluoresceína y se examina con el microscopio de luz ultravioleta para observar las típicas espiroquetas fluorescentes.

Las pruebas serológicas para la Sífilis: Estas son fundamentalmente de dos tipos: Las que demuestran la Reagina o las que demuestran los anticuerpos específicos.

1.- Pruebas de Reagina: Es la determinación cualitativa y cuantitativa de las Reaginas en suero del paciente después de la segunda o tercera semana de infección, o en el líquido cefalorraquídeo después de la cuarta a la octava semana. Los antígenos para la determinación de las Reaginas son lípidos extraídos con alcohol a partir de tejidos de mamíferos, la Cardiolipina obtenida del corazón de buey que es el difosfatidil-glicerol. Requiere la adición de lecitina y colesterol, o de otros "sensibilizadores" para reaccionar con la Reagina sifilítica. Las reacciones comúnmente empleadas son las de floculación o de fijación del complemento.

1.1.- Pruebas de floculación (Hinton, Kahn, Kline, Mazzni, V.D.R.L. Venereal Disease Research Laboratory, etc.). Estas reacciones están basadas en el hecho de que las partículas del antígeno lípido permanecen dispersas en suero normal, pero se combinan con la Reagina para formar agregados visibles, particularmente cuando se les agita o se les centrifuga. Las pruebas V.D.R.L. positivas se negativizan 6-24 meses después de un tratamiento antisifilítico efectivo.

1.2.- Pruebas de fijación del complemento (Wassermann, Kolmer): Estas pruebas están basadas en el hecho de que los sueros que contienen Reaginas fijan el complemento en presencia del "antígeno" de Cardiolipina; es necesa

rio cerciorarse de que el suero no es "anticomplementario" es decir que no destruye el complemento en ausencia del antígeno. Puede hacerse una estimación de la cantidad de Reaginas presentes en el suero llevando a cabo las pruebas serológicas luéticas con diluciones progresivas al doble del suero y expresando el "título" como la más alta dilución que aún da un resultado positivo.

Los resultados biológicos falsos positivos pueden ocurrir:

- 1).- A causa de la complejidad técnica de las pruebas.
- 2).- Porque ciertos sueros regularmente dan reacciones de floculación o de fijación del complemento positivas en ausencia de la Sífilis.

Los resultados falsos positivos ocurren en otras infecciones como Paludismo, Lepra, Sarampión, Enfermedades del Colágeno (Lupus Eritematoso, Poliarteritis Nodosa y otras).

2.- Pruebas para anticuerpos antitreponemas:

2.1).- Pruebas de ITP: Demostración de la inmovilización del Treponema Pallidum por los anticuerpos específicos del suero del enfermo después de la segunda semana de la infección: se mezclan diluciones de suero enfermo con Treponema Pallidum vivos y activamente móviles, extraídos de chancros testiculares de conejos, y un complemento; y la mezcla es observada al microscopio. Si hay anticuerpos específicos, las espiroquetas serán inmovilizadas; en el

suero normal su movimiento activo continúa. Esta prueba - es difícil de llevar a cabo, y requiere treponemas vivos de animales infectados.

2.2).- Prueba de los anticuerpos Fluorescentes contra treponema AFT-ABS; esta prueba emplea la inmunofluorescencia indirecta (T. pallidum muerto más suero del paciente más gammaglobulina antihumana marcada) proporciona excelentes resultados desde el punto de vista de la especificidad y la sensibilidad para los anticuerpos sifilíticos, siempre y cuando el suero del paciente antes de la prueba AFT, haya sido absorbido previamente con las Espiroquetas de Reiter tratadas con vibraciones sónicas.

2.3).- Pruebas de fijación del complemento con Treponemas pallidum; Las espiroquetas extraídas de sifilomas del conejo, constituyen antígenos específicos para las pruebas de fijación del complemento, antígenos que probablemente determinarán el mismo anticuerpo que la prueba de inmovilización. Es difícil preparar tales suspensiones de espiroquetas. Los antígenos preparados a partir de cultivos de espiroquetas de Reiter se emplean ocasionalmente en la prueba de complemento.

Las pruebas PSS y la AFT-ABS también pueden realizarse en pruebas serológicas para la Sífilis en líquido cefalorraquídeo. Los anticuerpos no llegan a líquido cefalorraquídeo desde la sangre, sino que probablemente son -

formados en el sistema nervioso central como respuesta a la infección Sifilítica. (39)

3).- Prueba Serológica V.D.R.L. (Venereal Disease Research Laboratory) (Reacción de Floculación en Lámina).

Fundamento:

La Reagina es una substancia que aparece en la sangre y líquido cefalorraquídeo de personas que padecen Sífilis y otras enfermedades, como el mal del Pinto, Lepra, Paludismo. Esta substancia flocula las emulsiones de una solución alcohólica al 0.03% de Cardiolipina, 0.09 % de colesterol y Lecitina suficiente para estandarizar su reactividad de dicha solución que se utiliza como antígeno.

Material:

Frasco de 30 ml. con tapón de vidrio o de rosca, - cubiertos con papel de estaño de vinilita.

- Pipetas serológicas de 1.0 ml. graduadas en 0.01 ml.

- Placas de vidrio limpias.

- Jeringas tipo Luer de 1 ó 2 ml.

- Agujas hipodérmicas calibre Nº 23 de bisel largo ó Nº 22 con bisel regular.

Cálculo de la salida de la emulsión del antígeno - por la aguja:

El número de partículas de antígeno se vierte con una aguja hipodérmica al campo microscópico y se determina por el tamaño de la gota de emulsión del antígeno usado. For_

(39) Jawetz Ernest, Melnick. op.cit. p.p. 263-264

ésta razón la aguja que se usa debe ser revisada en cada ocasión.

La emulsión del antígeno se vierte con una aguja hipodérmica calibre Nº 22 de bisel regular o de calibre Nº 23 bisel largo se inserta una jeringa de 1 ó 2 cm. la emulsión se deja en el frasco cuando no se usa. De un cm³ de la emulsión del antígeno se deben obtener 60 gotas; esto se puede obtener sosteniendo la jeringa de modo que el bisel quede hacia abajo, y la superficie de goteo, horizontal. Lo importante es que se use la cantidad apropiada (1/60 ml.) para cada reacción

Cuando se guarde el antígeno, antes de volverlo a usar, deberá mezclarse suavemente, imprimiendo movimientos de rotación al frasco y llenando y vaciando la jeringa.

Los antígenos :

Se adquieren ya que contienen el antígeno y la solución amortiguadora.

Los Reactivos:

La preparación de la emulsión del antígeno; Se pipetea -- 0.4 ml. de solución salina amortiguadora en el fondo de un frasco redondo de 30 ml. con tapón de vidrio o de rosca. Se añade 5 ml. de antígeno directamente sobre la solución salina mientras se le imprime un movimiento de rotación suave, pero continuo, al frasco y sobre la superficie plana.

NOTA: El antígeno se añade gota a gota pero rápidamente, de modo que 0.5 ml. salgan en 6 seg. La punta de la pipeta deberá quedar en el tercio superior del frasco y la rotación no deberá ser tan fuerte, porque puede moverse la pipeta con la solución salina. Sopla la última gota de la pipeta sin que ésta toque la solución salina. Continúe la rotación del frasco durante 10 seg. más. Añada 4.1 ml. de solución salina amortiguadora con una pipeta de 5 ml. Tape el frasco y agite fuertemente de abajo hacia arriba, 30 veces en 10 seg. aproximadamente.

La emulsión del antígeno está lista para su uso y se utiliza en el día. Esta cantidad (5 ml.) es suficiente para 250 análisis serológicos, aproximadamente.

Cada preparación de emulsión de antígeno deberá ser primero comprobada, frente a sueros conocidos como positivos y negativos. Esto se logra añadiendo una gota de emulsión de antígeno a 0.05 ml. de cada suero y completando el análisis como se describe en la reacción cualitativa en suero.

Si las partículas de antígeno en el suero negativo parecen ser demasiado grandes, no se use, y la razón se puede hallar habitualmente, en la forma de preparar la emulsión del antígeno no ha sido correcta.

Material Biológico:

- 0.5 de suero.

El suero se obtiene por la centrifugación de la --

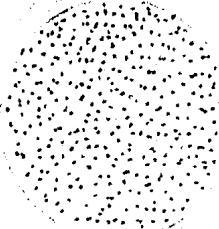
sangre total coagulada, se calienta a 56°C durante 30 min. o 60-62°F durante tres minutos antes de ser analizada. Todos los sueros se analizan al sacarse del baño de agua y aquellos que contengan partículas de impurezas se centrifugan nuevamente. Los sueros que tengan que ser analizados después de cuatro horas de haber sido inactivados, deberán ser nuevamente calentados a 56°C durante 10 min.

TECNICA:

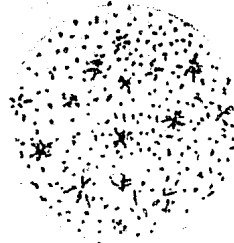
Reacción cualitativa en suero.

- Medir 0.05 cm. de suero inactivado y colocarlo en la placa de vidrio.
- Añada una gota (1/16 ml.) de emulsión de antígeno a cada suero.
- Haga la rotación de las placas durante 4 min. Si la rotación se hace a mano, se realizará sobre una superficie plana. Este movimiento deberá limitarse aproximadamente a un círculo de 5 cm. de diámetro y a razón de 120 rotaciones por min. Cuando se use agitador rotatorio pueden darse 180 r.p.m.
- Las rotaciones se leen inmediatamente de la rotación.
- Las reacciones se leen microscópicamente con el objetivo seco débil. Las partículas de antígeno aparecen en forma de bastones cortos con éste aumento. El agregado de estas partículas en grumos grandes y pequeños se interpreta con grados de positividad.

REACCIONES CON EL V.D.R.L.



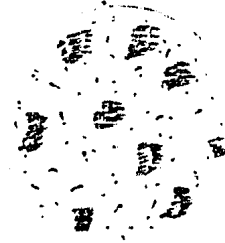
NEGATIVA



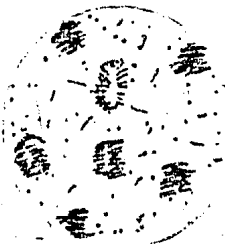
POSITIVA DEBIL



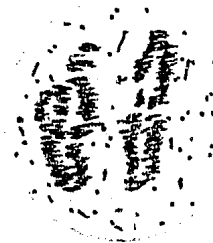
POSITIVA DEBIL



POSITIVA



POSITIVA



POSITIVA

LECTURA	INFORME
No hay grumos o sólo ligera floculación	Negativo
Pequeños Grumos	Debilmente Positivo
Grumos Medianos y Grandes	Positivo

Sólo se emplearán los terminos positivo, debilmente positivo y negativo.

Las reacciones Zonales debidas a un exceso del componente reactivo del suero, se reconocen por la presencia de grumos irregulares y pérdida de los bordes característicos. La reacción positiva habitual se caracteriza por la presencia de grumos, pequeños o grandes pero de tamaño uniforme.

A todos los sueros que den una reacción positiva o debilmente positiva, debe hacerceles la reacción cualitativa.

Reacción Cualitativa en Sñero:

Esta se practica con diluciones en serie, del suero en solución de cloruro de sodio al 0.9 %, de las cuales cada dilución se tratará como si fuera un suero sin diluir y procesado en la forma descrita en la "Reacción Cualitativa en Suero".

La solución de cloruro de sodio al 0.9% recién preparada, se usara para estas diluciones. Las diluciones del suero se preparan agregando 0.5 ml. de solución de

cloruro de sodio al 0.9% a cada uno de los seis tubos. Al tubo número uno se le añade 0.5 de suero calentado, se mezcla bien y se pasa 0.5 ml. al número dos. Se continúa esta operación hasta el sexto tubo, el último de los tubos contendrá 1.0 ml. En ésta forma se obtienen diluciones al 1:2, 1:4, 1:8, 1:16, etc.

Las reacciones se leen microscópicamente a 100 diámetros en la forma descrita para el procedimiento cualitativo.

Los resultados se informan en términos de la mayor dilución de suero que presente una reacción positiva. Ejemplo, si el suero dá reacción positiva en forma cualitativa pero negativa en la cuantitativa se informa como positiva con suero sin diluir. Si dá reacción positiva la dilución del tubo número 1 de la prueba cuantitativa, que es de 1:2 el resultado se informa como positivo 1:2.

VALORES NORMALES:

Negativo.

Se menciona el hecho de que de cada 3000 personas sanas y sin antecedentes, una puede dar reacción positiva a títulos bajos. (40)

(40) Instituto Mexicano del Seguro Social.

Procedimientos de Laboratorio Clínico. p.p. 158-165

cloruro de sodio al 0.9% a cada uno de los seis tubos. Al tubo número uno se le añade 0.5 de suero calentado, se mezcla bien y se pasa 0.5 ml. al número dos. Se continúa esta operación hasta el sexto tubo, el último de los tubos contendrá 1.0 ml. En ésta forma se obtienen diluciones al 1:2, 1:4, 1:8, 1:16, etc.

Las reacciones se leen microscópicamente a 100 diámetros en la forma descrita para el procedimiento cualitativo.

Los resultados se informan en términos de la mayor dilución de suero que presente una reacción positiva. Ejemplo, si el suero dá reacción positiva en forma cualitativa pero negativa en la cuantitativa se informa como positiva con suero sin diluir. Si dá reacción positiva la dilución del tubo número 1 de la prueba cuantitativa, que es de 1:2 el resultado se informa como positivo 1:2.

VALORES NORMALES:

Negativo.

Se menciona el hecho de que de cada 3000 personas sanas y sin antecedentes, una puede dar reacción positiva a títulos bajos. (40)

(40) Instituto Mexicano del Seguro Social.

Procedimientos de Laboratorio Clínico. p.p. 158-165

.- Diagnóstico Serológico de la Sífilis

En los últimos 10 años se ha visto la introducción de pruebas mucho más específicas para el diagnóstico de la Sífilis basadas en la detección de anticuerpos específicos a antígenos treponémicos, mediante técnicas de Inmunofluorescencia y hemaglutinación e inclusive la medición de niveles inmunoglobulinas, lo que ha venido a reforzar y ampliar las ya clásicas pruebas serológicas (VDRL, RPR) preparadas con cardiolipina y lecitina para detectar Reagina, substancia presente en casi el 100% de los sueros enfermos sífilíticos.

Dentro de la detección rutinaria, la utilización del VDRI, tiene aceptación general y sigue siendo la ideal, la sensibilidad para esta prueba en sífilis reciente, alcanza un 100% a la 6a. semana del contagio y en las Sífilis tardía aunque es menor de 60 a 90 %.

Las pruebas seriadas de cuantificación de reaginas en situaciones son tan valiosas en donde la posibilidad de infecciones repetidas es considerable y en todos los casos, para establecer el control post-tratamiento. La interpretación serológica adecuada, depende de la correcta información médica, del control de calidad de las pruebas de laboratorio y la correlación de éstas con los antecedentes y datos clínicos. De esta manera, una serie de VDRL positivas con diluciones descendentes indica una buena evolución del caso, el aumento significativo en las titu-

PRUEBA R.P.R. (Rapid Plasmatic Reaction).

La Reacción Rápida en Reagina en el Plasma (R.P.R.) ha sido ideada para utilizarla en la detección de Sífilis con plasma procedente de sangre obtenida por punción capilar.

TECNICA:

- 1.- Con una torunda alcoholada, se limpia el sitio donde se va hacer la punción, generalmente en el dedo anular de la mano izquierda, a un lado de la yema del dedo.
- 2.- Con la lanceta estéril se hace una punción. Este movimiento debe hacerse firme y rápidamente, procurando que la lanceta penetre hasta el tope, así, obtener una muestra de sangre suficiente.
- 3.- Se comprime el dedo desde su base hacia la punta para que la sangre fluya, permitiendo que 3 ó 4 gotas caigan libremente en el área circular de la tarjeta, cuidando -- que no entre hacia la parte más estrecha.
- 4.- Se le dá a la persona una torunda seca para que se -- comprima la herida de la punción.
- 5.- Manteniendo la tarjeta en posición horizontal, se extiende la sangre sobre el área circular, con un palillo, mezcle suavemente durante 30 seg. De ésto depende que el plasma se desprenda fácilmente de la sangre.
- 6.- Se mueve la tarjeta circularmente hasta obtener la separación de glóbulos rojos y plasma.
- 7.- Se dobla la parte superior de la tarjeta sobre la li-

nea perforada, hacia el reverso, hasta formar un ángulo - de 90°, y se coloca sobre una superficie plana para permitir que el plasma escurra hacia la parte estrecha, lo que usualmente ocurre en 2 ó 3 min.

8.- Con el tubo capilar marcado, provisto de bulbo de goma se retira la tarjeta recolectora la cantidad de .03 ml de plasma permitiendo que ascienda suavemente, hasta la - marca negra. la posición del capilar debe ser perpendicular a la tarjeta. Hay que tener cuidado de no aspirar glóbulos rojos ni de aspirar tan violementamente que el plasma suba hasta el bulbo de goma.

9.- Coloque los .03 ml. de plasma en una de las "lagrimas" de la tarjeta de reacciones.

10.- Agite y "purgue" el frasco gotero que contiene el antígeno R.P.R, manteniendolo siempre vertical.

11.- Deposite exactamente una gota de 1/66 ml. del antigeno R.P.R. sobre la gota de plasma depositada previamente en la "lagrima" correspondiente de la tarjeta de reacciones.

12.- Utilizando un palillo limpio, por el extremo ancho, mezclense el plasma y el antígeno.

13.- Distribúyase la mezcla resultante sobre toda la suerficie de la "lagrima".

14.- A partir de este momento es importante balancear la tarjeta de la "lagrima" hacia delante y hacia atrás a razón de unos 20 movimientos de vaivén por min. Durante uno

tiempo máximo de 4 min. dando tiempo a la muestra para -- que alternadamente fluya dentro de la punta de la "lágrima" para que las partículas estén en estrecha proximidad y luego se extiendan al alejarse hacia la parte ancha.

15.- Lea macroscópicamente el resultado de la prueba bajo luz directa, inmediatamente después del balanceo manual y dentro del tiempo máximo de 4 min. El resultado debe ser: POSITIVO.- en especímenes que muestran grumos o granitos negros de tamaño más o menos uniformes y en los que el líquido de la reacción aparece claro y transparente.

NEGATIVO.- En especímenes que no muestran granitos después de los 4 min. de la prueba y en los que el líquido de la reacción muestra finas granulaciones negras, como polvo de carbón del antígeno R.P.R. (42)

(42) Instituto Mexicano del Seguro Social.

Jefatura de Servicios de Medicina Preventiva.

Depto. de Control de Enfermedades Transmisibles.

Programa de lucha contra Enfermedades Venéreas.

13.- TRATAMIENTO Y PRONOSTICO DE LA SIFILIS.

Pocos datos sobre el tratamiento de la Sífilis han sido publicados desde que el CDC (Center for Disease Control). Realizó sus recomendaciones en 1968; la penicilina continúa siendo el fármaco de elección para todas las etapas del padecimiento. En la elección del antibiótico para la terapéutica, deben agotarse los esfuerzos para documentar la alergia a la penicilina, antes de escoger otros antibióticos, ya que estos han sido menos estudiados que la penicilina.

SÍFILIS TEMPRANA (primaria, secundaria y Sífilis latente de menos de un año de duración).

1.- Penicilina G Benzatínica 2.4 millones de unidades por vía intramuscular en una sola inyección. La penicilina G benzatínica es un fármaco de elección por que ha demostrado efectividad en una sola dosis.

2.- Penicilina G Procaína acuosa de 4.8 millones de unidades en total; se aplican 600 000 unidades por vía intramuscular, en inyecciones diarias durante 8 días.

3.- Penicilina G Procaína en solución oleosa con 2% de monoestearato de aluminio (PAW) a dosis de 4.8 millones de unidades en total en inyecciones intramusculares; 2.4 millones en la primera visita y dos sesiones más, cada una de 1.2 millones, con intervalos de 3 días.

En los pacientes que son alérgicos a la penicilina

pueden utilizarse:

A.- Clorhidrato de tetraciclina, 500 mg. cuatro veces al día, durante 15 días por vía oral, (los alimentos y algunos productos de consumo diario interfieren en la absorción de las formas orales de tetraciclinas, deberán administrarse una hora antes o después de las comidas.

B.- Eritromicina (Estearato, Etilsuccinato, o base) de 500mg. cuatro veces al día, por la vía oral durante 15 días.

Estos antibióticos parecen ser efectivos, pero han sido evaluados menos extensamente que la penicilina.

SIFILIS de más de un año de duración (Sífilis latente de tiempo indeterminado o de más de un año de duración, tardía, benigna, dérmica, visceral u ósea, cardiovascular y neurosífilis).

A.- Penicilina G Benzatina 7.2 millones de unidades como dosis total: 2.4 millones por vía intramuscular hasta complementar tres dosis separadas por intervalos semanales.

B.- Penicilina G Procaína acuosa, 9 millones de unidades como dosis total: 600 000 unidades diarias por vía intramuscular diariamente durante 15 días.

"Los esquemas óptimos de tratamiento, para la Sífilis de más de un año de duración, ha sido menos bien establecidos que para la Sífilis temprana; en general, a mayor tiempo de evolución se requiere mayor dosis por mayor

tiempo. Aunque se recomienda el tratamiento para la Sífilis cardiovascular establecida, existe poca evidencia de los antibióticos que detengan la patología asociada con esa enfermedad".

Es indispensable el exámen del líquido cefalorraquídeo en los pacientes con neurosífilis, desde luego en la sintomatología pero también en la asintomática, la que amerita ser excluida con el mismo estudio en los pacientes con un año ó más de evolución.

"Los estudios publicados demuestran que las dosis entre 6 y 9 millones de penicilina G inducen respuesta terapéutica satisfactoria en el 90% de los pacientes. Existe más experiencia clínica publicada respecto a las preparaciones de penicilina G de corta duración, que con la penicilina G Benzatina". Algunos clínicos prefieren hospitalizar a los enfermos con neurosífilis, particularmente -- los casos sintomáticos o los que no han respondido al tratamiento inicial. En estas circunstancias se aplican entre 12 y 24 millones diarios de unidades de penicilina G cristalina acuosa, administrada por vía venosa, a razón -- de 2 a 4 millones cada 4 horas durante 10 días.

"No existen datos publicados que documenten adecuadamente la eficacia de fármacos distintos a la penicilina, en la Sífilis de más de un año de duración. Los exámenes de líquido cefalorraquídeo se recomiendan encarecidamente

antes de iniciar los tratamientos".

SEGUIMIENTO Y RETRATAMIENTO.

A todos los pacientes con Sífilis temprana y con Sífilis congénita, debe recomendárseles que regresen para repetir en ellos pruebas no treponémicas a los 3, 6 y 12 meses después del tratamiento. A todos los enfermos con Sífilis de más de un año de evolución, también debe practicarse otra prueba semejante a los 24 meses. El seguimiento serológico, cuidadoso, es particularmente importante en los enfermos que no han sido tratados con la penicilina. El examen de líquido cefalorraquídeo debe plantearse como parte de la última visita de seguimiento cuando la terapéutica se ha efectuado con estos antimicrobianos alternos.

Todos los pacientes con neurosífilis, deben ser cuidadosamente controlados, con pruebas serológicas, por lo menos durante 3 años; además, su seguimiento debe incluir reevaluaciones clínicas, semestrales y repetidos estudios de líquido cefalorraquídeo, principalmente cuando han sido tratados con antibióticos alternos.

La posibilidad de reinfección debe considerarse siempre cuando se encuentre indicado tratar a pacientes con Sífilis temprana. Un examen de líquido cefalorraquídeo debe practicarse antes del nuevo tratamiento a menos que pueda establecerse el diagnóstico de reinfección, o de Sí

filis de menos de un año de evolución (temprana).

Un nuevo tratamiento debe considerarse cuando:

- 1.- Los signos o síntomas de Sífilis persistan o recurran.
- 2.- Exista incremento sostenido de 4 diluciones en el título de las reacciones cuantitativas no treponémicas.
- 3.- El título inicialmente alto de pruebas no treponémicas falla en decrecer hasta 4 diluciones en el curso de un año.

Los nuevos tratamientos deben realizarse con los esquemas recomendados para la Sífilis de mas de un año de evolución. En general sólo un nuevo tratamiento está indicado, después de que los pacientes sostienen títulos bajos estables en la serología y/o tienen daños anatómicos irreversibles.

TRATAMIENTO EPIDEMIOLOGICO.

Las gentes que se han expuesto a la Sífilis (lesiones primarias o secundarias en los 3 meses anteriores a la entrevista profesional y las que tienen antecedentes de riesgo epidemiológico alto, deben ser tratados con los esquemas recomendados para la Sífilis de menos de un año de evolución (temprana): todos los esfuerzos deben desplegarse, para establecer previamente el diagnóstico correcto.

PRONOSTICO.- Dependerá de la detección temprana, el tratamiento médico y la utilización de los esquemas dichos. (43)

(43) Center for Disease Control. Esquemas de tratamiento en la Sífilis por la C.D.C. Vol. 25 Nº13 April 1976

VI.- PARTICIPACION DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LA PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA SIFILIS EN EL ADOLESCENTE.

Promoción de la Salud.-

- El profesional de Enfermería participará en la elaboración de los programas de educación y orientación sexual para los adolescentes; dichos programas contendrán lo necesario para una buena información sexual.
- Orientará al personal que impartirá pláticas de orientación sexual, ya sea a nivel escolar o familiar. Dentro de las pláticas de educación y orientación sexual estarán de acuerdo al tipo de personas que se le impartirán dichas pláticas.
- Estructurará charlas sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de las principales enfermedades de transmisión sexual a : estudiantes, obreros, padres de familia maestros.
- Orientación a futuros conyuges (preparación prenupcial) en la importancia de los exámenes prenupciales y posteriormente en los prenatales.
- Seleccionará los programas de higiene mental para ser impartidos a los adolescentes.
- Organizará cursos que actualicen al personal de la Salud en relación a la educación sexual.
- Promoverá programas de educación sexual en escuelas de estudios superiores.

Tratamiento:

- Orientación al paciente sobre la importancia de seguir el esquema de tratamiento adecuado en cada caso.
- Aplicación del tratamiento.
- Informar al paciente de las posibles reacciones secundarias del tratamiento.
- Indicar la importancia de un buen tratamiento.
- Mencionar las causas del porque de la abstinencia sexual durante un período.
- Indicar la importancia de no ingerir bebidas alcohólicas durante el tratamiento.
- Localizar contactos, canalizándolos a la brevedad posible, al centro de salud, previa labor de convencimiento
- Localizar a posibles desertores al tratamiento.
- Orientar a la comunidad sobre los peligros de la automedicación y la consulta a farmacéuticos y charlatanes.

Rehabilitación.

La rehabilitación estará dada por atención del tercer nivel de acuerdo al tipo de secuelas de cada paciente.

- Rehabilitación del paciente:
- Ciego.
- Tabético.
- Paralítico.
- E. Cardiovascular.
- Adaptación Psíquica, física y social.

Protección Específica.

- Establecer la importancia de la profilaxis química, mecánica y quimioterapéutica.
- Concientizar al adolescente para evitar la promiscuidad sexual, prostitución y las desviaciones sexuales.

Diagnóstico precoz y tratamiento adecuado.

- Participar en encuestas serológicas de grupo (estudiantes, obreros, militares, etc.).
- Realizar la toma de productos para el exámen serológico.
- Detectar casos positivos de V.D.R.L. y su control.
- Colaborar en la búsqueda de contactos.
- Reconocer los principales signos y síntomas de las diferentes etapas de la Sífilis.
- Elaborar la Historia clínica del paciente de primera vez.
- Canalizar los casos positivos a centros de Salud especializado en el control de Enfermedades de Transmisión sexual.
- Participación en la toma de productos del Líquido Cefalorraquídeo.

HISTORIA NATURAL DE LA SIFILIS.

PERIODO PREPATOGENICO: Interrelación de agente huésped y ambiente.

Agente.- Treponema Pallidum, su movilidad. Dificultad de cultivo, infección experimental en animales.

Sensible.- Jabón, antisépticos, desecación, calor.

Resistente.- Congelación, excepto en sangre total o plasma por más de 96 hrs.

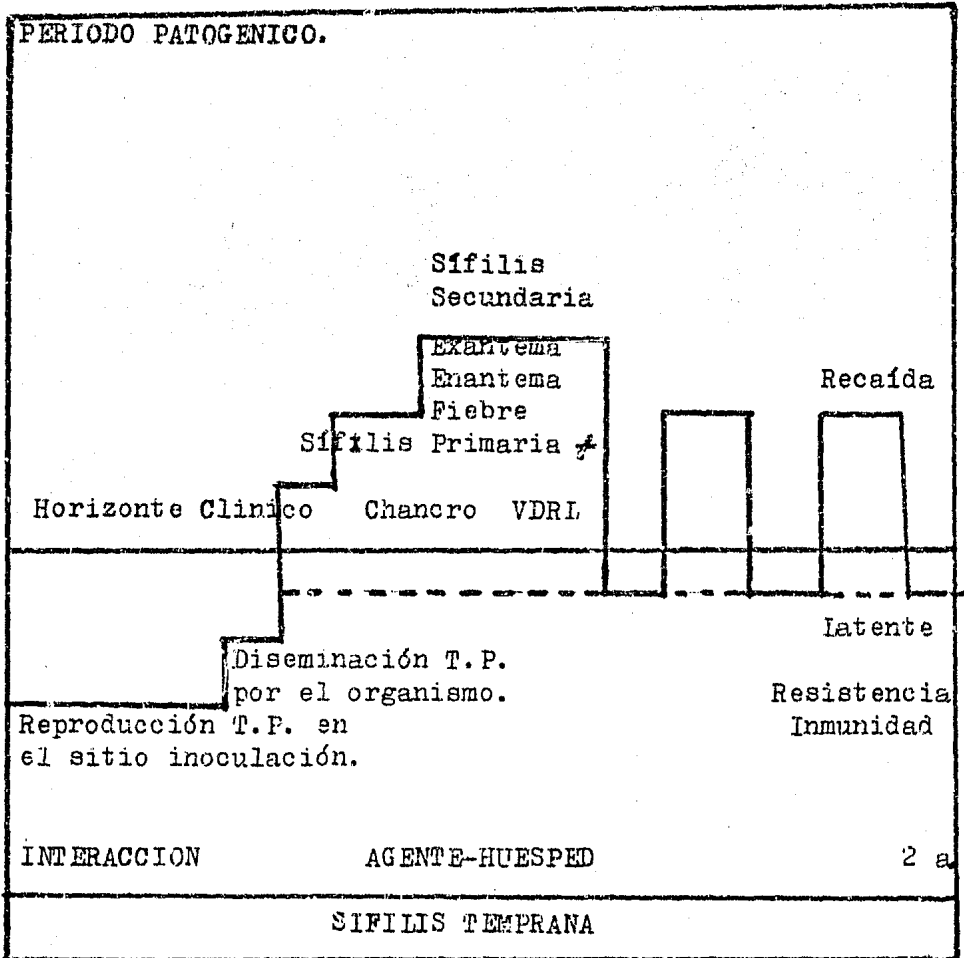
Ambiente.- Características.

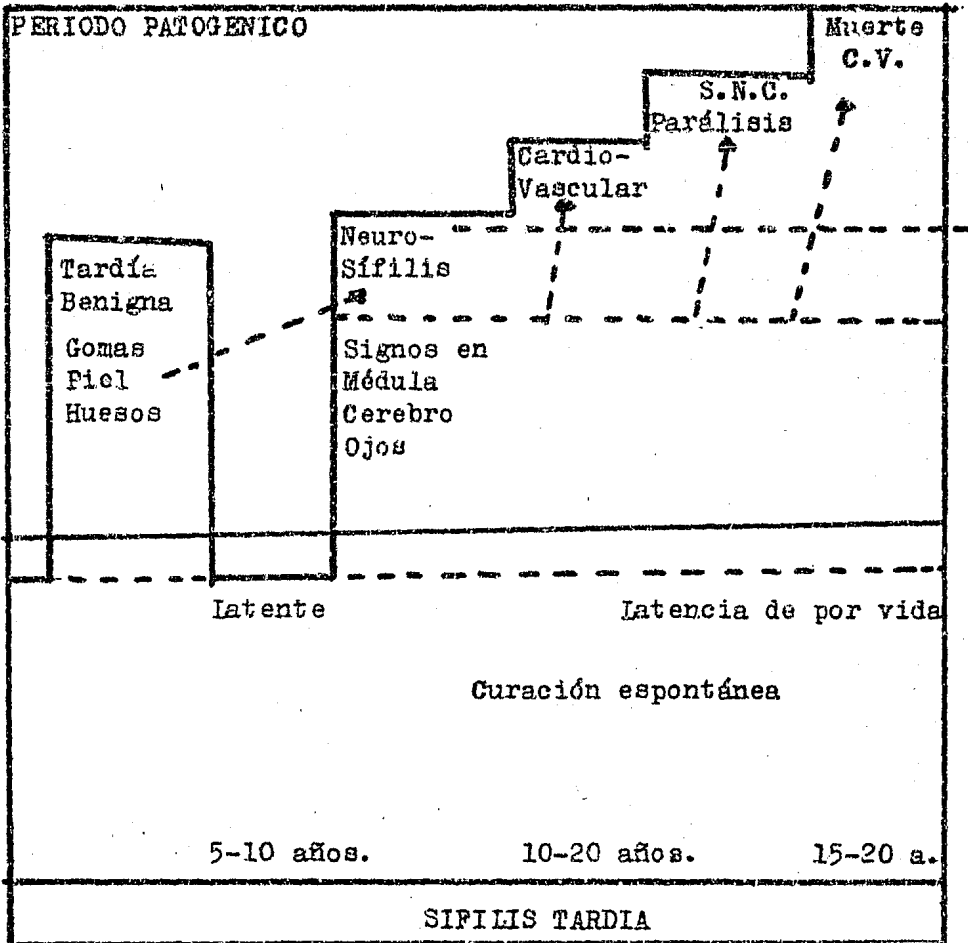
Demografías.- Crecimiento en la población joven, aumento a la susceptibilidad, urbanización, industrialización, migración etc.

Económicas.- Industrialización, urbanización, mayor participación de la mujer en el trabajo, bajo ingreso.

Sociales.- Clima favorable al sexo, alcohol, incremento de los medios de difusión, menor miedo a la enfermedad, uso de anticonceptivos y menor uso del condón, prostitución.comercial clandestina, homosexualismo.

Huésped.- Ambos sexos, jóvenes de 15-24 años, hetero, homosexuales. aumento en la frecuencia de las relaciones sexuales, selección de la pareja, aumento del número de personas con las que se tiene contacto, individuos enfermos.





RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.

VII .- METODOLOGIA DEL TRABAJO DE CAMPO.

La investigación de campo se llevó a cabo para realizar la comprobación y verificación de las hipótesis -- planteadas.

Dicha investigación consta de un interrogatorio -- protocolario, que nos proporcionó información sobre planes, opiniones, creencias y motivaciones del grupo humano así como observaciones generales del área geográfica.

Se realizó el interrogatorio con el grupo humano a investigar, a través de una entrevista estructurada en -- donde se utilizó un cuestionario como principal instrumento de recolección y control de datos.

Las preguntas fueron de tipo literal, solicitándose respuestas precisas como son: Sexo, edad, estado civil y escolaridad. También hubo preguntas parcialmente estructuradas y de selección múltiple.

Posteriormente, realizadas las 25 encuestas, se -- realizo el vaciamiento de datos, la tabulación y la representación de éstos en cuadros y gráficas de pastel. Cada uno de los cuadro se analizó, realizando al final una conclusión de la investigación del trabajo de campo.

El área geográfica en donde se llevó a cabo la Investigación, Centro de Salud "Eliseo Ramirez" es un cen--

tro que proporciona atención a un gran número de pobla-
ción que requiera de el Diagnóstico, Tratamiento y con-
trol de Enfermedades de transmisión sexual.

Esta ubicado en calle de Niños Héroes No 38 planta
Alta, Col. Guerrero.

LISTA DE CUADROS.

CENTRO DE SALUD "DR. ELISEO RAMIREZ"
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

CUESTIONARIO

- 1.- Nombre _____
- 2.- Edad _____ 3.- Sexo _____ 4.- Estado Civil _____
- 5.- Escolaridad _____ 6.- Ocupación _____
- 7.- Su información sexual la adquirió a través de :
a) Escuela b) Familia c) Amigos d) Libros, medios de información.
- 8.- ¿ A que edad? _____
- 9.- Su información sexual es:
a) Nula b) Mediana c) Buena d) Excelente
- 10.- La información sexual debiera ser impartida en :
a) Escuelas b) Familia c) Medios de información
- 11.- Qué edad considera como la ideal, para recibir información sexual?
a) 0-6 años b) 7-12 años c) 13-20 años d) más de 20 años
- 12.- ¿ Cree ud. que una adecuada información sexual evitaría las enfermedades de transmisión sexual?
a) Sí b) No

CUADRO N° 1

Edad de los 25 adolescentes entrevistados.

EDAD	F	%
15 - 18	3	12
19 - 21	10	40
22 - 25	12	48
TOTAL	25	100

Fuente: Cuestionario aplicado.

Descripción: Casi la mitad de los adolescentes de la -- muestra, tenían entre 22 y 25 años, el 40% entre 19 y 21 años y un 12% entre los 15 a 18 años.

CUADRO Nº 2

Relación de sexo de los adolescentes entrevistados.

SEXO	F	%
MASCULINO	18	72
FEMENINO	7	28
TOTAL	25	100

Fuente: Cuestionario aplicado.

Descripción: La mayor parte de los adolescentes entrevistados, correspondió al sexo masculino en relación al femenino quien solo tuvo el 28%.

CUADRO N° 3

Relación del Estado Civil de los adolescentes.

ESTADO CIVIL	F	%
SOLTERO	18	72
CASADO	5	20
UNION LIBRE	2	8
TOTAL	25	100

Fuente: Cuestionario aplicado.

Descripción: El 72% de los adolescentes entrevistados, era soltero, sólo el 8% vivía en Unión libre.

CUADRO No 4

Relación de la Escolaridad de los adolescentes.

ESCOLARIDAD	F	%
PRIMARIA INCOMPLETA	1	4
PRIMARIA	8	32
SECUNDARIA	7	28
NIVEL TECNICO	1	4
BACHILLERATO	5	20
PROFESIONAL	3	12
TOTAL	25	100

Fuente: Cuestionario aplicado.

Descripción: El nivel más bajo de escolaridad entre los adolescentes, fué el de primaria incompleta, la mayoría tenía primaria.

CUADRO Nº 5

Relación de la Ocupación de los adolescentes.

OCUPACION	F	%
HOGAR	2	8
OBRAERO	6	24
ESTUDIANTE	4	16
COMERCIANTE	2	8
EMPLEADO	9	36
PROFESIONAL	2	8
TOTAL	25	100

Fuente: Cuestionario aplicado.

Descripción: La ocupación predominante fué la de Empleado con un porcentaje del 36.

CUADRO N° 6

Medio a través del cual el adolescente adquirió
Información Sexual

MEDIOS DE INFORMACION	F	%
ESCUELA	2	8
AMIGOS	13	52
LIBROS Y MEDIOS de INFORMACION	4	16
NULA	6	24
TOTAL	25	100

Fuente: Cuestionario aplicado.

Descripción: El principal medio de información a través del cual adquirió su información sexual, -- fueron los amigos. El 24% no contestó ninguna de las opciones del cuestionario por lo que se agregó la opción de Nula, así mismo, ninguno la obtuvo a través de la familia.

CUADRO N° 7

Edad en la cual el adolescente adquirió su
Información Sexual

EDAD	F	%
10 - 14	13	52
15 - 18	10	40
19 - 21	2	8
TOTAL	25	100

Fuente: Cuestionario aplicado.

Descripción: El 52% de los adolescentes adquirió su Información Sexual a la edad fluctuante entre los 10 y 14 años. Ninguno de los adolescentes adquirió Información Sexual a la edad de 22 a 25 años.

CUADRO Nº 8

El adolescente consideró que la Información Sexual fué:

INFORMACION SEXUAL	F	%
NUIA	5	20
MEDIANA	9	36
BUENA	10	40
EXCELENTE	1	4
TOTAL	25	100

Fuente: Cuestionario aplicado.

Descripción: El adolescente consideró, en un 40% que su Información Sexual es buena y sólo en un -- 4% la consideró como excelente.

CUADRO N°9

Medio a través del cual el adolescente considera que debe impartirse la Información Sexual.

MEDIO DONDE DEBE IMPARTIRSE	F	%
ESCUELA	10	40
FAMILIA	10	40
MEDIOS DE INFORMACION	1	4
EN TODOS	2	8
NINGUNO	2	8
TOTAL	25	100

Fuente: Cuestionario aplicado.

Descripción: Un 40% considera que la información sexual debe impartirse en la escuela y otro 40% opina que en la familia. El 8% considera que debe ser impartida en todas las opciones y otro 8% considera que en ninguna.

CUADRO N° 10

Edad que consideran ideal para recibir Información Sexual.

EDAD QUE CONSIDERAN IDEAL	F	%
7 - 12	9	36
13 - 20	12	48
20 ó más	4	16
TOTAL	25	100

Fuente: Cuestionario aplicado.

Descripción: Los adolescentes consideraron que la edad ideal es de 13 a 20 años.

C O N C L U S I O N E S

Dentro de nuestra sociedad existe un cambio acelerado sobre la información sexual, por tal motivo, se ve la necesidad de proveer de las herramientas necesarias para un mejor entendimiento y aceptación de la educación sexual.

Los adolescentes serían bien educados si los padres también estuvieran de acuerdo en recibir orientación sexual, si antes no la tuvieron, eliminando así el temor de que dicha información sexual propicie una liberación sexual incontrolable en los jóvenes y los tabúes que tienen desde la infancia, que los hace sentirse inadecuados y avergonzados.

La sexualidad es parte de nuestra naturaleza y nunca debe ser rechazada puesto que somos parte de ella; la información sexual debería formar parte del cotidiano diálogo familiar y no ser considerado como aspecto muy particular de la educación escolar.

La conducta sexual humana desempeña un papel importante en la propagación de las enfermedades de transmisión sexual, pero está determinada de manera tan estrecha por el medio psicosocial del individuo y por el grado de

adaptación a la sociedad que no será posible modificarla sin la acción educativa.

La ignorancia y el no conocimiento de los temas sexuales es la causa del infortunio sexual. Ya que la salud mental, el bienestar físico y el ajuste sexual están íntimamente correlacionados, resulta curioso que la oposición continúe siendo tan fuerte contra el medio más seguro de lograr la llamada finalmente "educación sexual". Los obstáculos para la educación sexual, los complejos de culpa y los temores que la recubren son examinados con la esperanza de disolverlos, de manera que una educación sexual efectiva pueda llegar a ser algún día, un derecho con el que se nace.

Como resultado final de la investigación y tomando en cuenta la hipótesis: " LA DEFICIENTE EDUCACION SEXUAL DEL ADOLESCENTE, ES UN FACTOR PREDISPONENTE PARA LA ADQUISICION DE LA SIFILIS", se concluye que una enfermedad de transmisión sexual, es más frecuente en jóvenes de 22 a 25 años, en el sexo masculino, en solteros y con una escolaridad promedio de primaria.

En relación a su información sexual, se observó -- que el 52% de los adolescentes encuestados, la obtuvo a través de los amigos a la edad fluctuante entre los 10 y 14 años y que a pesar de ello, creen que su educación sexual es "buena" ; así mismo, opinan que la información se

xual debe ser impartida en escuelas y en la familia consi-
derando la edad de 13 a 20 años, como ideal. Aunque hubo
un 8% que opina que no es necesaria dicha información se-
xual.

Sin embargo, el 100% afirmó que con una adecuada -
información sexual se evitarían en gran parte, las enfer-
medades de transmisión sexual.

REFERENCIAS.

B I B L I O G R A F I A

Alvarez Gayou, Juan Luis.

Elementos de Sexología.

Ed. Interamericana, México, D.F. 1981

Baena Paz, Guillermina, dra.

Instrumentos de Investigación.

9a. ed.

eds. Unidos Mexicanos, S.A., México, D.F. 1982

Bender, Stephen J.

Las enfermedades Venéreas.

Traduc. Leonor Tejada.

Ed. Editex, México, D.F. 1974.

Boletín Epidemiológico.

Morbilidad por Sífilis.

Anual.

I.M.S.S., México, D.F. 1981

Calderón, J.; Anzúrez, E.

Conceptos clínicos de Infectología.

3a. ed.

Ed. Méndez Cervantes, México, D.F. 1976

Center for Disease Control (Morbidity and Mortality Weekly report). Abril 1976.

Sífilis. Esquema de tratamiento redomendados por la C.D.C
Nº 13, vol. 25

Control de las enfermedades Venéreas-transmisibles en el hombre.

Informe oficial de la Asociación Americana de Salud Pública.

lla. ed.

Organización Panamericana.

Oficina Sanitaria Panamericana.

Oficina Regional de la O.M.S., México, D.F. 1972

Comentarios de las enfermedades Venéreas.

I.M.S.S.

Jefatura de los Servicios de Medicina Preventiva.

Departamento de Control de Enfermedades Transmisibles.

Boletín estadístico, semestral.

Julio-Diciembre, 1980

Comentarios de las enfermedades Venéreas.

I.M.S.S.

Jefatura de los servicios de Medicina Preventiva.

Departamento de control de Enfermedades Transmisibles.

Boletín estadístico, semestral.

Enero-Junio, 1981

Farreras Valenti; Rozman Ciril.

Medicina Interna.

Tomo II

Ed. Marin, Mexico, D.F., 1980

Hubbard Charles.

Cómo orientar en la Planificación Familiar.

Ed. Pax-México, México, D.F., 1974

Incidencia notificada de Sífilis por Circunscripciones.

I.M.S.S.

Jefatura de los servicios de Medicina Preventiva.

Departamento de control de Enfermedades Transmisibles.

Boletín estadístico, semestral.

Enero-Junio, 1981

Jawetz, Ernest; Melnick, Joseph.

Microbiología Médica.

7a. ed.

Ed. El Manual Moderno, México, D.F., 1977

Jefatura de los servicios de Medicina Preventiva.

Departamento de control de Enfermedades Transmisibles.

Programa de control de Enfermedades Venéreas. Sífilis.

México, D.F., 1981

Servicios de Medicina Preventiva.

Departamento de Control de Enfermedades Transmisibles.

Programa de lucha contra las Enfermedades Venéreas.

I.M.S.S., México, D.F. 1982

Jaffe, H. W.

The Laboratory Diagnosis of Syphilis.

Ann Intern. Med. 83

New York, 1975

Lady Book.

Los Hijos.

Tomo I, II

Ed. Marin, México, D.F., 1980

Lesly Mc Cary, James, dr.

Sexualidad Humana.

Ed. Manual Moderno. México, D.F., 1980

Lieberman, James E.; Peck Ellen.

Guía sexual para jóvenes y del control de natalidad.

eds. Martínez Roca, S.A., México, D.F., 1979

López Ibor, Juan J., dr.

Biblioteca Básica de la Educación Sexual.

Ed. Universo, México, D.F., 1983

Munguía, Z. Irma; Salcedo, José Manuel.

Técnicas de Investigación Documental. Redacción e Investigación Documental I.

2a. ed.

Universidad Pedagógica Nacional, S.E.P.

México, D.F., 1981

Jaffe, H. W.

The Laboratory Diagnosis of Syphilis.

Ann Intern. Med. 83

New York, 1975

Lady Book.

Los Hijos.

Tomo I, II

Ed. Marin, México, D.F., 1980

Lesly Mc Cary, James, dr.

Sexualidad Humana.

Ed. Manual Moderno. México, D.F., 1980

Lieberman, James E.; Peck Ellen.

Guía sexual para jóvenes y del control de natalidad.

eds. Martínez Roca, S.A., México, D.F., 1979

López Ibor, Juan J., dr.

Biblioteca Básica de la Educación Sexual.

Ed. Universo, México, D.F., 1983

Munguía, Z. Irma; Salcedo, José Manuel.

Técnicas de Investigación Documental. Redacción e Investigación Documental I.

2a. ed.

Universidad Pedagógica Nacional, S.E.F.

México, D.F., 1981

Novak, R. Edmund, dr. cols.

Tratado de Ginecología.

Ed. Interamericana, México, D.F. 1977

Picazo, E.; Palacios, J.

Introducción a la Pediatría.

ed. Méndez Oteo, México, D.F. 1979

Podair, Simón.

Las Enfermedades Venéreas.

Ed. Pax.-México, Mexico, D.F., 1971

Segatore, L. dr.; Gianangelo P. dr.

Diccionario Médico.

Ed. Teide, Barcelona, 1980

Tórtora, G.J.; Anagnostakos, N.P.

Principios de Anatomía y Fisiología.

Ed. Tec-Cien, México, D.F. 1977

G L O S A R I O

APOPLEJIA .- Es la detención o suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales que se acompaña de caídas al suelo y de la pérdida súbita de la conciencia.

BUBON .- Se denomina así al ganglio inflamado e hipertrofiado por la infección.

CORIZA .- Llamada también rinitis aguda catarral. Consiste en la inflamación catarral aguda de la mucosa nasal, - la cual se congestiona y segrega un exudado sero-mucoso.

EFELIDE .- Son pequeñas manchas pigmentadas de color amarillo pálido, café con leche ó marrón del tamaño de un alfiler hasta el de una lenteja.

ENDEMIAS .- Es la presencia constante, entre la población de una determinada región, de una enfermedad infecciosa, de la que se presentan casos en casi todas las épocas del año.

EPIDEMIA .- Enfermedad infecciosa que no está siempre presente, pero cuando aparece afecta a un gran número de personas a la vez.

ENFERMEDAD CRIPTOGENICA .- Es aquella de la que se ignora el origen o génesis.

ERITEMA .- Es el enrojecimiento de la piel circunscrito o generalizado, uniforme o con manchas, debido al aumento del contenido de sangre arterial (hiperemia activa), en el interior de los vasos sanguíneos, capilares dilatados en la superficie cutánea.

ESCLERONIQUIA .- Es una enfermedad congénita de las uñas que las hace duras, toscas, más anchas y de color amarillo grisáceo.

ICTIOSIS .- Es una rara enfermedad de la piel cuyo nombre deriva de la palabra griega "pez" por que la piel adquiere una descamación purpúrea y se presenta áspera, seca con escamas.

IDIOCIA .- Es un estado de deficiencia mental, oligofrenia, debilidad mental.

LINFOCITOSIS .- Es el aumento en el número de linfocitos en la sangre, que puede ser absoluto y/o relativo (es decir en relación con los demás leucocitos).

LINFOGRANULOMA VENEREO .- Afección venerea específica de naturaleza vírica y curso crónico con adenopatía inguinal que evoluciona lentamente hacia la supuración consecutiva a una lesión ulcerativa primaria de los genitales.

LUES .- Sinónimo de Sífilis.

LUETICA .- Ulcera dura, lesión sifilítica.

PARASIFILITICAS .- O metasifilítica. Se denomina así a la tabes dorsal y a la parálisis general progresiva o demencia paralítica por enfermedad del S.N.C., cuyo origen es una enfermedad sifilítica de años.

PAQUIMENINGITIS .- O Leptomeningitis. Es la afección de la paquimeninge o duramadre, las leptomeninges o meninges blandas, aracnoides y piamadre.

PARONIQUIA .- Es la inflamación crónica de los tejidos blandos que rodean a las uñas.

PERIOSTITIS .- Es la inflamación del periostio, membrana que reviste y nutre al hueso.

PROFILAXIS .- Es el conjunto de medidas preventivas que tienden a defender al hombre de cualquier causa morbosa directa o indirecta capaz de alterar su estado de salud.

NEUMONIA .- Llamada también Pulmonía. Es la inflamación del pulmón cualquiera que sea su origen.

QUERATITIS .- Es la inflamación de la Córnea.

SEXO .- Conjunto de caracteres anatómo-fisiológicos que distinguen el macho de la hembra, entre los individuos de una misma especie.

TABE .- Es el significado genérico de marasmo; decaimiento orgánico extremo, consecutivo a una enfermedad crónica grave. Enfermedad bien definida de la médula espinal.

VENEREA .- Son las infecciones que se contraen normalmente mediante la cúpula carnal, tanto por vía natural (coito), como por otras vías.