

11296
2ej
57

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA DE ORIZABA, VER.



PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES POR TRANSMISION SEXUAL
(SIFILIS Y BLENORRAGIA)
EN LA U.M.F. No. 1, ENERO - JUNIO 1983

T E S I S

Para obtener el Posgrado en
MEDICINA FAMILIAR

presenta

DR. FELIPE HUGO CANO RAMIREZ

Orizaba, Ver.

1984

**TESIS CON
FALLA TS CREGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



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

	Págs.
Introducción.	1
Generalidades	2
Antecedentes Científicos.	27
Planteamiento del Problema.	29
Hipótesis	30
Objetivos	31
Material y Métodos.	32
Resultados.	34
Conclusiones.	45
Alternativas de Solución.	46
Bibliografía.	47

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

El presente trabajo de investigación llevado a cabo en la UMF-1 IMSS de Orizaba, Ver., de enero a junio de 1983, se propone a analizar las enfermedades de transmisión sexual, más frecuentes en esta área y que son las Uretritis gonococcicas y la Sífilis.

El querer conocer el aspecto histórico de estas enfermedades nos lleva a ver la importancia que éstas han tenido a través del tiempo y que con el descubrimiento de los antibióticos (en 1943), se creyó poder resolver y erradicar a nivel mundial. Notando que ésto no es válido por tratarse de enfermedades multicausales y que involucran aspectos psicosociales relevantes -- tales como son: una mayor libertad sexual entre la población joven, falta de control de los centros de prostitución, los tabúes existentes que traen consigo estas enfermedades, la falta de notificación de las mismas, la automedicación y la falta de orientación sexual en la población.

Dentro del aspecto médico vemos que éste, normalmente se -- proporciona adecuado para el paciente que la presenta, pero se olvida el control y la atención epidemiológica, aún contando -- con los recursos adecuados para su realización.

Otras de las finalidades, es la de crear conciencia a los profesionales de la salud, aunados con los de la educación, sobre la prevalencia de éstas 2 enfermedades, que si dejamos evolucionar indiscriminadamente, puede llegar a ser un gran problema de salud pública, como ha ocurrido en diversas partes del -- mundo; y que éstas vuelvan a ocupar una de las principales causas de morbilidad entre la población económicamente activa, reflejándose ésto en la economía nacional.

GENERALIDADES

HISTORIA

LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL O VENEREAS EN LA ANTIGUE DAD.

Cuando se trata de estudiar las enfermedades venéreas, es con el fin de conocer su origen; históricamente están demostrados ser unos de los problemas médicos sociales más difíciles de erradicar.

Hay testimonios escritos de síntomas correspondientes a la Gonorrea en la Biblia, donde demuestran que afectan a los hombres desde tiempos muy remotos.

Moisés el primer administrador eficaz en la Salud Pública, daba órdenes muy claras para prevenir y difundir la enfermedad, reconoce la necesidad de lavarse después de la copulación.

El número XXXI (Biblia) refieren que 12,000 israelitas que estaban causando la guerra contra los medianitas eran mantenidos fuera de la ciudad durante 7 días después de su retorno para prevenir la posible incubación de algunas enfermedades y el subsiguiente aislamiento para su tratamiento. Todas las mujeres medianitas hechas prisioneras "que habían conocido hombre por haberse acostado con él" fueran condenadas a morir para prevenir "una plaga entre la comunidad".

El levítico XV- se lee cuando un hombre tiene una "pérdida" (interpretado como una pérdida uretral) es considerado sucio por ser infeccioso por contacto.

También ha sido frecuentemente remarcado y motivo de gran sorpresa, el que nada claro sobre esta enfermedad pueda ser hallado en los relatos clásicos, médicos u otros en Grecia o Roma.

En Inglaterra la primer noticia que se tiene de la enfermedad consta de un acta de 1611 de Londres, que prohibía a los di

rigentes del Burdel de Southwack, admitir "a las mujeres que padecen la peligrosa enfermedad de quemazón". Los primeros términos de quemazón o "Brenning" guardan relación con la vieja denominación francesa de "Orina Caliente" importada probablemente por los normandos.

La palabra "quemazón" está relacionada con el nombre de "golpe" para la gonorrea en un manuscrito de un tal John de Anderna en 1378. En una orden de Londres de 1430 parece el término de "Infirmetas Wefanda" dictada a los administradores de burdeles para no admitir a hombres que padecieran "Infirmetas Wefanda" la enfermedad escondida.

El papel jugado por el sexo es remarcable, aunque el conocimiento claro llegó únicamente con el renacimiento. Incluso entonces todo tuvo que ser aprendido sobre la base de la relación padre-hijo, profesor-alumno.

En esta época fueron considerados una sola y única enfermedad, quizá no es de extrañar que la gonorrea y la sífilis así se hayan conceptualizado.

En el siglo XVIII, en Inglaterra de acuerdo con el libro titulado "las leyes de la suerte" (1738) son apenas una sobre diez las posibilidades de que en un galón de ciudad en esta época no hubiera sido contagiado de "clap".

John Hunter (1728-1793) comprobó que la creencia de que una sola enfermedad persistía, éste renombrado cirujano escocés hace la diferencia. El creía que dependían en gran parte del lugar de inoculación del "veneno" el que la enfermedad resultante se presentara como una pérdida uretral o una ulceración de los genitales dependiendo la diferencia de dos enfermedades.

Hunter se inoculó asimismo de un paciente enfermo de ambas enfermedades (Sífilis-Gonorrea) adquiriendo la sífilis, que lo llevó a una parálisis en la última época de su vida y posteriormente a la muerte.

En 1793 Benjamín Bell de Edimburgo, fue el primero en dife

renciar ambas enfermedades, inoculando a sus estudiantes para probar la erupción de la sífilis.

Hasta 1879 el diagnóstico de gonorrea se apoyó en bases científicas, año en que se identifica el organismo causal, y 6 años más tarde pudo ser cultivado.

Durante estos años el incremento de la gonorrea, fue muy notorio alcanzando su nivel más alto (alrededor de 1240) y posterior a la Segunda Guerra Mundial.

Fue hasta 1930, el tratamiento de la gonorrea se hacía a base de lavados locales llamadas vacunas civateras o a base de débiles antisépticos tomados por vía oral y eliminados por la orina. En los últimos años de 1930 se introduce las sulfamidas la terapia alcanza su nivel científico por primera vez, aunque el éxito fue corto.

Fue hasta 1943 cuando existe un cambio de los acontecimientos con la llegada de la penicilina, donde se aplica en Europa y América con tanto éxito, que disminuye notablemente la incidencia de este padecimiento, cabe hacer notar que en los últimos años tiene una tendencia a incrementarse a nivel mundial.

Con la sífilis; decirse varios puntos de interés de esta enfermedad como es, el de que existen 2 escuelas de opinión sobre el origen de la enfermedad:

- 1.- La unitoria o unionista.
- 2.- La colombina.

En la primera en la que creen que hay muchas enfermedades en el mundo que son de hecho una enfermedad, alterada por las condiciones sociales, hábitos personales y el clima, a esta enfermedad la llaman "trepanomatosis" y donde la sífilis es una variante de ella.

La escuela colombina creen que esta enfermedad no existía en Europa hasta que Colón y sus hombres regresaron con ella de su viaje del descubrimiento de América en marzo de 1493.

Hoy en día se admite que esta enfermedad ya se conocía en Europa antes de los viajes de Colón a América aunque la importancia de gérmenes de las antillas, frente a los cuales no había ningún tipo de defensa inmunitaria originó un recrudecimiento con caracteres de epidemia que se propagó rápidamente en el Viejo Mundo (con la colaboración de las tropas que por aquella época combatían por diferentes puntos).

Se puede llegar tan lejos como para afirmar que la sífilis ha representado sin duda un importante papel, configurando el curso de la historia. Porque, como la espiroqueta de la sífilis no ha mostrado preferencia ni parcialidad por la posición social, muchos personajes históricos e influyentes han caído víctimas de la sífilis.

Exámenes de los huesos de los restos de momias, efectuados por expertos revelan que esta enfermedad se encontraba presente entre los egipcios primitivos. Se cree que el Faraón egipcio - Ramses V tuvo sífilis y quizá naciera con ella.

Hipócrates describe hallazgos semejantes a los de la sífilis en órganos genitales de los pacientes por los años 460 a. de C.

Celso, médico romano refiere lo que probablemente haya sido la sífilis en la Antigua Roma.

Se habla de que el Emperador Romano Tiberio en tiempos de la crucifixión, había sido infectado por una enfermedad que mostraba visiblemente lesiones muy parecidas a las causadas por la sífilis.

En varios fragmentos del Antiguo Testamento, permiten pensar que muchas plagas que se abatían sobre las campañas eran probablemente sífilis. El uso de la palabra lepra, en escritos antiguos, probablemente constituye una referencia a la sífilis.

Se cree también que existía en Haití en estado endémico. Lo que se concluye claramente es de que los hombres que venían con Colón contrajeron la sífilis de los nativos, indios occiden

tales y que al regresar a Europa propagaron la enfermedad.

El médico Barcelonés Díaz de Isla, defiende la segunda teoría de que la sífilis era desconocida en Europa antes de 1493 y agrega que Martín Alonso Pinzón, contrajo durante el primer viaje de Colón dicha enfermedad y murió 2 años después de su regreso, Colón fue víctima de la sífilis y murió por una neurosífilis después de su regreso.

Esta hipótesis se confirma con el hecho de que se produjo epidemia en Europa de sífilis en forma grave que mató a millones de personas durante los últimos años del siglo XV, que se inició en Nápoles en 1495, siendo los primeros focos y por la nacionalidad de los que allí combatían se llega a conocer a esta enfermedad con los nombres de "Mal Francés", "Mal Español", "Mal Napolitano".

El curso posterior de esta enfermedad ha tenido generalmente características clínicas con exacerbaciones en las épocas de crisis social y económica (con los grandes movimientos de población que originaban) y por supuesto las grandes guerras.

En 1530- el patólogo italiano Francastorius, escribió un poema acerca de un pastor llamado "Sífilis Sive Morbus Gallicus" donde cuenta cómo fue atacado por la enfermedad Gálica como castigo por haber blasfemado al Dios Sol de Haití, reconoce la naturaleza venérea de la infección, y en esencia representa un compendio acerca de la enfermedad.

Después de este poema la palabra sífilis se convirtió en término médico para indicar esa enfermedad.

Hasta 1790 se piensa nuevamente a la enfermedad, como entidad separadas (sífilis-gonorrea).

La mayoría de los tratamientos de la sífilis en aquellos tiempos eran prescritos por astrólogos.

Muchos personajes famosos y muy influyentes en la historia han tenido sífilis y probablemente hayan muerto de ella. Enrique VIII de Inglaterra durante su reinado padeció, cinco de sus

6 hijos de su esposa Catalina, murieron de sífilis poco después de nacer.

Carlos VIII de Francia, tuvo 4 hijos que murieron de sífilis y él mismo muere por esta causa.

En Rusia Iván IV en 1544 se coronó Zar, conocido por Iván el Terrible, presenta patología neurológica (loco sífilítico) - mata a su hijo.

El tratamiento de la sífilis desde el punto de vista médico progresa lentamente. Paracelso intenta tratar la sífilis -- con mercurio en forma empírica.

Tres descubrimientos efectuados durante los 5 años entre - 1905 y 1910 introdujeron la era moderna del control de la sífilis; se descubre el agente causal, se logra una prueba serológica para comprobar su presencia y la terapia con arsafenamida se convirtió en realidad. Paul Ehrlich, científico alemán y el japonés Salachiro Hata, descubren en 1910 un compuesto de arsénico "Salvarsan" que resultó poco efectivo ya que se producían recaídas continuas.

Fue hasta 1931 que se empleó Bismuto junto con el Salvarsan o Arsinas similares que resultó ser un tratamiento eficaz, el inconveniente representaba el año y medio de tratamiento semanales para asegurar una curación completa.

Probablemente el progreso terapéutico único en la historia de las enfermedades venéreas haya sido el descubrimiento de la penicilina por Sir Alexander Fleming. En 1943, se utiliza la penicilina para el tratamiento de la sífilis con excelentes resultados.

El curso de estas 2 enfermedades ha sido muy largo, y es así que en la Segunda Guerra Mundial en donde más alta incidencia han tenido estas enfermedades; en la década de 1950-60 sufren un retroceso considerable, se llegó a pensar en forma exageradamente optimista que en los países industrializados estas enfermedades estaban dando ya su última batalla. Sin embargo -

en la década de los 60 y aún de los 70 el número de casos se incremantan y la tendencia está demostrando un alza persistente.

La O.M.S. establece la notificación de estas enfermedades en todo el mundo y refiere que la difusión de estas enfermeda--des es mundial.

EPIDEMIOLOGIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES POR CONTACTO SEXUAL.

En la actualidad, son muy pocos países que utilizan el término de "Enfermedades Venéreas" ya que por lo general se asocia con actitudes de desagrado, vergüenza y terror. En su lugar ha empezado a utilizarse el término "Enfermedades Transmisibles -- por Contacto Sexual" (ETCS).

Las enfermedades transmisibles por contacto sexual pertenecen a un grupo de padecimientos contagiosos cuyo principal mecanismo de transmisión es el contacto sexual. A través de las relaciones sexuales pueden ponerse en contacto múltiples áreas -- del cuerpo, pero en este caso lo más importante es la yuxtaposición de una mucosa y la piel. El pene, vagina y cuello uterino son sitios de infección muy frecuentes, pero labios, orofaringe, ano recto, y superficies cutáneas adyacentes cada vez se -- ven más afectadas en este tipo de alteraciones. Los organismos causales también pueden transmitirse a través de mecanismos diferentes al contacto sexual, por ejemplo, la infección gonocócica o por clamidia en la oftalmía del recién nacido cuando en el momento del parto entran en contacto la mucosa conjuntival -- del recién nacido y las secreciones infecciosas del canal vaginal. Otros ejemplos de enfermedades venéreas que no se transmiten por contacto sexual son la sífilis congénita (Transplacentaria), sífilis endémica (contacto entre las mucosas y la piel y al compartir utensilios caseros), vulvovaginitis prepuberal (a través de fomites, como toallas húmedas), sífilis transfusional (a través de sangre fresca), conjuntivitis de inclusión (dedos) pediculosis púbica (ropa, promiscuidad y posiblemente retre- -- tas).

El espectro de "Enfermedades Venéreas" (EV), como se les -- llamó con anterioridad, hoy se ha ampliado. En la actualidad, dentro de este grupo se incluyen no sólo la gonorrea, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo, y granuloma inguinal, sino también las infecciones por clamidia, herpes genital, verrugas

genitales, candidiasis, tricomoniasis, molusco contagioso, escabiosis y pediculosis pública. Todas estas enfermedades se transmiten principalmente o frecuentemente por contacto sexual.

En países en vías de desarrollo, estas enfermedades se distinguen de las que se presentan en países tecnológicamente avanzados en cuatro aspectos:

- a.- Son mucho más comunes.
- b.- Su patrón de comportamiento suele diferir, ante todo en el caso del chancroide y del linfogranuloma venéreo.
- c.- Su diagnóstico y tratamiento son difíciles de establecer o es necesario modificarlos o simplificarlos por escasez de recursos.
- d.- Las complicaciones son mucho más frecuentes o incluso constituyen el motivo principal de la consulta, lo que requiere mayor sagacidad y agudeza clínicas. Por supuesto, todas estas diferencias se interrelacionan y proceden básicamente de la pobreza y falta de educación, que determinan la escasez de recursos diagnósticos y terapéuticos, factores muy importantes en la prevención y control de estas enfermedades y sin los cuales difícilmente pueden detenerse el avance de las cifras de incidencia y prevalencia.

En contraste, los países desarrollados, que cuentan con población más educada y mejores servicios terapéuticos y de salud, personal entrenado y facilidades de laboratorio, han podido modificar el patrón de estas enfermedades, que hace poco menos de medio siglo se asemejaba mucho al patrón actual en países en vías de desarrollo.

Hasta cierto punto, los estudios epidemiológicos de las enfermedades transmisibles por contacto sexual en países en vías de desarrollo constituyen estudios en pequeña escala de las diferencias entre países desarrollados y naciones pobres, riqueza y pobreza, conocimientos y falta de conocimientos, buenas y malas comunicaciones, poblaciones estables o migratorias, predomi-

nio de la población urbana o rural.

CONSIDERACIONES ANATOMICAS, HISTORIA CLINICA Y EXAMEN FISICO -- DEL PACIENTE.

CONSIDERACIONES ANATOMICAS

Para atender las características clínicas, patológicas y diagnósticas de las enfermedades transmisibles por contacto sexual es necesario contar con ciertos conocimientos anatómicos.

GENITALES MASCULINOS.

URETRA

La uretra se divide en dos partes: anterior y posterior.

La anterior se encuentra rodeada por el cuerpo esponjoso: Se subdivide en dos secciones: la porción distal, pendular o uretra penil, que se encuentra comunicada con los conductos de las glándulas de Littre, y la porción dilatada proximal (o uretra bulbar) que se encuentra comunicada con las glándulas de Cowper. La uretra bulbar es la porción más ancha, mientras que el orificio uretral externo es la porción más angosta de la uretra. La fosa navicular, una dilatación de la uretra que se encuentra por detrás del meato urinario, está rodeada por epitelio escamoso estratificado. El resto de la uretra anterior y de los conductos de las glándulas de Littre y Cowper lo cubre epitelio columnar. Muy cerca de la fosa navicular, formando parte de su techo, se encuentra una gran cripta denominada laguna magna. En algunos casos pueden existir conductos parauretrales a lo largo del glande, que se comunican con el meato urinario externo.

Las hipospadias, que son una anomalía congénita de la porción ventral de la uretra terminal, incrementan la susceptibilidad y posibilidad de recaídas en infecciones gonocócicas y en las uretritis inespecíficas.

La uretra posterior también se subdivide en dos porciones:

La uretra membranosa y la uretra prostática. La uretra -- membranosa situada entre el bulbo y el ápice de la próstata, mide 1.2 Cm de largo y está recubierta por epitelio de transición. Las glándulas de Cowper se sitúan a ambos lados de esta porción de la uretra posterior.

La uretra prostática atraviesa la próstata, mide 3 Cm de largo está recubierta también por epitelio de transición.

Los conductos eyaculatorios desembocan en la pared posterior de la uretra prostática, justo en donde se encuentra una especie de lomo uretral. Los conductos prostáticos se comunican con sus paredes anterior y posterior.

PENE

Tres masas de tejido eréctil: las dos porciones del cuerpo cavernoso y el cuerpo esponjoso forman el pene: el primero de éstos se encuentra a los lados y por detrás del cuerpo esponjoso. El glande del pene es la porción terminal del cuerpo esponjoso. El frenillo es un pliegue de la mucosa que se extiende desde la superficie inferior del prepucio, pasando por el glande hasta el borde del orificio uretral. Las glándulas de Tyson se encuentran a cada uno de los lados del frenillo y se comunican con el saco prepucial. Estas glándulas secretan un material sebáceo denominado smegma, y se atrofian después de la circuncisión.

PROSTATA

La glándula prostática es una estructura en forma de cono cuya base se encuentra cerca del cuello de la vejiga urinaria. En su parte posterior se encuentra en contacto con la pared anterior del recto, a través del cual puede palparse. Tiene un lóbulo medio y dos lóbulos laterales. El tejido glandular se encuentra recubierto por epitelio columnar.

VESICULAS SEMINALES.

Son dos sacos en forma de espiral que miden aproximadamente 5 Cm de largo y se encuentran entre la base de la vejiga y el recto. Cada vesícula se une en su porción inferior con el vas deferens correspondiente para formar el conducto eyaculatorio común. Están recubiertas por epitelio columnar.

VAS DEFERENS

Cada uno de los conductos conocidos con el nombre de vas deferens se extienden desde el extremo inferior del epidídimo hasta la base de la próstata, en donde se unen con los conductos de las vesículas seminales. En su interior están recubiertos por epitelio columnar.

TESTICULOS Y EPIDIDIMO.

Los testículos son estructuras ovales que se encuentran suspendidas en el escroto sujetadas por cordones espermáticos. La porción glandular de los testículos se compone de diversos lóbulos que contienen tubos seminíferos contorsionados productores de espermatozoides. Estos túbulos se unen para constituir conductos eferentes o vas deferens que se juntan en el polo o cabeza del epidídimo.

El epidídimo, que se compone de cabeza, cuerpo y cola, yace en la porción lateral de la cara posterior de los testículos.

La cabeza y cola del epidídimo también reciben los nombres de globus mayor y globus menor, respectivamente. En su interior, el epidídimo está recubierto por epitelio columnar ciliado.

GENITALES FEMENINOS

VULVA.

Está formada por el pubis, labios mayores y menores, clítoris, vestíbulo y glándulas de Bartholin. El pubis es una eminencia redondeada de tejido graso que se encuentra frente a la sínfisis púbica.

Los labios mayores son pliegues cutáneos que se extienden desde el pubis hasta el perineo. Los labios menores, que se encuentran dentro de los mayores, son pequeños pliegues cutáneos que se unen en su extremo anterior para formar el clítoris y en su extremo posterior para dar origen a la horquilla. El vestíbulo es una hendidura que se encuentra entre los labios menores y que contiene pliegues cutáneos que se unen en su extremo anterior para formar el clítoris y en su extremo posterior para dar origen a la horquilla. El vestíbulo es una hendidura que se encuentra entre los labios menores y que contiene la uretra externa y el orificio vaginal.

Las glándulas de Bartholin, equivalentes de las glándulas de Cowper en el hombre, se encuentran dentro de los labios mayores, una a cada lado. Sus conductos recubiertos por epitelio columnar miden 2 Cm de largo, y se abren en la superficie interna de los labios mayores, en el sitio de unión del tercio medio y tercio posterior.

URETRA.

La uretra femenina es mucho más corta que la masculina y mide aproximadamente 4 Cm de largo. La porción adyacente a la vejiga está recubierta por tejido de transición; el resto lo cubre un epitelio escamoso estratificado, con pequeñas islas de epitelio columnar en su porción proximal. Diversas glándulas se comunican con la uretra y sus conductos están recubiertos por epitelio columnar. Las glándulas de Skene o glándulas pa--

rauretrales, que son las equivalentes de la próstata en el hombre, se encuentran situadas a cada lado del extremo inferior de la uretra. Sus conductos, recubiertos por epitelio columnar, se comunican con el piso de la uretra o con ambos lados del orificio uretral.

VAGINA.

El canal vaginal se extiende desde el vestíbulo hasta el útero, en donde rodea la porción inferior de la cervix para formar los fondos de saco anterior, posterior y laterales. La vagina de una niña recién nacida la componen varias capas de epitelio escamoso, que se debe a la presencia de estrógenos maternos. En unas cuantas semanas conforme desaparecen los estrógenos de la madre, el epitelio escamoso se substituye por un epitelio cúbico o uno columnar, delgado e inmaduro. Durante la pubertad, con el incremento en la concentración de estrógenos, la mucosa de la vagina empieza a recubrirse con epitelio escamoso estratificado. Cuando la concentración de estrógenos disminuye durante la menopausia, la mucosa vaginal se adelgaza y atrofia. El pH de la vagina está determinado por el contenido de glucógeno, bacilos de Doderlein, hormonas ováricas y la etapa del ciclo menstrual. El rango de pH en una mujer embarazada alcanza de 4.4 a 5.5 (5.8 - 6.8 durante la menstruación). La acidez y el epitelio escamoso estratificado proporcionan protección contra los gonococos y otros organismos piógenos.

UTERO, TROMPAS DE FALOPIO Y OVARIOS.

El útero se compone de dos partes, el cuerpo, que se encuentra por encima del orificio interno, y la cervix, que se encuentra por debajo de dicho orificio. El endometrio que recubre al cuerpo sufre cambios constantes durante el ciclo menstrual. La endocervix está recubierta por epitelio columnar. Al ectocervix, es decir la cervix que tiene contacto con la superficie vaginal, lo cubre un epitelio escamoso estratificado que,

en el caso de una "erosión" cervical, suele substituirse por --
epitelio columnar. Las glándulas contenidas en la cérvix son -
del tipo racémico, recubiertas por epitelio columnar.

A cada lado del extremo superior del útero hay un orificio
que se comunica con las trompas de falopio, recubiertas por epi-
telio columnar ciliado. Cada uno de estos conductos mide apro-
ximadamente 10 Cm de largo y en su extremo distal se encuentran
las fimbrias, localizadas muy cerca de los ovarios. Estas son
estructuras ovales, una a cada lado del útero, yacen sobre la -
porción posterior del ligamento ancho, por debajo de las trom-
pas de falopio.

SIFILIS

CONCEPTO.- Es una enfermedad infecto contagiosa endémica, con tendencia a la cronicidad, que se adquiere por contacto sexual o por contacto íntimo por mucosas infectantes, que puede causar destrucción tisular e infiltración crónica en casi la totalidad de los órganos de la economía y suele tener manifestaciones clínicas muy variadas. Este padecimiento forma parte del grupo de las trepanomatoses, que incluye también a sífilis de los beduinos y mal del pinto.

La sífilis es un mal grave, no sólo por su frecuencia sino también porque puede ser mortal o producir serias complicaciones varios años después de adquirida la infección inicial. Se manifiesta de diferentes maneras y como suele afectar diversas partes del organismo es posible confundirla con otras enfermedades.

ETIOLOGIA

Es producida por el *TREPONEMA PALLIDUM*, que fue descubierto por Schaudin y Hoffman en 1905. Mide 0.25 a 0.50 μ diámetro 2-24 μ de longitud con movimientos rápidos y de rotación, visto en campo obscuro.

TRANSMISION

Por contacto sexual, heterosexual y homosexual. Por la placenta de madre a hijo (sífilis prenatal) por transfusiones y soluciones de contigüidad de la piel.

PATOGENIA

La sífilis se transmite comúnmente por contacto directo e íntimo de las lesiones recientes de la piel y de las mucosas.

El contacto sexual es, con mucho la forma más común de in-

fección pero también se dan casos de transmisión por el beso o la mordida. La transmisión indirecta por objetos contaminados es excepcional, ya que el germen muere en cuanto se seca. Se puede adquirir también por inoculación con sangre infectada -- (transfusiones). En el embarazo es transmitida al feto por la placenta.

Treponema Pallidum puede atravesar las mucosas intactas, -- pero se requiere una pequeña abrasión de la piel, para que la -- inoculación se realice por vía cutánea.

Una vez que el treponema (Espiroqueta) ha atravesado el -- epitelio penetra a los linfáticos, y se le puede encontrar en -- los ganglios regionales; a partir de éstos se disemina rápida-- mente por todo el organismo a través de la sangre, esta bacterie-- mia por espiroquetas suele ocurrir varias semanas antes de la -- aparición de la lesión primaria en el sitio de la inoculación. A la rápida diseminación de T. Pallidum en diversos tejidos se deben muchas de las manifestaciones tardías de la enfermedad.

Cerca de 3 - 6 semanas después de que el germen penetra al organismo aparece la lesión primaria EL CHANCRO, en el sitio de la inoculación. Esta lesión es una ulceración por lo general -- única de la piel o de la mucosa, la cual cura espontáneamente. 6 semanas después de su aparición se presenta una erupción cutá-- nea generalizada que se conoce como sífilis SECUNDARIA, en don-- de es frecuente los síntomas generales; los signos de sífilis -- secundaria también desaparecen espontáneamente.

Esta sucesión de hechos en la sífilis temprana es varia-- ble; ya que en muchos de los casos las lesiones no son notables y por lo tanto pueden pasar desapercibidas.

Una vez desaparecidas las manifestaciones primarias y se-- cundarias el paciente de ordinario queda libre de signos aparen-- tes de la infección (Sifilante). No obstante, pueden estar -- evolucionando lesiones inflamatorias crónicas progresivas en -- las vísceras, en el aparato cardiovascular o en el S.N.C.

Los datos clínicos del ataque cardiovascular o de la neuro

sífilis pueden faltar durante 10, 20 o más años después del principio de la enfermedad.

En ocasiones los tejidos del huésped parecen estar sensibilizados a la espiroqueta y entonces se forman grandes lesiones destructivas conocidas con el nombre de GOMAS. Estas lesiones aparecen en cualquier órgano pero es más frecuente en la piel y huesos.

ANATOMIA PATOLOGICA

Las lesiones tempranas de la sífilis se caracterizan por infiltración de las paredes de los vasos sangüíneos y de los espacios perivasculares con células plasmáticas, células monocleadas grandes y linfocitos. En los períodos tardíos de la sífilis puede haber necrosis con formación de lesiones granulomatosas o gomosas. Se piensa que la necrosis se debe a hipersensibilidad, o sea una respuesta exagerada a un pequeño número de gérmenes. Estas lesiones curan lentamente y a menudo ocasionan la formación de abundante tejido de cicatrización.

INMUNIDAD Y RESISTENCIA

La aparición de inmunidad en un enfermo sífilítico puede considerarse de 2 formas: la resistencia que el paciente adquiere hacia su propia infección, y la inmunidad que adquiere para cuando se presenta una reinfección.

Prácticamente, cualquier enfermo con sífilis desarrolla alguna resistencia a su propia infección. El grado de inmunidad que se logra determina que el paciente tenga una curación espontánea, que la enfermedad permanezca latente o que, más tarde, sobrevengan complicaciones graves. Los factores que influyen en la obtención de este tipo de inmunidad y en la destrucción de espiroquetas, son en gran parte desconocidos.

La existencia de anticuerpos humorales en la sífilis ha sido confirmada por nuevas técnicas, tales como la del anticuerpo

fluorescente y la de fijación de complemento proteínico de Reiter. Estos procedimientos para descubrir los anticuerpos de la sífilis, se están utilizando como pruebas diagnósticas, particularmente en los casos que hacen dudar de la validez de los métodos serológicos.

Las consecuencias de la infección sífilítica parecen depender, en cierto grado, del sexo y de la raza del individuo. La neurosífilis por ejemplo, aparece más comúnmente en hombres que en mujeres y en una proporción más alta en los blancos que en los negros. En cambio, la sífilis cardiovascular y de los huesos es más común en los negros.

CUADRO CLINICO

La lesión primaria de la enfermedad, después de 1-5 semanas del contacto, se caracteriza por el CHANCRO, que es una ulceración de fondo indurado, de bordes nítidos, indoloro, generalmente único; los ganglios inguinales se encuentran moderadamente crecidos, duros no dolorosos. Localizado en el 95% de los casos en el surco balanoprepucial y en el cuello uterino; ocasionalmente en recto y cavidad bucal.

Sífilis Secundaria.- Aparece después de 6-8 semanas de la infección primaria, puede haber uno o varios brotes y durar desde unas semanas hasta 2 años. Las partes más afectadas son mucosa y ganglios. En la piel las lesiones son de tipo eritematoso, máculopapulosas y rara vez papuloescamosas, son simétricas, bilaterales, difusas, no causan prurito, se localizan en el tronco, la cara y es característica cuando se encuentra en palmas y plantas de los miembros.

Sífilis Terciaria.- Después de 4-10 años de primoinfección es posible encontrar lesiones crónicas de tipo destructivo en diferentes niveles, que se manifiestan como demencia, parálisis general progresiva, insuficiencia aórtica, aortitis, aneurisma aórtico, y puede haber lesiones gomosas en piel, huesos y vísceras.

Sífilis Prenatal.- Se adquiere durante el embarazo a través de la placenta, se considera que el 25% de los fetos que se infectan mueren antes del parto, otros 25% fallecen poco después del nacimiento, de los que sobreviven, el 40% desarrolla síntomas de sífilis y solamente el 10% pueden nacer sanos.

DIAGNOSTICO DE LA SIFILIS

Además de los datos clínicos, se corroboran con datos de laboratorio en busca del treponema y demostración de anticuerpos en suero.

Hallazgo del Treponema.- Este se encuentra en el sitio de inoculación de las lesiones de la piel y mucosas o en el cordón umbilical; mediante la técnica de campo oscuro.

Reacciones Serolúeticas.- De Wasserman (Especificidad y Sensibilidad).

- 1.- Especificidad: reacción positiva en presencia de sífilis.
- 2.- Sensibilidad: reacción positiva en etapas tempranas de la infección.

Con las reacciones serolúeticas se trata de buscar anticuerpos en el suero del paciente producidos por el treponema y se dividen en dos grupos: reacciones clásicas que usan Ag no treponémicos y Ag treponémicos.

Reacciones no treponémicas: mediante el VDRL, el cual puede ser positivo o negativo.

Para ser positivas verdaderas debe reunir los siguientes requisitos:

- a.- Que sean concordantes (Wasserman, Manzinni, etc).
- b.- Que sean persistentes. Las falsas positivas duran poco, las positivas francas duran por semanas.
- c.- Que sean intensas. Mediante cuantificación por diluciones:
1:2, 1:4, 1:8, 1:16, etc.

Diluciones menor de 1:2 son dudosas. Y positivas intensas de 1:8 hacia arriba.

Las reacciones treponémicas: se caracterizan por ser de inmovilización del treponema.

Pronóstico: en forma general, en las infecciones que se --tratan tempranamente es bueno. Pero en las lesiones de tipo --tardío frecuentemente son irreversibles.

TRATAMIENTO

SIFILIS ADQUIRIDA RECIENTE:

Penicilina G Benzatinica..... 2,400,000 U. IM (1,200,000 en cada glúteo) 1 día.

Penicilina G Procaínica..... 800,000 U. diarias IM por 10 días.

Si hay Hipersensibilidad:

Eritromicina Cápsulas..... 500 mg cada 6 hrs. por 15 - días.

Tetraciclina Cápsulas..... 500 mg cada 6 hrs. por 15 - días.

SIFILIS ADQUIRIDA TARDIA:

Penicilina G Benzatinica..... 2,400,000 U. IM cada semana por 4 semanas.

Penicilina G Procaínica..... 800,000 U. diarias por 15 días.

Si hay Hipersensibilidad entonces:

Eritromicina o Tetraciclina a mismas dosis pero por 20 -- días.

URETRITIS GONOCOCICA (GONORREA)

ETIOLOGIA.- La palabra "GONORRHOEA" procede del griego y significa flujo de semen. El agente etiológico de la gonorrea es la Neisseria Gonorrhoea, comúnmente conocida con el nombre de Gonococo. Esta infección se transmite principalmente por contacto sexual y afecta órganos genitales, región anorrectal y, en ocasiones, la faringe. La oftalmía gonocócica y la vulvovaginitis infantil no se transmiten por vía sexual. La infección gonocócica generalizada, que se produce por diseminación sanguínea del microorganismo y que puede afectar la piel, articulaciones y órganos internos, suele tener su origen en un foco gonocócico primario.

PATOGENIA.- La Blenorragia ("Gonorrea", "Escurrecimiento" o "Purgación") es una infección del epitelio columnar y transicional de las vías genitourinarias causada por el gonococo (N. Gonorrhoea) Germen Gram negativo, que se transmite casi exclusivamente por contacto sexual directo y es la enfermedad venérea más común del hombre.

Los gonococos no pueden penetrar el epitelio escamoso estratificado, pero pueden infectar las células columnares o de transición. 3 ó 4 días después de que los microorganismos entran en contacto con el epitelio susceptible, pueden identificarse las bacterias en los espacios subepiteliales. Los leucocitos se acumulan en estas regiones y emigran hacia la luz de la uretra, granulocitos, que contienen microorganismos, formando un exudado purulento. En los hombres por lo general resultan afectadas las glándulas uretrales pudiendo desarrollarse prostatitis o epididimitis por extensión directa o por diseminación linfática de la infección.

La uretritis generalmente es transitoria en las mujeres, pero es común la infección de las glándulas de Skene y de Bartholin. También es frecuente que se afecten las glándulas y el epitelio del endocérvix, y a medida que la infección progresa a lo largo del endometrio, causa congestión, edema y formación de

un exudado purulento. La enfermedad puede continuar progresando hacia el endosalpínx en donde los pliegues se ponen inflamados, hiperémicos y fuertemente infiltrados con leucocitos. La extensión de la infección a través de la mucosa para afectar la muscularis, a veces da lugar a la formación de abscesos o a peritonitis pélvica. Un 40% de las mujeres con infección gonocócica de las vías urogenitales tiene proctitis, complicación que en ocasiones se puede presentar también en hombres. Es posible que se produzca una gonococemia subclínica pasajera en muchos pacientes con infecciones urogenitales agudas o asintomáticas, pero se desconocen los mecanismos que causan esta diseminación.

Las infecciones gonocócicas sin tratamiento tienden a sanar con la formación de un denso tejido cicatrizal. Los estrechamientos uretrales y la esterilidad, resultante de la estenosis del epidídimo (en el hombre) o de las Trompas de Falopio -- (en la mujer), eran una secuela bastante común de la gonorrea antes de que se conocieran antimicrobianos eficaces.

CUADRO CLINICO

En el Hombre.- El período de incubación es de aproximadamente 2 a 10 días. La enfermedad se inicia con síntomas como poliuria, molestias uretrales, al ocurrir reacción inflamatoria aparecen secreción uretral mucoides y disuria, en pocas horas! La secreción se torna purulenta de color blanco-amarillento. Durante 1-2 semanas el proceso inflamatorio se localiza a la uretra anterior y no hay manifestaciones de ataque al estado general. Si no se modifica el curso de la enfermedad, un grupo de pacientes sufre la extensión del proceso inflamatorio a la uretra posterior, próstata, a vesículas seminales y finalmente al epidídimo.

Los dolores y molestias urinarias casi nunca permiten que la enfermedad evolucione sin ayuda médica, pero en los casos en que esto sucede la enfermedad tiende a limitarse y desaparecen los síntomas en 2-4 meses.

Síntomas en la Mujer.- El 90% de los casos la infección es asintomática; la vagina no es afectada, salvo en niñas prepúberes en donde el PH alcalino del moco vaginal y el menor espesor de la pared vaginal se conjuntan para que el cuadro clínico característico sea la vulvovaginitis. Un grupo reducido aqueja poliuria y disuria; la leucorrea abundante no es característica de esta enfermedad. La gonorrea aguda no complicada causa disuria, polaquiuria, aumento de secreción vaginal debido a endocervicitis exudativa, sangrado menstrual anormal y molestia anorrectal. La infección asintomática en la mujer afecta el endocervix, la uretra, el canal del ano y la faringe en orden decreciente de frecuencia. La extensión de la infección a las trompas se produce en cuando menos el 15% de las mujeres.

DIAGNOSTICO

Además del cuadro clínico, por tinción de Gram del exudado uretral o endocervical, el cual se considera diagnóstica de gonorrea cuando se ven diplococos Gram negativos típicos dentro de los leucocitos, es dudoso si sólo se ven diplococos Gram negativos extracelulares y es negativa si no se observan diplococos gram negativos.

TRATAMIENTO

El tratamiento recomendado para la infección gonocócica no complicada es: penicilina G procaínica acuosa 4.8 millones divididos y administrados en 2 inyecciones IM. En la misma ocasión 1 gr. de probenecid oral antes de las inyecciones. En caso de Hipersensibilidad: eritromicina a dosis de : inicialmente 1.5 grs. oral y posteriormente 500 mg cada 6 hrs. por 5-7 días.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Las enfermedades de transmisión sexual son padecimientos - ampliamente distribuidos en la orbe, con predominio en el hombre, especialmente entre adolescentes y adultos jóvenes, o sea en épocas de mayor actividad sexual, donde no podemos conocer - la morbilidad real, pero como indicio cabe expresar que ésta, - siguió en México, una tendencia descendente desde 1950, viendo en el último quinquenio, un alza comparable a la observada mundialmente.

El mayor registro en México, se observa en las grandes ciudades, en las fronteras del norte y en los puertos, todas asociadas a más altos índices económicos, más oportunidades, más - centros de diversión, etc.

Cabe hacer notar que estas enfermedades no figuran entre - las 10 causas de morbilidad más frecuentes en el país.

En la Ciudad de Orizaba, Ver., donde considero que existen un auge industrial, ha hecho que estas enfermedades, sigan prevaleciendo en la comunidad. Es importante mencionar que las infecciones gonocócicas en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 (UMF-1), en 1979 se notificaron 33 casos, observando que para - 1980 se mantuvo este número y en 1981 y 1982 fueron 29 los casos notificados. Para 1983 se registraron 33 casos, notándose un gran incremento en los últimos meses del año, lo que nos habla de un incremento como el esperado a nivel nacional.

Por lo que se refiere a la sífilis, existe un descenso, ya que en 1979 fueron 17 los casos registrados; para 1980, 31 casos; para 1981, 15 casos; para 1982, 4 casos y en el año de - - 1983, 6 casos. Igualmente notándose el incremento en estos últimos meses. Todos estos casos fueron de sífilis adquirida recientemente, lo que nos hace pensar al igual que en las gonocócicas, que para 1984, es de esperarse un incremento que podemos justificar por el número excesivo de antros de prostitución, --

que existen en la comunidad y en sus alrededores, y que de los cuales no se tiene control alguno.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El alza observada a nivel de las enfermedades de transmisión sexual a nivel mundial, en estos últimos años, se deja notar también en la UMF-1.

Son varios los factores que han contribuido a que la incidencia y prevalencia se mantengan aparentemente estable o se incrementen. El que compete directamente a la profesión médica, se debe a una inadecuada detección de estas enfermedades por el personal médico y paramédico y a un diagnóstico no oportuno, así como un tratamiento no adecuado.

HIPOTESIS

A mayor búsqueda intencionada de las enfermedades de transmisión sexual, mayor será el conocimiento real de la prevalencia e incidencia de éstas, así como mejor control de las mismas.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: Detectar la situación actual sobre las enfermedades de transmisión sexual en la UMF-1 y analizar los factores que influyen en la prevalencia de estos padecimientos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Valorar la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual, y los factores que favorecen la presentación de éstas.
- Analizar los tratamientos de dichos padecimientos en la UMF-1.
- Estudiar epidemiológicamente las enfermedades de transmisión sexual en la UMF-1.
- Concluir sobre la situación actual de las mismas.
- Valorar la evolución que han tenido las enfermedades de transmisión sexual en la UMF-1.

MATERIAL Y METODOS

(Programas de Trabajo)

Se detectaron los pacientes a través de estudios epidemiológicos (en Medicina Preventiva de la UMF), confirmándolo a través del expediente clínico de cada paciente, de los cuales se extrajo la información de datos generales como son: (edad, nombre, sexo, ocupación, domicilio, escolaridad). Al igual que la fecha de diagnóstico del padecimiento, sintomatología, período de incubación, tratamiento, evolución, número de contactos, - - fuente de contactos, manejo de los mismos y resultados de exámenes de laboratorio paramédicos, en donde se comprobara el diagnóstico.

RECURSOS HUMANOS: Las 13 personas diagnosticadas con enfermedad de transmisión sexual y yo como investigador.

RECURSOS MATERIALES: I.- Revisión bibliográfica.

II.- Revisión de información en los - -
archivos de la unidad.

III.- Estudios epidemiológicos.

IV.- Expedientes clínicos.

V.- Cuestionarios aplicados.

Posterior a ésto, se acudió a localizar a los pacientes (a sus domicilios) a los cuales se les aplicó el siguiente cuestionario:

- 1.- Sabe Ud. qué enfermedad tuvo? SI () NO ()
- 2.- Sabe Ud. que esta enfermedad requiere control? SI () NO ()
- 3.- Sabe Ud. el mecanismo de transmisión? . . . SI () NO ()
- 4.- Sabe Ud. que es curable?. SI () NO ()
- 5.- Sabe Ud. algunas medidas preventivas? . . . SI () NO ()
- 6.- Cree Ud. que se pueda contagiar por otra vía? SI () NO ()
- 7.- Sabe Ud. que una vez curado, puede tener la enfermedad otra vez?. SI () NO ()
- 8.- Le informó adecuadamente su médico familiar acerca de la enfermedad que padece? . SI () NO ()

PREGUNTAS ABIERTAS:

- 9.- Con qué frecuencia tiene Ud. relaciones sexuales?
- 10.- Tuvo Ud. alguna vez orientación sexual?
- 11.- Qué repercusiones tuvo con:
Su pareja _____
Con su trabajo o escuela _____
Con su familia _____
Consigo mismo _____

Con la finalidad de determinar el conocimiento general de estas enfermedades. Dicho cuestionario fue mixto (cerrado y --abierto) e indirecto (yo en forma personal llenaba los cuestionarios).

RESULTADOS

En esta investigación encontramos 12 casos de pacientes -- diagnosticados con Uretritis Gonocócica que fluctúan entre los 11 y 42 años de edad con una media de 23 años, donde se puede -- observar que predominan los casos en el sexo masculino, de los cuales se diagnosticaron como uretritis gonocócica anterior: -- 11 casos que representan el 92% de los casos estudiados y sólo un caso (el 8%) se diagnosticó como uretritis gonocócica poste- rior.

Con respecto al tratamiento recibido en estos pacientes, -- nos damos cuenta que el 92% o sea 11 casos, recibieron Penicili- na Procaínica a dosis de 4.8 millones y en 8 casos de estos mig- mos acompañados de Probenecid 1 gramo.

Un solo caso recibió tratamiento con Eritromicina a dosis de 1.5 gr. inicial y posteriormente 0.5 gr. cada 6 horas por 4 días. En un solo caso también se asoció a la Penicilina Procaí- nica Fenazopiridina.

CONTACTOS.-- El número de contactos que refirieron estas -- personas fueron:

6 personas (50%) refirieron un solo contacto

5 personas (42%) refirieron no tener contactos y

1 persona (8%) refirió 4 contactos.

MANIFESTACIONES CLINICAS.-- Dentro de éstas el 100% de los pacientes presentó Disuria, al igual que la secreción mucopuru- lenta (Fiuria). Otras manifestaciones que se pudieron encon- -- trar fueron: 3 personas (25%) presentaron Polaquiuria, 1 perso- na (8%) presentó Oliguria, 1 persona (8%) Hematuria; al igual -- que la Hipertermia, Infarto ganglionar inguinal y prurito pe- -- neal, donde solo una persona presentó dichos síntomas (8%).

PERIODO DE INCUBACION.-- Se calculó una media de 4 días (pa

ra éste). Donde en 2 pacientes (17%) no reportaron o no se pudo determinar el P. de Incubación. En un solo caso (8%) su período de incubación fue de 2 días. En 2 casos (17%) fue de 3 días. Otros 3 casos (25%) fue de 4 días. Un solo caso (8%) se reportó de 5 días. 2 casos (17%) fue de 6 días y un solo caso (8%) su período de incubación fue de 7 días.

FUENTE DE CONTACTO O, MECANISMO DE TRANSMISION.- El 100% - (los 12 casos) fue por relaciones sexuales.

EVOLUCION.- 11 casos que representan el 92% fue satisfactorio clínicamente y un solo caso (8%) fue tórpida.

MANEJO DE CONTACTOS.- Se manejaron o controlaron a sólo 4 de ellos (33%) y 8 contactos (67%) no se manejaron. Cabe hacer notar que al 100% de estos pacientes se les efectuó estudio epidemiológico.

EXAMENES DE LABORATORIO.- De los 12 pacientes sólo a 3 de ellos (25%) se les efectuó Exudado Uretral y sólo en un caso de los 12 o sea el 8% nos reportaron la presencia de Neisseria G. Posterior al tratamiento a 7 pacientes se les efectuó VDRL, reportándose (-) en todos los casos.

OCUPACION DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS:

6 de ellos (50%) se ignora su ocupación.

4 pacientes (33%) son obreros

1 paciente (8%) es chofer

1 paciente (8%) es estudiante

ESCOLARIDAD: 11 de ellos (92% tienen primaria incompleta. 1 sólo de ellos (8%) tiene bachillerato. Con promedio de escolaridad de 3.7 años escolares, lo que equivale entre un tercer y un cuarto año de primaria, de nivel de escolaridad.

CUADROS AGREGADOS: Se vió que sólo un caso se comprobó alcoholismo.

Cabe hacer notar que 3 pacientes de los estudiados habían

presentado el cuadro anteriormente entre un período de 3 meses y un año anterior.

Un solo caso reportó relaciones sexuales de tipo homosexual.

Por lo que respecta a sífilis sólo encontramos un caso, en un paciente masculino de 30 años de edad, el cual se diagnosticó por presentar cuadro de Chancro Duro, y en el cual no se pudo determinar un período de incubación. Reportándose en su VDRL una positividad de 1:8. Donde se pudo comprobar que su contacto (su esposa) la cual resultó con VDRL positivo 1:8, y que anteriormente había presentado el cuadro en forma asintomática y tratada de manera inadecuada. Es necesario aclarar que dicho contacto (son segundas nupcias).

El mecanismo de transmisión fue por relación sexual.

La sintomatología caracterizada por la presencia de Chancro duro y presencia de Linfadenopatía.

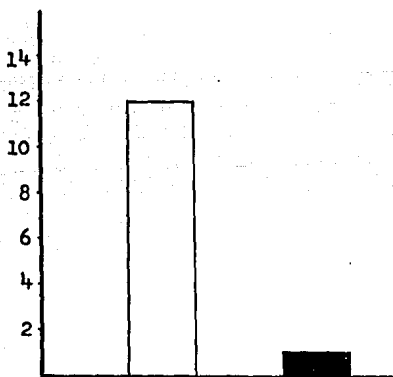
El tratamiento que se dió fue a base de PENICILINA BENZATINICA, tanto a él como al contacto, en dosis de 7.2 millones repartidos en 2.4 cada semana por 3 ocasiones teniendo el paciente una evolución satisfactoria.

Gráfica No-1

PREVALENCIA DE ENFERMEDADES DE
TRANSMISION SEXUAL EN LA U.M.F. No. 1
IMSS ENERO-JUNIO 1983

Casos registrados.

□ BLENORRAGIA
■ SIFILIS

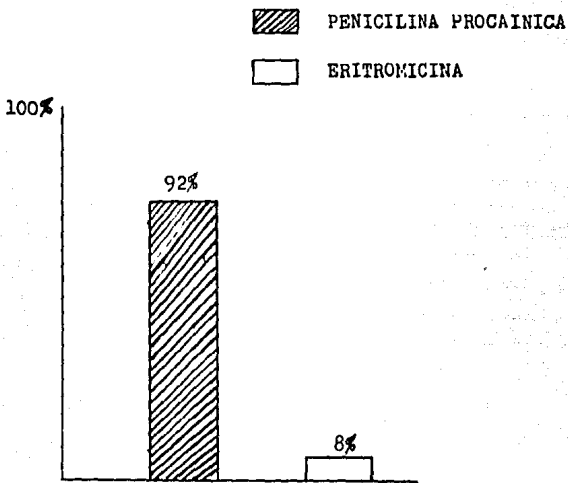


FUENTE: Estudios epidemiológicos y expedientes clínicos del
Depto. de Medicina Preventiva. Orizaba, Ver.

Gráfica No-2

PREVALENCIA DE ENFERMEDADES DE
TRANSMISION SEXUAL EN LA U.M.F. No. 1
IMSS ENERO-JUNIO 1983

Tratamiento de las blenorragias



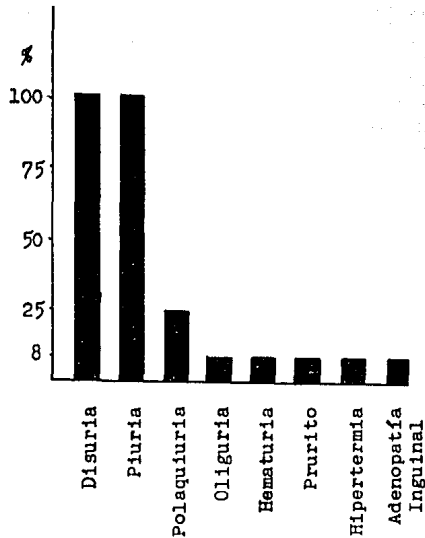
FUENTE: Estudios epidemiológicos y expedientes clínicos del
Depto. de Medicina Preventiva Orizaba, Ver.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

Gráfica No-3

PREVALENCIA DE ENFERMEDADES DE
TRANSMISION SEXUAL EN LA U.M.F. No. 1
IMSS ENERO-JUNIO 1983

Sintomatología de las blenorragias

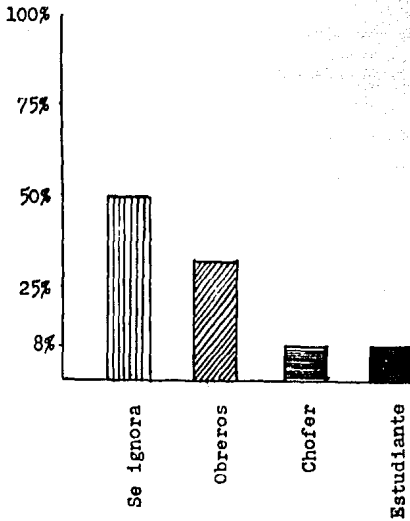


FUENTE: Estudios epidemiológicos y expedientes clínicos del
Depto. de Medicina Preventiva Orizaba, Ver.

Gráfica No-4

PREVALENCIA DE ENFERMEDADES DE
TRANSMISION SEXUAL EN LA U.M.F. No. 1
IMSS ENERO-JUNIO 1983

Ocupación más frecuente

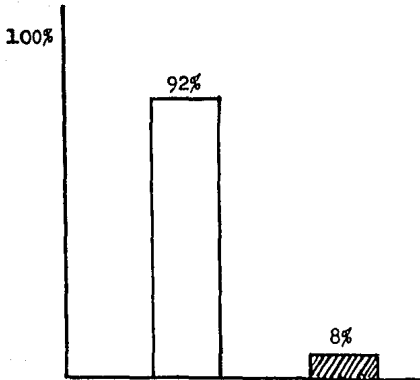
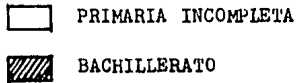


FUENTE: Estudios epidemiológicos y expedientes clínicos del
Depto. de Medicina Preventiva. Orizaba, Ver.

Gráfica No-5

PREVALENCIA DE ENFERMEDADES DE
TRANSMISION SEXUAL EN LA U.M.F. No. 1
IMSS ENERO-JUNIO 1983

Escolaridad



FUENTE: Estudios epidemiológicos y expedientes clínicos del
Depto. de Medicina Preventiva. Orizaba, Ver.

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO APLICADO

-De la pregunta 1, sobre el conocimiento de la enfermedad, de los 13 pacientes investigados: 10 pacientes (77%) conocían estas enfermedades.

-De la pregunta 2, sobre el conocimiento del control de estos padecimientos: 7 pacientes (54%), estaban informados sobre el tratamiento y del control.

-De la pregunta 3, acerca del mecanismo de transmisión de estas enfermedades el (92%) o sea 12 pacientes, lo conocen -- bien.

-Sobre la pregunta 4, acerca del conocimiento de la curación de esta enfermedad, el 100% consideró que sí es curable.

-En la pregunta 5, trato de investigar el conocimiento del paciente sobre las medidas preventivas de estos padecimientos y sólo el 23% (3 de ellos) sabían de ésto.

-La pregunta 6, que era encaminada a conocer otros mecanismos de transmisión fuera del sexual, el 46% (6pacientes), tenían otras ideas de adquirir el cuadro.

-De la pregunta 7, donde se busca conocer la probabilidad de volver a presentar estas enfermedades, el 92% (12 pacientes) sabe que si es factible volver a padecer dichas enfermedades.

-Respecto a la pregunta 8, en donde se buscó si había recibido información de parte de su médico familiar, el 62% (8 pacientes) respondió afirmativamente.

-De las siguientes preguntas: la 9, tratando de buscar la frecuencia de relaciones sexuales, en estos pacientes actualmente, la respuesta fluctuaba entre 0 y 20 veces al mes, con una media de 5 veces al mes.

-De la 10, para investigar si alguna vez, alguno de ellos había recibido orientación sexual, solo el 8% (un caso), refiere haber recibido dicha información.

-Con respecto a la última pregunta la 11, donde se buscó -- las repercusiones que tuvo cada uno de ellos con: su pareja, el 54% (7 pacientes) reportaron haber presentado problemas que variaban entre la rifa, sentimiento de culpa y por lo tanto rechazo de la pareja, y el resto no notificó cambios por no tener pareja.

Las repercusiones que tuvieron en su trabajo o en la escuela, fueron:

El 100% reportó ausentismo, durante la evolución de la misma, así como pena y vergüenza.

Las repercusiones para con su familia:

El 92% (12 pacientes) ocultó su padecimiento, y en un caso (8%) hubo un cuadro depresivo.

Y por último en las repercusiones personales:

El 92% (12) de ellos reportó solo coraje (por haber tenido dicha infección), y un 23% (3 pacientes) refirió asco y repulsión.

Cuadro NO-1

PREVALENCIA DE ENFERMEDADES DE
TRANSMISION SEXUAL EN LA U.M.F. No. 1
IMSS ENERO-JUNIO 1983

Cuadro comparativo del cuestionario aplicado a los pacientes
estudiados.

TIENE CONOCIMIENTO....	SI	NO
de la enfermedad?	77%	23%
del control de la enfermedad?	54%	46%
del mecanismo de - transmisión?	92%	8%
de la curación?	100%	-
de las medidas - preventivas?	23%	77%
de otros mecanismos de transmisión?	46%	54%
de la reinfección?	92%	8%

CONCLUSIONES

- 1.- En la ULF-1 se verificó que la incidencia de las enfermedades por transmisión sexual se ha mantenido estacionaria -- con una tendencia hacia la alza, siendo más notorio en la infecciones gonocóccicas.
- 2.- Los factores que influyen en la presentación de estas enfermedades son: baja escolaridad, la falta de conocimiento y difusión de las mismas, la mayor libertad sexual aunado al alcoholismo y el derroche económico, así como a la deficiente orientación de tipo sexual.
- 3.- La relación médico-paciente en estos casos es deficiente, por no proporcionar medidas preventivas e información de estas infecciones.
- 4.- El tratamiento recibido fue altamente efectivo y se apega a lo establecido por las guías diagnósticas-terapéuticas - del IMSS. (terapéuticas).
- 5.- Epidemiológicamente, vemos que el individuo que padece estas enfermedades no está reportando adecuadamente (a los - contactos) porque, al interrogatorio, el médico familiar - no proporciona el interés que realmente merecen estos padecimientos.
- 6.- Se puede observar que la sintomatología no ha presentado - variación, ni complicaciones de importancia o secuelas, -- así como también se ve que responden en forma efectiva a - los tratamientos.
- 7.- Estas enfermedades repercuten a nivel psicosocial, refle-- jándose en ausentismo a los centros de trabajo y de educa-- ción, y también que se presentan en edades más tempranas.
- 8.- Por la gran existencia de centros de prostitución clandes-- tinos (sin control sanitario), es una de las causas que fa-- vorecen la incidencia y prevalencia.

ALTERNATIVAS DE SOLUCION

- 1.- Difusión médica-epidemiológica hacia el médico familiar -- con la finalidad de que conozca y dé la importancia a éstos padecimientos que repercuten en forma importante en la sociedad.
- 2.- Proporcionar al médico familiar, educación sexual para que sea capaz de orientar adecuadamente, de acuerdo con las necesidades sociales.
- 3.- Favorecer una mejor y más amplio relación médico-paciente.
- 4.- Difusión a nivel de centros de trabajo y o escuelas, de -- las enfermedades de transmisión sexual.
- 5.- Coordinación con la institución normativa del sector salud (SSA) para una búsqueda intencionada de centros de prostitución y control adecuado de los mismos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Arya, O.F. y cols. ENFERMEDADES VENEREAS, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. 1a. Edición. 1983. Págs. 1-17 y 19-24. Editorial El Manual Moderno. México, D.F.
- 2.- Bender J.S. LAS ENFERMEDADES VENEREAS. 7a. Edición. 1980. Págs. 23-34 y 38-44. Editorial Edutex S.A. México, D.F.
- 3.- Brainerd H. y cols. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. 17a. Edición. 1982. Págs. 794-800. Editorial El Manual Moderno S.A. México, D.F.
- 4.- Estudios Epidemiológicos, Medicina Preventiva UNF-1 IMSS - 1983. Orizaba, Ver.
- 5.- Gernez Rioux CH. Gervois M. MEDICINA PREVENTIVA, SALUD PUBLICA E HIGIENE. 1a. Edición. 1983. Págs. 387-392. Editorial Limusa S.A. México, D.F.
- 6.- Harrison y cols. MEDICINA INTERNA. 14a. Edición, Tomo I. Págs. 890-893 y 992-997. Editorial La Prensa Médica Mexicana. México, D.F.
- 7.- López I.J. y cols. BIBLIOTECA BASICA DE LA EDUCACION SEXUAL. 1a. Edición. 1983. Págs. 11-35 y 43-49. Editorial Universo. México, D.F.
- 8.- Manual Merck. DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICA. 12a. Edición. 1981. Págs. 1069-1085. Editorial Merck Sharp Dohme EUA.
- 9.- Morton R.S. ENFERMEDADES VENEREAS. 11a. Edición. 1982. Págs. 23-43. Editorial Fontanella, S.A. España.
- 10.- Podair Simon. LAS ENFERMEDADES VENEREAS. 12a. Edición. 1981. Págs. 11-22. Editorial PAX. México, D.F.
- 11.- S.S.A. CONTROL DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL. 6a. Edición. 1979. Págs. 180-186 y 372-381. SSA. Subsecretaría de Salubridad. México, D.F.