

7
20
A472
1986
G. 1

MINISTERIO DE SALUD
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD

"ESTUDIO DE ALGUNOS ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS
DE LA SIFILIS Y GONORREA
EN AREAS SELECCIONADAS DE MANAGUA"

TESIS DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO DE
MAESTRIA EN EPIDEMIOLOGIA

PRESENTADO POR :

DRA. ALBA ALVARADO LARGAESPADA

DRA. LETICIA OLMOS SORIA

MANAGUA, NICARAGUA

DICIEMBRE, 1.986

TUTOR :

Dr. LEONARDO WERTHEIN

ASESOR :

DR. HUMBERTO MONTIEL

DEDICATORIA

A N I C A R A G U A

A N U E S T R A
F A M I L I A

I N D I C E

1. INTRODUCCION, ANTECEDENTES, JUSTIFICACION E IMPORTANCIA.
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
3. OBJETIVOS
4. MARCO TEORICO
5. VARIABLES
6. DISEÑO METODOLOGICO
7. RESULTADOS POR OBJETIVOS
8. CONSIDERACIONES GENERALES
9. DISCUSION Y ANALISIS
10. CONCLUSIONES
11. RECOMENDACIONES
- * 12. RESUMEN
13. BIBLIOGRAFIA
14. ANEXOS

1.- INTRODUCCION:

Antecedentes, Justificación e Importancia.

1.1.- Antecedentes:

La salud del hombre constituye uno de los atributos más íntimamente ligados a la humanidad - en su desarrollo político y socio-económico.

La salud como proceso dialéctico lleva en sí - su contradicción la enfermedad. Y dentro de - éste concepto las enfermedades que tienen repercusión social y psíquica se constituyen en un - verdadero problema de salud.

Pocas enfermedades transmisibles en el hombre - dependen principalmente de factores de conducta como las de transmisión sexual y más aún cuando ésta conducta sexual experimenta cambios independientemente del progreso económico y material de las naciones.

En la actualidad las enfermedades de transmisión sexual constituyen un problema de magnitud mundial, tanto por su prevalencia como por su trascendencia epidemiológica.

En cada segundo que transcurre 4 personas en todo el planeta contraen alguna de estas enfermedades y en muchos países representan la primera o segunda causa dentro de los procesos infecciosos a pesar de que las estadísticas oficiales solo revelan una parte del fenómeno.

Por consiguiente las E.T.S. constituyen motivo de preocupación puesto que son factores de morbilidad, invalidez e incluso de mortalidad que no solo repercute directamente sobre el individuo y su descendencia sino que acarrea importantes consecuencias en el orden económico social.

Si bien las enfermedades de transmisión sexual revisten una extraordinaria importancia epidemiológica no todas ellas, tienen el mismo grado ni idéntica repercusión; la Sífilis y Blenorragia son dentro del grupo de las ETS las más relevantes tanto por su prevalencia como por el daño que causan.

La magnitud de la Sífilis y Blenorragia reside en su íntima relación con la actividad sexual, su elevada infectividad y la susceptibilidad general de la población, siendo los grupos jóvenes los más expuestos. En nuestro país con una pirámide poblacional de base ancha en la que predominan los grupos etáreos más jóvenes la magnitud tomaría ca-

racterísticas más relevantes.

La trascendencia de estas dos enfermedades radica en las complicaciones graves, crónicas y debilitantes que causan.

La vulnerabilidad de las E.T.S. es absoluta en el orden terapéutico, ya que existen esquemas específicos de tratamiento tanto para la Sífilis como para la Blenorragia, existiendo en el caso de la Sífilis una sensibilidad del 100% y en la Blenorragia superior al 95%. De ésta entidad se han encontrado cepas resistentes productoras de penicilinasa, sin embargo se han descubierto nuevos antibióticos que han venido a solucionar este problema en el aspecto terapéutico.

Sin embargo la vulnerabilidad desde el punto de vista de diagnóstico oportuno, control y transformación de la conducta sexual sigue siendo un reto.

1.2.- Justificación e Importancia.

Muchos han sido los estudios sobre las E.T.S. y en particular sobre Sífilis y Blenorragia en distintas partes del mundo, las cuales han puesto de relieve las deficiencias en el conocimiento de su extensión e importancia, y las principales causas surgen del marcado subregistro y de la falta de uniformidad en los sistemas de notificación en los diferentes países.

En Nicaragua carecemos de estudios realizados con rigurosidad metodológica sobre frecuencia de infección que permita realizar algunas estimaciones precisas sobre el problema de las E.T.S. y especialmente Sífilis y Gonorrea.

El registro sistemático es tan insuficiente como en toda la región de las Américas, lo que se expresa en las tasas registradas para ambas patologías, que fueron en 1982 de 95.6 x 100,000 habitantes y 75.1 para 1983 en cuanto a Sífilis; y de 59.1 y 52.8 en los mismos años para Blenorragia. Como se puede observar la relación es inversa a la referida en la literatura universal y se da una variación importante sin haberse tomado medidas de control específicas (7)

Por lo que podemos decir que la situación de la Sífilis y Blenorragia en cuanto a magnitud y trascendencia se desconoce en Nicaragua por:

- No haberse aún realizado estudios que aborden estas dos patologías en forma completa y profunda.
- No existe aún un programa consolidado en el País -- que reciba información sistemática y ejecute actividades de control.
- Históricamente antes del triunfo Revolucionario el programa que existía era vertical y destinado a un solo grupo de riesgo, las meretrices.
- Se desconocen los grupos de más alto riesgo y por tanto las más afectadas.
- A la par la Sífilis y la Blenorragia se encuentran dentro de las primeras 10 causas de morbilidad por enfermedad transmisible de notificación obligatoria.
- Su incidencia a pesar del sub-registro va en aumento.
- La Región III por ser la capital del País posee to-

dos los factores de riesgo de una urbe metropolitana y se encuentra entre las que notifican mayor incidencia.

Estas son entre otras las causas que hasta este momento justifican esta investigación.

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

A partir de 1979, con el triunfo de la Revolución Popular Sandinista se originan profundos cambios en toda la estructura organizativa del País, expresándose en el -- campo de la Salud con la creación del Sistema Nacional- Unico de Salud (S.N.U.S.). El Ministerio de Salud, co- mo órgano rector del mismo tiene como objetivo fundamen- tal mejorar el estado de salud de la población. Esto - permite dirigir las principales acciones de salud hacia aquellas enfermedades que están afectando mayormente este estado de salud.

En nuestro caso particular, las enfermedades de transmi- sión sexual se constituyen en un problema de salud, no- solamente en nuestro país, sino también a nivel mundial.

Dentro de estas enfermedades, la Sífilis y la Blenorra- gia son las más frecuentes e importantes, por su compor- tamiento epidemiológico.

En Nicaragua se desconoce la situación real de éstas en- fermedades, tanto en su incidencia como prevalencia, -- aunque si se sabe que están dentro de las diez principa- les causas de morbilidad.

Esto nos lleva a plantearnos la siguiente interrogante: ¿Cuál es la situación real de las enfermedades de transmisión sexual. Sífilis y Blenorragia, en términos de magnitud y trascendencia ?

A fin de encontrar una respuesta a lo anterior nos propusimos el llevar a efecto el "Estudio de algunos aspectos de la magnitud y trascendencia de la Sífilis y Blenorragia en los Centros de Salud Francisco Buitrago y - Héroes y Mártires del 19 de Julio de 1979; Hospitales - Bertha Calderón, Fernando Vélez Páiz, Manolo Morales y- Antonio Lenín Fonseca, de la ciudad de Managua de Abril Junio de 1986 y en el período 1983-1985 respectivamente.

3.- OBJETIVOS:

3.1.- Objetivo General.

Identificar determinados aspectos de la magnitud y trascendencia, así como algunas características epidemiológicas de las enfermedades de transmisión sexual: Sífilis y Gonorrea, en dos Centros de salud seleccionados y en cuatro Hospitales asistenciales de Managua, en el período Abril-Junio de 1986.

3.2.- Objetivos Específicos.

3.2.1.- Conocer la frecuencia de Sífilis y Gonorrea y algunas de sus características epidemiológicas en las consultantes de la clínica de enfermedades de transmisión sexual, de los Centros de Salud Francisco Bultrago y Héroes y Mártires del 19 de Julio de 1979 de la ciudad de Managua en el período Abril-Junio de 1986.

3.2.2.- Conocer el rendimiento de la entrevista epidemiológica en la red de contactos, sospechosos y asociados; partiendo de los casos identificados de Sífilis y Gonorrea en las consultantes de la clínica de enferme-

dades de transmisión sexual, de los Centros de Salud Francisco Buitrago y Héroes y Mártires del 19 de Julio de 1979 de la ciudad de Managua, en el período Abril-Junio de 1986.

3.2.3.- Determinar la frecuencia de las principales - complicaciones de la Gonorrea: In^uflamación pélvica aguda y embarazo ectópico, registradas en los Hospitales Bertha Calderón, Manolo Morales, Fernando Vélez Páiz y Antonio Lenín Fonseca de la ciudad de Managua en el período 1983-1985.

4.- MARCO TEORICO:

4.1.- Proceso Salud- Enfermedad.

El desarrollo evolutivo de la naturaleza ha constituido un complejo proceso de múltiples formas de movimiento y organización de la materia. Movimiento en el cual intervienen procesos físicos, químicos, biológicos y sociales, cada uno de ellos con leyes específicas y de su subordinación de lo inferior a lo superior, éste proceso-dinámico, fué lo que hizo posible, el surgimiento de la vida alcanzando cada vez formas más complejas y superiores: el Hombre (8).

A su vez históricamente las etapas de formación y perfeccionamiento biológico del hombre, dieron origen al desarrollo de la sociedad humana, siendo así que la actividad general del mismo representa un constante proceso de interacción y subordinación dialéctica de su ser biológico a su ser social, y lo psicológico como un importante elemento mediador entre ambos; como expresión social en los procesos biológicos y como expresión de lo biológico humano en los procesos sociales (9).

Esta unidad bio-social lleva consigo dos estados inherentes a la vida: La Salud y la Enfermedad, categorías en constante contradicción dialéctica, lo que constituye sus

leyes de carácter general. La Salud y Enfermedad son expresiones de las relaciones del hombre y la naturaleza mediadas por el proceso del trabajo, dentro de condiciones objetivas y sub-jetivas de la existencia de los hombres, en sus diferentes momentos de reproducción económica, de la conciencia y conducta, de las relaciones con el medio ambiente y de su reproducción biológica; siendo estas las leyes de carácter particular que se expresan tanto a nivel individual como social (10).

Al hablar del proceso salud-enfermedad, intervienen también variaciones individuales y de pequeños grupos homogéneos, determinadas por leyes de carácter singular, que en epidemiología comprenden las siguientes:

- . Ley variación de agente.
- . Ley de variación de susceptibilidad y resistencia.
- . Ley de variación del riesgo.

Y que establecen procesos mediadores entre las determinantes generales y particulares del proceso salud-enfermedad (11).

Es difícil precisar los límites donde comienza la enfermedad y donde termina la salud. Por que salud y enfermedad son dos estados entre los cuales fluctúa el

Individuo toda su vida, dos condiciones estrechamente ligadas por conexiones recíprocas.

No obstante consideramos que es necesario delimitar a los dos componentes del proceso salud - enfermedad.

La salud ha tenido diferentes conceptualizaciones, diferenciando unas de otras en pequeñas variaciones, pero expresando casi todas las ideas de bienestar y equilibrio físico y psíquico, y conforme ha ido evolucionando el pensamiento humano se aborda también el aspecto social como una forma más integral de concebir la salud en el hombre.

- Enfermedad Concepto y Evolución.

En cuanto a enfermedad existen demostraciones de que las enfermedades precedieron al hombre, a través de diferentes hallazgos geológicos correspondientes a la edad de los reptiles, demostraciones que indican la existencia de gérmenes plúgenos millones de años antes que el hombre apareciera sobre la tierra (13).

En sus etapas más primitivas, desde el Austrólopithecus, hasta el Homo Sapiens, el hombre sufrió enfermedades probablemente sin tener conciencia de las mismas;

en la medida que evoluciona y adquiere conciencia de ellas intentó dar explicaciones, siendo una de las primeras la introducción de malos espíritus, con una concepción mágica que se mantuvo por muchos siglos.

Posteriormente surgió la divinidad y la religión, naciendo la interpretación de la enfermedad como castigo divino por los pecados del hombre.

Y por último al advertir que a pesar de la oraciones, donaciones a la iglesia, etc, no se logra obtener una influencia favorable que calmara la cólera divina, buscó presuntos responsables humanos -- como causantes de sus enfermedades.

En su evolución histórica en etapas más cercanas a nuestro tiempo la explicación a las enfermedades -- ha recorrido una amplia gama de concepciones, que van desde la teoría miasmática, que atribuía la generación de epidemias por "impurezas" surgidas del medio ambiente, hasta el concepto ecológico de la enfermedad dada por el avance en el campo de la -- biología, la bacteriología y otras disciplinas.

La teoría ecológica implica tres variables: agente causal, huésped y ambiente, inter-relacionadas entre sí y cuya ruptura de su equilibrio ya sea a favor del agente causal o del huésped, determinan la presencia de la enfermedad o de la salud (14)

A la par de la interpretaciones de las enfermedades, de igual forma ha transcurrido la lucha contra las mismas, desde prácticas mágicas y hechiceras, hasta la medicina actual.

La epidemiología está implícita en la medicina desde la época de Hipócrates y obviamente como parte de ella ha evolucionado históricamente tanto en sus concepciones: teóricas individualistas, unicista, etiológica causal; multi-causal; como en sus aspectos metodológicos, en conjunto con el desarrollo general del conocimiento humano

Es así dentro de este proceso, que la epidemiología se circunscribió por mucho tiempo al estudio de las enfermedades infecciosas, ya que éstas eran las que ocasionaban mayores problemas de salud.

Con el devenir del tiempo y el adelanto científico-técnico, estas enfermedades sufrieron un proceso de transfor-

mación sobre todo en los países desarrollados, dejando de constituir un problema de gran magnitud, apareciendo otro tipo de enfermedades no infecciosas como las causas más frecuentes de invalidez y muerte. Tal situación no ha sido igual para los países en vías de desarrollo, en los cuales las enfermedades transmisibles aún constituyen las primeras causas de morbimortalidad.

La epidemiología como toda ciencia, con un cuerpo de conocimiento y una metodología científica, asume estos cambios, enfocando su campo de estudio a la investigación y solución de cualquier problema de salud que concierne a la comunidad, con prescindencia de su etiología, por lo que en forma general el objeto de estudio de la epidemiología, es el proceso salud-enfermedad con el fin de describirlo, explicarlo y transformarlo positivamente.

4.3.- Enfermedades Transmisibles:

Ya una vez definido el objeto de estudio de la epidemiología creemos preciso, de acuerdo al objetivo de nuestra investigación, conceptualizar las enfermedades infecciosas "como el resultado final de una infección, que

se produce como consecuencia de las alteraciones morfológicas y funcionales, provocadas por la penetración y multiplicación de los agentes biológicos, patógenos o sus productos tóxicos, a través de la transmisión de un reservorio a un huésped susceptible, ya sea directamente de una persona o animal infectado o indirectamente por medio de un huésped intermediario o de un vector del medio ambiente" (15).

Necesariamente para que aparezca una enfermedad siempre deben de estar presentes tres elementos, íntimamente ligados, tales como: agente, ambiente, huésped susceptible. A la vez a que otros tipos de factores tales como los económico-sociales, de conducta y cultural.

Las etapas que intervienen en la génesis de todas las enfermedades transmisibles, se conciben en un modelo epidemiológico que se acostumbra a representar en forma de una cadena y que se conoce con el nombre de "Cadena-Epidemiológica", los eslabones los constituyen: El agente, reservorio, puerta de salida, vehículo de salida, fuente de contaminación, fuente de infección, vía de transmisión, puerta de entrada, huésped, cada uno de ellos con sus características y variables específicas.

Es difícil intentar una clasificación de las enfermedades transmisibles, ya que no siempre comparten características similares, aún así se han intentado diferentes formas de agrupaciones (16):

- . Por su etiología.
- . Por su etiopatogenia.
- . Por su sintomatología.
- . Por su comportamiento epidemiológico.
- . Por su vía de transmisión.

Siendo esta última la más importante desde el punto de vista operativo.

4.4.- Enfermedades por Contacto Directo. Enfermedades de -- Transmisión Sexual.

En el presente estudio nos limitaremos a las enfermedades que se clasifican por contacto directo; entendiéndose como tal la relación física que se cumple cuando existe la aplicación material entre piel o mucosas, sin lugar a dudas.

Dentro de esta clasificación de enfermedades se agrupan tres sub-grupos o categorías: Infecciones o infectaciones de la piel, algunas zoonosis y como la más representativa dentro de esta clasificación las llamadas tradicionalmente enfermedades venéreas y denominadas actualmen-

te enfermedades de transmisión sexual.- E.T.S. (17), las que comprenden un grupo de entidades que se propagan por contacto directo a través de las relaciones sexuales, por lo que este mecanismo particular de --- transmisión adquiere importancia epidemiológica.

En forma clásica se han conocido cinco enfermedades - que son:

- . Sífilis.
- . GONORREA ?
- . Granuloma Inguinal.
- . Linfogranuloma venéreo.
- . Chancro Blando (18).

Existen sin embargo, otras infecciones corrientes que pueden transmitirse mediante relaciones sexuales, causadas por numerosos gérmenes, algunos de ellos evidentemente patógenos, entre los que se incluyen los micoplasmas, estreptococos del grupo B, Haemophilus Vaginales, citomegalovirus y el virus de la hepatitis B- (antígeno australis] (19). y el virus SIDA

En base a su trascendencia y magnitud, las E.T.S. se suelen clasificar en:

Enfermedades Venéreas Mayores:

- Sífilis
- Gonorrea.

Enfermedades Venéreas Menores:

- Condiloma acuminado (papiloma venéreo).
Linfogranuloma venéreo.
- Chancro Blando (Virus Molle).
- Granuloma Inguinal.
- Herpes Genital.
- Tricomonirosis.
- Candidiasis.
- Uretritis Gonocócica.
- Moluscum Contagiosa.
- Pediculosis.
- Sarna.

La enfermedad transmitida sexualmente más seria y --
compleja es la Sífilis, y por otra parte unas de las --
más extendidas es la gonorrea.

La prevalencia relativa de estas dos entidades de --
E.T.S. se ha acentuado en los últimos años por la --
ocurrencia de cambios sin precedentes en el medio am --
biente y en la manera de vivir del ser humano.

De lo anteriormente expuesto vemos que el hombre ha --
evolucionado ligado íntimamente a la unidad dialécti --
ca: salud-enfermedad, tratando de darse a sí mismo -

una interpretación y conceptualización de la misma.

En todo este período han surgido conceptos y teorías - que en una u otra forma más o menos científica han explicado las enfermedades y las causas que la originan, llegando incluso en el caso de las enfermedades infecciosas y tomando al hombre y su ambiente inmediato - a explicar su génesis y desarrollo a través de un modelo biológico conocido como cadena epidemiológica.

Pero en el caso de las enfermedades de transmisión sexual no podemos solamente implicar su incidencia y prevalencia a través de dicho modelo, sino que hay que tomar en consideración otros y diferentes factores que intervienen y -- mantienen estas enfermedades; sobre todo aquellos íntimamente relacionados con el comportamiento sexual individual y colectivo, sobre los cuales intervienen determinantes socio-económicas que varían de un lugar a otro.

4.5.- Clínica de la Sífilis:

4.5.1.- Concepto.

La Sífilis o Lués, es una enfermedad crónica, infecciosa, sistémica con evolución en varias fases (20), que se caracteriza clínicamente - por una lesión primaria o chancro, erupción -

secundaria que afecta piel y mucosas (21), con expresiones morfológicas muy variadas y colonización de estructuras como grandes vasos, sistema nervioso central etc, dando lugar en forma tardía a síndromes graves con alto índice de mortalidad.

Estos síndromes tardíos se desarrollan después de etapas aparentemente silentes de la infección llamadas latencias.

La Sífilis venérea debe diferenciarse de la Sífilis endémica, que aunque tiene un agente etiológico -Treponema Pallidum-, estrechamente asociado con el de la Sífilis venérea; no es idéntico a él. Muchos autores creen que las sutiles diferencias antigénicas y patogénicas entre ambas Sífilis representan solo variaciones entre cepas de un mismo agente.

4.5.2.- Historia de la Sífilis:

Durante casi 500 años, los historiadores médicos y académicos han debatido el origen de la Sífilis, lo cual dió motivo al surgimiento de dos teorías: Colombina y Precolombina.

La Teoría Colombina, que plantea que la Sífilis se originó en el Nuevo Mundo, siendo inclusive, endémica en la Española - Haití.-, la cual fue importada por la tripulación de Colón en su retorno del segundo viaje a España en 1493.

Los Investigadores que defienden la Teoría Precolombina, afirman de que la Sífilis estaba ya presente en Europa antes del viaje de Colón, pero que era aún desconocida y se confundía con otras enfermedades.

Cualquiera que halla sido su origen, la Sífilis surge bruscamente en Europa a finales del siglo XV, -- propagándose en forma de epidemia de rápida difusión, alcanzando pronto características de una gran pandemia (23).

Precisamente en este siglo, se da en el continente una serie de guerras, que favoreció la difusión de esta enfermedad entre las tropas y por situaciones de tipo políticas, la enfermedad recibe en un principio diferentes nombres: "mal Napolitano", mal Español," predominando transitoriamente el nombre de "mal Francés (Morbus Gallicus).

En 1530, Francastor, publica un escrito en latín con el nombre "Syphilus sive Morbus Gallicus", en la -- que refiere el castigo que el Dios Apolo, impone a -- un pastor llamado Syphillo, por haberlo ofendido, con -- denándolo a padecer la enfermedad. La difusión de es -- ta obra, populariza el nombre, entrando en forma si -- multánea en el lenguaje común y en el científico, co -- nociéndose en forma definitiva esta enfermedad con el -- nombre de Sífilis (5), (6).

En 1498, Francisco López de Villalobos, escribió el -- primer libro importante sobre la Sífilis, reconocién -- dola como enfermedad de transmisión venérea, descri -- biendo sus manifestaciones cutáneas y complicaciones -- tardías.

En 1532, Niccolo Massa, describió algunos de los efec -- tos neurológicos de la Sífilis, en 1728, Giovanni Maria -- Lancisi, implicaba claramente a la Sífilis como causa -- frecuente de enfermedad cardiovascular.

La incidencia de Sífilis en el recién nacido se sospe -- chaba. Para_celcus fue el primero en asegurar que és -- ta se adquiría en útero. Sir Jonathan Hutchinson, es -- probablemente el estudioso más recordado de Sífilis -- congénita, ya que su observación sobre su estigmas tar --

díos, constituyen la clásica Tríada de Hutchinson (7).

Finalmente el avance más importante y todavía utilizado, en el conocimiento médico de la enfermedad, fue el aportado por Philippe Ricord, quien caracterizó con mucha precisión las etapas de la Sífilis y estableció los términos de su clasificación: Primaria, secundaria y terciaria (7).

Durante siglos, no se le asignó a la Sífilis ninguna etiología específica. Con los descubrimientos de -- Pasteur y otros, el mundo entra en la era bacteriológica, desatándose así una búsqueda intensa para descubrir el agente causal de la Sífilis (8).

Sin embargo, quedó para Fritz Schödlin y Erich Hoffman, el lograr descubrir el organismo espiral: en el suero de una lesión de Sífilis secundaria; reportando en 1905 que la Sífilis era causada por una espiroqueta que ellos nombraron "Spirochaeta pallida", -- comprobándose tal afirmación cuando Karl Landsteiner, introdujo el método del campo oscuro para la detección del organismo en 1906.

Basándose en los principios de la prueba de fijación

del complemento, August Von Wasserman y Cols, aplicaron este método para el estudio del suero de pacientes sifilíticos.

En 1942, Pangborn logró aislar la cardiolipina y la lecitina puras del corazón de la res, creando antígenos que pudieran ser químicos y serológicamente estandarizados. Estos antígenos más purificados, facilitaron que se llegara al desarrollo de pruebas de microfloculación, tales como el V.D.R.L.; lo que dió origen al desarrollo de pruebas masivas y a la simplificación de la pruebas cuantitativas.

Años después en 1949, Nelson y Mayer, llevaron a cabo la prueba de Inmovilización del Treponema Pallidum utilizando al mismo Treponema como antígeno, lo que condujo a que la prueba de T.P.I. fuera aceptada ampliamente por su especificidad.

En cuanto al tratamiento de la Sífilis, a fines del siglo XIX, el mundo médico se dividía en mercurialistas - con Fournier a la cabeza usando el mercurio en la terapia de la misma a grandes dosis y por tiempo prolongado, lo que conllevó a problemas de intoxicación mercurial; y antimercurialistas, con Boeck - quien afirmaba que "era más nocivo el tratamiento de

que la enfermedad", dejando sin tratamiento a sus enfermos, lo que hizo posible, que 20 años después Brunsgard, hiciera de estos enfermos el estudio de la "evolución natural" de la Sífilis no tratada -- (6).

En 1910, el Dr. Paul Ehrlich, volcó su atención en este problema e introdujo la Arsfenamina (Salvarsan o "606") en la terapia de la Sífilis, este medicamento demostró de inmediato que era superior al mercurio y pronto se convirtió en el medicamento de -- elección (9).

En 1922, Sazérac y Levadit utilizaron compuestos de bismutos en casos humanos en todas las etapas de la enfermedad. Sin ser tan activo como los arsenicales, resultaron ser menos tóxicos. Convirtiéndose en una alternativa popular en el tratamiento de la Sífilis, hasta el advenimiento de la Penicilina (7).

A pesar de estas alternativas, estos preparados, -- eran solamente efectivos en las primeras etapas de la Sífilis, no así en los finales, particularmente la demencia parálitica; y fue a partir de Julius -- Von Wagner-Jauregg, que se introdujo la malaroterapia, en el tratamiento de estos casos, que aunque-

no constituyó una panacea, representó un avance en el tratamiento de los pacientes desahuciados.

Posterior al descubrimiento de la Penicilina, por Sir Alexander Fleming; Mahoney, la utiliza en 1949 en el tratamiento de sus pacientes, reportando resultados curativos; reemplazandose en un corto período de tiempo todas las otras formas de terapia hasta ese momento usadas. Siendo a partir de ese momento en que la Penicilina pasa a ser el medicamento de elección en el tratamiento de la Sífilis aún hasta nuestros días.

Pero, a pesar de que con la Penicilina se logró una disminución drástica de la Sífilis, sobre todo en la primera y segunda Guerra Mundial, en el presente la incidencia creciente de Sífilis infecciosa ha vuelto a manifestarse (7).

4.5.3.- Agente Etiológico de la Sífilis.

El organismo causal de la sífilis es un miembro del Orden Spirochaetales y la Familia Treponematoceae, esta familia contiene tres géneros: Borrelia, Leptospira y Treponema, siendo todos ellos parasitarios o patógenos para el hombre y algunas especies de animales.

El género *Treponema* contiene cuatro especies principales de organismos patogénicos: *Treponema Pallidum*, organismo responsable de la Sífilis humana; *T. Pertene* y *T. Carreum* agentes etiológicos del Píam y la Pinta respectivamente y el *T. Cuniculi*, responsable de la sífilis en el conejo (27).

El *Treponema Pallidum*, es un filamento enrollado en espiral sobre su propio eje, con espiras completamente regulares e iguales, ligeramente adelgazadas en sus extremos, tiene una longitud promedio de 6 a 15 micras y en su parte más voluminosa mide de ancho medio micra. El número de espiras es de 4 a 12. pudiendo llegar en ocasiones hasta 28 espiras (28).

Al microscopio electrónico, se presenta en forma de -- dos hilos eléctricos encorvados, con un paquete fino -- de fibrillas que rodean una zona central más ancha. El organismo completo está cubierto por una vaina fina -- conocida como periblasto, el número de fibrillas es -- por lo regular de 3 a 6.

Bioquímicamente el organismo está compuesto de una proteína, una polisacárido y dos lípidos diferentes (29).

Los treponemas generalmente se dividen por fisión transversa, aunque se plantea que puede haber una división longitudinal.

El tiempo de generación del treponema pallidum patógeno está computado de 30 a 33 horas, aproximadamente (30).

Los treponemas poseen una variada movilidad de rotación propulsión y retropropulsión sobre su eje longitudinal, de oscilamiento o flexión sobre este mismo eje, constituyendo por su regularidad un verdadero movimiento pendicular y por último un movimiento vermicular de reptación, que es el que más contribuye a su rápida movilidad.

El treponema tiene diversas afinidades para las distintas células de la economía apareciendo en el interior de los macrófagos o leucocitos y con afinidad especial para las células endoteliales, no así para los linfocitos que constituyen por el contrario, un elemento desfavorable para su reproducción. (8)

Fuera del hospedero, el T. Pallidum es extremadamente susceptible a una variedad de agentes físicos y químicos que rápidamente provocan su destrucción: El

calor, (temperatura de 42°C) la desecación, el agua y el jabón.

A pesar de su fragilidad; la morfología, motilidad y virulencia del *T. Pallidum* se preservan por muchos años, por medio de la congelación a menos de 78°C. - (31).

4.5.3.1 Estructura Antígena:

Los antígenos del *treponema Pallidum* se desconocen, pero bajo su estímulo el huésped humano es capaz de producir anticuerpos que lo inmovilizan y matan, fenómeno inmunitario que sirve de base a las reacciones positivas de fijación del complemento.

Las espiroquetas también causan el desarrollo de un distinto anticuerpo de sustancia similar; la Reagina, que da fijación del complemento positivo y pruebas de floculación con suspensiones acuosas de un lípido presente en los tejidos normales de algunos mamíferos. Este hecho ha encontrado gran aplicación en el diagnóstico serológico de la Sífilis (32).

4.5.3.2.- Cultivo:

El *T. Pallidum* patógeno al hombre, no ha sido cultivado nunca al menos con certeza, en medio artificial-

les, en huevos fecundados o en cultivo de tejidos.

Las cepas del pretendido T. Pallidum (T. de Reiter), cultivados anaeróbicamente in vitro, son posiblemente saprófitos, pero parecen estar relacionados con el T. Pallidum; requiriendo para su cultivo un medio definido de 11 aminoácidos, vitaminas, sales minerales y seroálbuminas para permitir su crecimiento.

4.5.4.- Patogenia de la Sífilis:

Sífilis Adquirida.

A partir de la puerta de entrada las espiroquetas se multiplican localmente, diseminándose algunas a los ganglios linfáticos locales produciendo inflamación con predominio de linfocitos y células plasmáticas y lesiones secundarias; ambas ricas en espiroquetas y muy infecciosas. Las lesiones contagiosas pueden recurrir durante los primeros 4 años después de la infección, pero a partir de entonces el individuo no es ya infeccioso.

La diseminación sanguínea de las espiroquetas da lugar al desarrollo de lesiones granulomatosas en la piel, huesos e hígado, cambios degenerativos en el sistema nervioso central y cardiovascular (10).

4.5.5.- Manifestaciones Clínicas:

4.5.5.1.- Sífilis reciente adquirida sintomática: Etapa -
primaria.

Se desarrolla después de un período de incubación de 9 a 90 días con un promedio de 3 semanas, rica en treponemas y sumamente contagiosa con lesiones resolutivas.

La principal lesión en esta etapa está constituida por el chancro. En el lugar de penetración del treponema, frecuentemente en el área anogenital aparece una pápula que ulcera formando el chancro, que por lo general es único, indoloro, duro, con bordes indurados, de forma ovalada, redondeada o fisurada, de fondo limpio y barnizado.

El tiempo de duración del chancro es de unas 5 semanas, cicatrizando espontáneamente. Durante este período las pruebas serológicas para la sífilis son por lo regular no reactivas.

Las lesiones primarias no se limitan a los genitales y pueden observarse chancros extragenitales en labios, lengua, nariz, pezón, dedos y ano. En los últimos años la localización anal ha aumen

tado considerablemente debido a la transmisión homosexual.

En el hombre, el chancro suele presentarse en el glande surcoblano prepuccial, en la base del pene y en la uretra.

En la mujer se presenta en pequeños y grandes labios, clítoris, cuello del útero, en los márgenes del ano y mamas. (11).

En los homosexuales varones pasivos, puede causar prurito o hemorragias rectales y confundirse con hemorroides o fístula anal (12).

Simultáneamente o poco después de la aparición del chancro, los ganglios linfáticos que drenan el área comprometida están frecuentemente aumentados de tamaño, duros y son indolores (bubón satélite). El examen al campo oscuro del líquido obtenido por aspiración con aguja de un bubón puede servir para el diagnóstico, en los casos en que no se pueda obtener suficiente secreción del chancro.

A las 6 semanas de la infección la serología es positiva. Después de la desaparición del chancro el paciente suele encontrarse bien por un período de 1 a 2 semanas a lo que se llama latencia primaria o precoz (11).

Diagnóstico Diferencial. Las enfermedades o condiciones pueden sugerir Sífilis.

Primaria:

- . Chancroide
- . Granuloma Inguinal
- . Linfogranuloma venéreo
- . Herpes Genital
- . Infecciones Micóticas Profundas.
- . Carcinoma
- . Liquen Plano
- . Síndrome de Reiter.

4.5.5.2.- Sífilis reciente adquirida sintomática: Etapa Secundaria.

Presente generalmente a las 6-8 semanas después de la aparición del chancro, siendo al igual que sífilis primaria, altamente contagiosa; Esta etapa tiene una duración de 2 a 6 semanas.

Se caracteriza por pasar en la mayoría de los pa-

cientes por una fase asintomática, siendo solamente positivas las pruebas serológicas (13).

Otras veces presentan síntomas que pueden pasar inadvertidas por considerarse triviales e inespecíficos tales como: fiebre vespertina, cefalea, - artralgias, astenias, disfagia, adenopatía generalizada, las cuales puede desaparecer en pocas semanas (12). También, aunque raramente suelen presentarse afectaciones oculares y viscerales, como hepatitis, meningitis (11).

Lo más representativo de la etapa secundaria lo constituyen las lesiones cutáneas y mucosas.

Lesiones Cutáneas: Las cuales pueden comprender

- Exantemas variados, pleomórficos y musculares.
- Roséola sífilítica, localizada en troncos y extremidades.
- Máculas papulares.
- Papulares
- Pápulo escamosas, o psoriasiformes, con local

zación en palmas y plantas, alrededor de la nariz y la boca.

Estas lesiones tienen como característica especial que son mínimas y transitorias, por lo que es difícil apreciarlas clínicamente, no escuecen y desaparecen sin dejar cicatrices de 2 a 6 semanas después.

Lesiones Mucosas:

- Condiloma Plana; pápulas de gran tamaño grisáceas, húmedas, de superficie lisa y a veces coexistentes con placas (13). Se observan en diferentes sitios, genitales (vulva, escroto,) muslos adyacentes, alrededor del ano y ocasionalmente en las axilas o debajo de las mamas caídas. El condiloma sifilítico es muy infeccioso, siendo rico en treponemas (13).

- Placas mucosas; erosiones superficiales, mucosas grisáceo blanquecino localizadas en las membranas mucosas de la vulva o el pene, cavidad bucal (paladar y amígdalas) conociéndose esta presentación como "rastros de caracol" (12).

Otros signos de la etapa secundaria.

- Persistencia del chancro primario, presencia de su cicatriz o restos del mismo.
- Alopecia de localización cervice-occipital, en forma de placas y aspecto apolillado. Pérdida de las pestañas y tercio externo de las cejas.
- Adenopatías; de tipo generalizado, pero con -- localización más frecuente en el triángulo de la nuca y en la región epitrocLEAR (12).

Después de la cicatrización de las lesiones secundarias, sobreviene una etapa quiescente durante la cual no hay síntomas ni signos de la enfermedad, denominada Latencia Secundaria, la cual, puede durar semanas a años (11).

En la etapa secundaria, todas las pruebas, usando antígeno lipóideo o treponémicos son invariablemente positivas.

. Diagnóstico Diferencial:

Por sus lesiones cutáneas, mucosas y sintomatología se deben diferenciar otras patologías.

- Pírlíasis rosada.
- Psoriasis.
- Líquen plano.
- Tiña versicolor.
- Iritis.
- Neurodermitis
- Condíloma acuminado
- Exantema agudo.
- Mononucleosis infecciosa
- Alopecia areata.

4,5,5,3.- Sífilis Adquirida Tardía:

Es esencialmente una enfermedad vascular desde el comienzo hasta el final, con excepción del goma -- que es probablemente un fenómeno hiperinmune. Las lesiones de esta fase se producen en forma de -- endoarteritis obliterante de las arteriolas y pequeñas arterias y por alteraciones necróticas e -- inflamatorias resultantes.

La Sífilis tardía no tratada puede presentar una gran gama de signos y síntomas, que varían desde las inaparentes hasta aquellas que indican alteraciones de uno o más sistemas corporales. Las formas más comunes de la sífilis tardía y la frecuencia de su presentación son (7).

Tipo de Sífilis Tardía	Frecuencia %
Latente	60-70
Neurosífilis (sintomática)	8
Sífilis Benigna Tardía	17
Sífilis Cardiovascular	10

Estas divisiones no son mutuamente excluyentes. El paciente puede tener más de un tipo de compromiso tardío.

DIFERENCIAS PRACTICAS ENTRE LAS LESIONES DE LA SIFILIS RECIENTE Y TARDIA

TABLA No. 1

CARACTERISTICAS	SIFILIS TEMPRANA	SIFILIS TARDIA
Infeciosidad	Si	No, excepto en la mujer embarazada.
Campo Oscuro	Positivo	Negativo.
Reinfección	Puede ocurrir - después del tratamiento adecuado.	Raro, aún después del tratamiento adecuado.
Lesiones Destructivas	No	Si
Pruebas Serológicas.	Reactivas, a menudo de título alto que se con	A menudo reactivas, de bajo título con algún -

verten en negativas o con notable, títulos después del tratamiento.

cambio o ninguno después del tratamiento, los títulos altos se asocian frecuentemente a las gomas y la paresia.

FUENTE: MINSAP

Tabla 1: Sífilis una Sinopsis.

4.5.5.4.- Sífilis Adquirida Latente:

El diagnóstico de la Sífilis latente es difícil - de precisar y exige con frecuencia un estudio cuidadoso, individual y profundo de cada caso.

En 1961, la OPS acepta la definición de que la Sífilis latente es un estado de la enfermedad donde no hay manifestaciones clínicas de la misma, y -- donde de ordinario se realiza el diagnóstico sobre la base de reacciones serológicas, después de excluir, mediante examen físico y de L.C.R. otras fases de la Sífilis. Plantea que a falta de otros signos y síntomas, una prueba serológica reactiva tiene que considerarse diagnóstica de sífilis latente mientras no se demuestre que la reacción es debida a otra causa (34).

Toda sífilis es latente en algún momento de su curso y en algunos casos lo puede ser durante la enfermedad o durante toda la vida del paciente. El diagnóstico clínico de latencia, no excluye la posibilidad de infectividad o del desarrollo de lesiones gomosas, patologías cardiovasculares o neurosífilis no aparentes. Cuando cualquiera de las condiciones antes mencionadas aparece, el diagnóstico deja de ser de sífilis latente (35).

La sífilis latente desde el punto de vista práctico se conoce como tal, cuando se puede apoyar la serología reactiva con un hecho epidemiológico o un antecedente clínico evidente, siendo el primero el de mayor peso.

La serología se considera como el dato más importante para la pesquisa de casos de sífilis, pero por sí constituye únicamente una ayuda para el diagnóstico.

La historia de exposición, lesiones tempranas o pruebas serológicas positivas previas o de un tratamiento anterior; son útiles para clasificar la sífilis en latente reciente o tardía (35).

El período de latencia se ha definido arbitrariamente de varias maneras con el de cursar de los años. En la defini

ción standard de la sífilis latente, según la Organización Mundial de la Salud, se divide en dos fases:

Latente Temprana: Con una duración de menos de 4 años. Sin embargo los estudios de la epidemiología de la sífilis han indicado que sólo la sífilis latente temprana de menos de 1 año de duración es altamente infecciosa--debido a esto, últimamente la definición de sífilis latente temprana, ha cambiado, para incluir solo los casos de menos de 1 año de duración (7).

Latente Tardía: Con una duración de 4 años o más. Después de 4 años de infección, las lesiones recurrentes similares a las de la sífilis secundaria, son muy raras.

Después de este tiempo, ésta es raramente transmisible, excepto en caso de la mujer embarazada que no ha recibido tratamiento y puede de esta forma infectar al feto (35).

La latencia puede durar toda la vida o ser seguida desde unos pocos años hasta 20 años o más por lesiones de sífilis tardía.

4.5.6.- Diagnóstico de la Sífilis.

En todas las fases de la enfermedad, el diagnóstico se debe basar en la confirmación del organismo en estado vivo o por encontrarse anticuerpos específicos de la enfermedad, en el suero o L.C.R.

4.5.6.1.- Identificación del Germen.

Examen en Campo Oscuro: Permite la visualización directa del *T. Pallidum* vivo, mediante el uso del microscopio de campo oscuro con iluminación oblicua.

La muestra se toma del chancro, a partir de una gota de exudado, que se obtiene por presión, raspadura o aspiración con jeringas del chancro.

El organismo puede identificarse por sus características morfológicas y por sus movimientos. Si no se logra identificar el organismo en una lesión sospechosa, puede significar (13).

- Que la lesión es ^{no} sifilítica.

- Que el paciente ha recibido drogas antisifilíticas local o en forma general.

- Que la lesión puede ser de sífilis tardía.

4.5.6.2.- Serodiagnóstico de la Sfilis.

El huésped responde a la invasión de los treponemas y a su multiplicación, produciendo diversos anticuerpos y células inmunes; esta reacción inmunitaria alcanza su mayor punto, al final del período secundario de lesiones generalizadas.

Esta respuesta constituye la base de las pruebas serológicas, las que se dividen en dos categorías según el antígeno utilizado: Treponémicas y no treponémicas.

4.5.6.2.1.- Pruebas de Anticuerpos Treponémicos.

Son más específicas, ya que miden los anticuerpos contra el *T. Pallidum*. Su mayor valor consiste en la ayuda que prestan para distinguir las reacciones serológicas específicas, de las no específicas y en el diagnóstico de las últimas fases de la enfermedad, cuando las otras pruebas serológicas de la sfilis pueden haberse vuelto negativas (38).

- Prueba de inmovilización de *Treponema Pallidum*: I.T.P.

Sirven de patrón a todas las demás pruebas de anticuerpos treponémicos (39). Se basan en la utilización del suero de pacientes sifilíticos que contienen anticuerpos después de la segunda semana de la infección, mezclando diluciones del suero del enfermo con *T. Pallidum* y activamente móviles.

Al observar el microscopio, si hay anticuerpos específicos, las espiroquetas serán inmobilizadas. - En el suero normal, su movimiento activo, continúa (10).

Estas pruebas son cuantificables: Si dá más del - 50% de treponemas inmobilizados se reporta como positiva, si es el 20% o menor el resultado se considera negativo, entre el 20 y 50% los resultados son dudosos. Esta prueba tiene una alta especficidad y se llevan a cabo con fines de investigación y no se utilizan en el detección sistemática (18).

- Prueba de Hemaglutinación del treponema Pallidum:
T.P.H.A.

Se emplea como material de ensayo eritrocito de mamíferos, tratados con ácido tánico, que se -- cubren con el antígeno obtenido a partir de testes

tículos de conejos infectados y seguidamente se aglutinan en presencia del suero sifilítico. Esta prueba es de lectura muy fácil siendo por tanto adecuada como prueba de "screening" (40).

- Prueba de absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes A.T.F.A.B.S.:

Estas pruebas emplean la inmunofluorescencia indirecta (T. Pallidum muerto + suero del paciente + gammaglobulina antihumana marcada), proporciona muy buenos resultados desde el punto de vista de la especificidad y la sensibilidad; parece ser igualmente eficaz que la I.T.P. antes mencionada, siempre y cuando el suero del paciente haya sido absorbido previamente con espiroquetas de Reiter tratadas con vibraciones sónicas (41).

Inmunofluorescencia Directa:

Que consiste en identificar el germen en estado inerte, mediante el uso del anticuerpo del T. Pallidum conjugado con fluorescencia, el cual se adhiere a cualquier tipo de T. Pallidum que esté presente, haciéndolo fluorecer bajo la luz ultravioleta.

4.5.6.2.2- Las pruebas no treponémicas corresponden básicamente a dos tipos: Fijación del complemento, y las de floculación - aglutinación. En estas pruebas se utiliza un antígeno complejo no específicos de fosfolípidos; la Cardiolipina la cual reacciona con el anticuerpo: reagína.

Aunque estas pruebas de antígenos no treponémicos no son absolutamente específicos o sensibles para la sífilis, su realización es bastante práctica, -- siendo sus hallazgos indicadores de la posible infección.

Las pruebas no treponémicas reactivas confirman el diagnóstico en presencia de lesiones sífilíticas -- tempranas o tardías, ofrecen una pista en el diagnóstico de la sífilis sub-clínica latente; son sumamente efectivas para la detección de los casos en las investigaciones epidemiológicas; siendo superiores a las pruebas treponémicas en cuanto al seguimiento de la respuesta al tratamiento.

Interpretación cualitativa de las pruebas de antígenos no treponémicos.

- Reactivas o Positivas (++++)

- Debilmente reactivas ó debilmente positivas.
(+ a +++).
- No reactivas o negativas: (-)

Interpretación cuantitativa de las pruebas de antígenos no treponémicas. Los resultados cuantitativos se pueden obtener diluyendo el suero en progresión geométrica hasta un punto final, el título se expresa por lo general como la dilución mayor en la que prueba es completamente reactiva; expresandose en dilis.

Los exámenes serológicos cuantitativos seriados pueden revelar un proceso dinámico. Un título alto puede indicar : Una infección reciente, una reinfección en un paciente tratado adecuadamente, una recaída en un paciente tratado inadecuadamente o una reacción falsa positiva aguda. El tratamiento adecuado de la sífilis reciente se demuestra por una declinación de título.

Seguimiento serológico:

En las etapas de la Sífilis primaria, secundaria y latente, el seguimiento serológico después del tratamiento se hace mensualmente por 6 meses, al noveno mes y al año.

En la sífilis durante el embarazo; se deben hacer mensualmente hasta el parto, después de este se hace igual que -

en las anteriores.

En la sífilis congénita temprana o reciente, se hace igual que en la primaria o secundaria. En la congénita tardía, cada 6 meses durante 2 años.

En la neurosífilis y sífilis cardiovascular; cada 3 meses durante el primer año.

En la Sífilis benigna tardía (goma); cada 6 meses durante el segundo año.

Los títulos deben de hacerse negativos de 6 a 12 meses - meses después del tratamiento de la sífilis primaria y - de 12 a 18 meses después del tratamiento de la sífilis - secundaria. En la infección tardía o latente tardía, -- los valores del título no se deben usar para valorar lo - adecuado del tratamiento, ya que aunque bajan con el tiempo, tienden a permanecer reactivas a titulaciones bajas.

- Prueba de floculación V.D.R.L.

El antígeno usado es la cardiolipina, el colesterol contenido en ella cristaliza en la solución salina amortiguada de pH6. La lecitina se emulsiona y recubre los cristales de colesterol y la cardiolipina que es hidrófila se une a

la lecitina en la superficie de los cristales de colesterol; de esa forma quedan formadas las "agujas" que se observan en el microscopio. Cuando el suero que se prueba contiene "reaginas" estas hacen de puente entre las partículas de antígenos, uniéndolos en mayor o menor grado de acuerdo con la cantidad de reaginas del suero. La temperatura requerida es de 25°C, fluctuando entre 23 y 29°C.

Interpretación Cualitativa:

- Grumos medianos y grandes: Reactivos.
- Grumos Pequeños: Débil reactivo.
- Sin grumo o muy pequeño: No reactivo.

Interpretación Cuantitativa: Ya mencionada anteriormente.

- Reagina Plasmática o de aglutinación RPR.

Utiliza un antígeno V.D.R.L. con particular de carbón -- adheridas. La reacción de aglutinación no requiere microscopio, facilita resultados al cabo de cuatro minutos y permite usar muestras de sangre obtenida por punción de la yema del dedo (39).

4.5.6.3.- Sensibilidad y Especificidad:

La sensibilidad de una prueba se refiere a su capacidad de reaccionar en presencia de sífilis, mientras que la especificidad se refiere a su capacidad de no

reaccionar en ausencia de la enfermedad.

La sensibilidad de las pruebas no treponémicas se altera variando la proporción de antígenos, la temperatura, el tiempo de mezcla y otras variantes fisicoquímicas. Un cuarto de las reacciones falsas positivas, representan errores técnicos. Las pruebas no treponémicas repetidamente reactivas acompañadas de las pruebas treponémicas no reactivas, caracterizan a la reacción falsa positiva. La cual se clasifica en aguda (menos de 6 meses) o crónica (6 meses o más), dependiendo de la reactividad de la reagina. En forma general ambas clasificaciones se mal denominan "biológicas" puesto que se asocian con enfermedades específicas o después de aplicación de vacunas.

Sensibilidad comparativa de las pruebas no treponémicas y treponémicas en la Sífilis no tratada.

ETAPA	PRUEBAS NO TREPONEMI- CAS.	PRUEBAS TREPONE- MICAS		
		V.D.R.L.	FTA-200	P.T.I.
PRIMARIA	76	40	53	86
SECUNDARIA	100	95	98	100
L. TEMPRANA	95	90	94	99
L. TARDIA	72	68	89	96
TARDIA TERCIARIA	70	77	93	97

FUENTE: MINSAP.

Sífilis una Sinopsis tabla No. 2

En la interpretación de los resultados de pruebas serológicas para la Sífilis, la historia del caso, la situación clínica epidemiológica del paciente deben tomarse en consideración.

De todas las pruebas descritas para el diagnóstico de Sífilis el V.D.R.L., ofrece grandes ventajas en relación a las otras técnicas de laboratorio, por su accesibilidad económica, disponibilidad y por que su sensibilidad en la detección de la Sífilis en etapas tempranas, no difiere en gran proporción de las pruebas treponémicas actualmente disponibles, siendo la alternativa viable en estos momentos para el estudio de es-

ta enfermedad en los países en vías de desarrollo.

4.6.- Clínica de la Gonorrea:

4.6.1.- Definición.

Con el nombre de Blenorragia o Gonorrea se designan las afecciones originadas por la Neisseria gonorrea, limitados al epitelio columnar y de transición lo que marca la diferencia en la forma de presentación clínica en el varón y en la mujer, en la evolución, gravedad, y facilidad de identificación (48).

4.6.2.- Historia de la Blenorragia.

La Blenorragia es una enfermedad tan antigua, que se piensa se remonta a los orígenes del hombre.

Una de las primeras descripciones clínicas de esta entidad; aparece en un papiro egipcio, - 350 a.n.e.

En la Biblia hacen referencia a ella, en el libro levítico (21) capítulo XV, al denominar como "impurezas sexuales" al flujo procedente del miembro del hombre que hubiese tenido con

tacto con una mujer impura que también presentará dicho flujo.

Anglade, en su obra "Etude sur les maladies éteintes et les maladies nouvelles", nos hace mención, que la práctica de la circuncisión en los Judíos tuvo su origen, para evitar esta enfermedad y sus dolorosas consecuencias (49).

Hipócrates, 460 a.n.e. se refería a ella con el nombre de estranguria, atribuyendola al "exceso del placer de Venus". Probablemente su descripción hiciese referencia a la uretritis en general y por supuesto a la causada por gonococia, (22).

El término de gonorrea fue establecido por Galeno, 130 años a.n.e., a pesar de su errónea impresión de que -- era debido a espermatorrea. Palabras derivadas del -- griego yovos; semen, y poia flujo, que literalmente -- significa flujo de semen o semilla (23).

Guillaume de Saliceto y Ghon de Arden, en los siglos - XIII y XIV establecen la alta prevalencia de la infección, su origen venéreo, además de considerarla como - una entidad separada de la sífilis (50). Estableciéndose claramente esta diferencia dos siglos más tarde.

En el siglo XV, las treponomatosis en general, y/o la Blenorragia hacen su aparición masiva en el continente Americano, extendiéndose en esa misma época por toda Europa. Suceso que da origen a discusiones controversiales sobre su origen (19).

El Libro de Vigo, a principios del siglo XVI, marca una fecha importante en el conocimiento de las enfermedades venéreas, al distinguir claramente la Blenorragia de la sífilis, no obstante la enseñanzas de Paracelso quien decía que la blenorragia era un síntoma inicial de la sífilis (51).

Al inicio del siglo XVII, se establece la Teoría Unicista en cuanto al agente etiológico causal, común a todas las enfermedades venéreas: Un Virus, Teoría -- que prevaleció hasta 1767 en que Balfour y posteriormente Ellis y Tode, por observaciones clínicas, contraponen la Teoría Dualista de que la Sífilis y la blenorragia se debían a dos diferentes agentes (51). Empero las experiencias y prestigio de Jhon Hunter - cirujano londinense - que se inoculó a sí mismo secreción uretral de un presunto blenorragico, sufriendo la aparición de un chancro seguido de lesiones secundarias, motivó el reforzamiento al pensamiento de los "unicistas".

Phillip Ricord a mediados del siglo pasado, estudia extensamente el problema a través de experimentos en seres humanos, logrando por medio de sus resultados cambios en el pensamiento médico al establecer que la sífilis y la blenorragia eran entidades diferentes -- (7).

En 1872 Hullier señala la presencia de formas cocoides intracelulares en las secreciones purulentas blenorragicas, pero no fue si no hasta 1879 que Albert Luwin-Neisser, describe de una manera más exacta y precisa las características del germen patógeno de la enfermedad, siendo conocido a partir de ese momento dicho germen con su nombre (2^a).

Hans Christian Jaachin Gram, bacteriológico danés, -- describe la técnica de coloración del germen en 1885, lo que constituyó a la identificación microscópica -- presuntiva del mismo (25).

Lelsieistikow y Loeffler, en 1882, lograron cultivar el gonococo en un medio de gelatina-suero-sangre, cerrando así el ciclo de las pruebas bacteriológicas en el diagnóstico del germen de la blenorragia (23).

El año 1906, marca el inicio en la era inmunológica para la blenorragia, a partir de Muller y Opehein, quienes -- dan a conocer el primer test de fijación del complemento (25)

En 1909 se produce un cambio cualitativo, en el conoci - miento de las caracterfsticas del gérmen de esta enferme - dad, al diferenciar éste de otra neisserias, con la prue - ba de la fermentación de carbohidratos, crédito que co - rresponde a Elser y Huntoon (25).

La blenorragia es problamente la enfermedad infecciosa - en la que se han ensayado diversas formas de tratamiento y mayor número de antimicrobianos. La terapéutica con - permanganato de potasio (1892), discontinúa el tratamien - to del aceite de sándalo y otras soluciones. La intro - ducción de las sulfamidas en 1937 por Bess y Colston -- abrió una expectativa en su tratamiento; pero el paulati - no incremento de la resistencia del gérmen hacia aquella, aunado al descubrimiento de la penicilina hizo que se -- abandonara su uso, sin embargo esta terapéutica marcó una etapa importante ya que de métodos prácticamente iatrogé - nicos se llegó a otras formas más afectivas con más carác - ter científico (25).

Actualmente la penicilina continúa siendo el antibiótico de elección sin embargo sus dosis han tenido que ser aumentadas varias veces más, desde que la misma se usó por primera vez.

A partir de 1960, comienzan a presentarse numerosos fracasos en el tratamiento con penicilina, por la aparición de nuevas cepas de gonococos productores de Beta Lactamasa -- resistente al medicamento; las cuales han sido identificadas en 40 países del mundo.

4.6.3.- Agente Etiológico:

El agente etiológico de la gonorrea es la neisseria-gonorrhoeae, que se encuentra dentro de la siguiente clasificación taxonómica (52).

División I	-	Protophyta.
Clase II	-	Schizomicetos
Orden	-	Eubacteriales
Familia	-	Neisseriaceae
Género	-	Neisseria
Especie	-	Neisseria Gonorrhoeae.

Las Neisserias son cocos plógenos gram negativos que generalmente se agrupan en pares. Algunos miembros son habitantes normales del sistema respiratorio del hombre, y se presentan extracelularmente, otros como los gonococos son patógenos para el hombre y su localización característica es intracelular.

La especie humana constituye el único reservorio natural conocido de las neisserias, aunque artificialmente se ha logrado aislar en animales de experimentación como el chimpance, demostrando su transmisión sexual (26):

Las diversas especies de neisserias comparten características morfológicas y metabólicas, diferenciándose en otras propiedades como por ejemplo que las especies no patógenas crecen a 22°C y en agar ordinario sin sangre, mientras que el meningococo y gonococo generalmente no pueden hacerlo (10).

Todas las especies son fundamentalmente aerobias, pero pueden multiplicarse en condiciones microaerólicas. En general son sensibles a la luz, desecación y al calor. Como característica del género pueden reconocerse por su capacidad y rapidez para oxidar el dimethyl o tetromethyl-phenyledeamine al 1% (28).

4.6.3.1.- Morfología.

Las neisserias gonorrhoeae, son diplococos gram negativos, inmóviles, no esporulados, de aproximadamente 0,8m de ancho y 0,6m de longitud, que se agrupan en parejas y algunas veces en tétradas y pequeños racimos, individualmente tienen forma de riñón o granos de café con los lados adyacentes planos o cóncavos.

Los gonococos forman 4 tipos de colonias; la T1 y T2, virulentas de tamaño pequeño y poseen pili y la T3 y T4 derivadas de cultivos no selectivos ----

repetidos, de tamaño mayor, carecen de pili y son avirulentas.

Los pili son estructuras filamentosas de 3m de diámetro, cuyo constituyente principal es una proteína con sub-unidades de peso molecular de 17,000 hasta 21,000 y una densidad que varía de 1.28 a 1.34. Los pili tienen la función de facilitar la unión de los gonococos a las células, y se cree que ayudan a los gonococos a alojarse inicialmente en el polimorfonuclear. Se ha señalado que imparten una motilidad contractil a este agente.

4.6.3.2.- Tinción:

A la *Neisseria Gonorrhoeae*, es posible teñirla con los siguientes colorantes: Azul de Metileno de Loeffler, solución de fucsina fenicada, verde metilopironina de papenhein y con la tinción de gram. Son gram negativos siendo el único diplococo patógeno-esta última características (25).

4.6.3.3.- Resistencia:

Los gonococos son microorganismos muy lábiles, se autolizan y mueren en pocas horas fuera de su hábitat, afectandoles el calor, la desecación (sucumbiendo

en 1 a 2 horas), la luz solar; el ph ácido y alcalino (por arriba de 7.6) favorece la producción de enzimas autolíticas,, Son muy sensibles a los antisépticos usuales, en especial al $\text{NO}_3 \text{Ag}$ el cual a una dilución de 1,400 , los destruye en dos minutos, al igual que una solución de feniloal 1%.

El gonococo tiene como se ha descrito poca resistencia a muchos agentes, pero también una gran adaptabilidad y con respecto a los antimicrobianos como la penicilina su resistencia va en aumento (25).

4.6.3.4.- Cultivo:

Los gonococos son microorganismos aerobios estrictos, muy fragiles. En medios de cultivos crecen mejor cuando están enriquecidos con sangre calentada a 90°C o con proteínas animales, en un ambiente húmedo (70°C) con una atmósfera de 5 a 10% de CO_2 . La temperatura ideal de incubación oscila entre 35 y 36°C , cesando su desarrollo por debajo de 30°C y por encima de 38°C , el ph debe fluctuar entre 7.2 y 7.6. Los ácidos grasos y tóxicos presentes en el medio de cultivo pueden inhibir el crecimiento, pa-

ra neutralizar su acción se adicionan sustancias como almidón, carbón vegetal, mucina gástrica o la fracción insoluble del autolizado total de levadura (10).

En medios enriquecidos como el Thayer Martin, el gonococo forma en 24 a 48 horas, colonias mucoides, convexas, brillantes, elevadas, de 1 a 5mm de diámetro, transparentes, no pigmentadas, blancas grisáceas y amarillentas y no hemolíticas (53).

Las colonias típicas de aspecto brillante, difieren de las blancas grisáceas en la composición de la membrana externa y la estructura de sus pili. Las blancas grisáceas son sensibles a la tripsina, se encuentran predominantemente en exudado de endocervix de mujeres infectadas que están cerca de la mitad del ciclo menstrual; las colonias transparentes, insensibles a la tripsina generalmente, se aíslan de mujeres que se hallan alrededor del período menstrual y que ingiere anticonceptivos orales (25).

Bioquímicamente se caracterizan por fermentar la glucosa produciendo ácido (sin gas), pero no metabolizan a la sacarosa, maltosa, lactosa y fructuosa, lo-

que la diferencia de las otras neisserias.

Elaboran catalasa, y al igual que otras neisserias, la enzima indofenoloxidasa al reaccionar con una solución al 1% de NN dimethyl-p-phenylene diamine se manifiesta por un cambio transitorio en la coloración de la colonia pasando por el rosado inicial, rosa magenta y finalmente negro.

4.6.3.5.- Características de Crecimiento.

Los gonococos se dividen por partición directa siguiendo un plano perpendicular al punto medio del eje longitudinal, formando así cocos. El proceso de partición solo dura 4 segundos y tarda por lo menos 20 minutos en volver a partirse el coco recién formado, por lo que en los frotis predominan los elementos adultos (25).

4.6.3.6.- Estructura Antigénica:

Los gonocócos poseen lipopolisacaridos y nucleoproteínas similares a las del resto de las demás neisserias y una cápsula demostrable por tinción negativa. Cierta especificidad inmunológica reside en las proteínas del "complejo de la membrana externa" y de la

fracción lipóide depende la toxicidad.

De la envoltura externa del gonococo se ha podido comprobar que salen vesículas que contienen grandes cantidades de lipopolisacáridos. Estos están constituidos por un lípido A, unido a un oligosacárido central, y constituyen una potente endotoxina que podría jugar un papel en la patogenia.

Wolf, watz y Col. han identificado alrededor de 287 cepas de gonococos y partiendo de las proteínas de la membrana exterior se han clasificado 16 serotipos, los cuales son electroforéticamente distinguibles (A, B, C, D, E, F, G, H, N, R, S, T, Q, V, W, Y, X.), pudiendo en un futuro utilizarse un sistema de serotipificación en la identificación del germen.

Los gonococos se adhieren a la superficie de las células epiteliales con ayuda de los pilis, pero pueden ser bloqueados por un anticuerpo antipilis.

Algunos gonococos secretan proteasa que pueden destruir los anticuerpos IgA de superficie.

Swanson y Col., aislaron una proteína con un peso mole-

cular de 29000 delton, la cual parece que también estimula la adherencia de los gonococos a la superficie de los polimorfonucleares, que fue denominado factor de adherencia leucocitaria (LA). Otra proteína más está relacionada con el color de las colonias, que no es debido a pigmentos, sino a la diferencia en los patrones de crecimiento de los gonococos en el cultivo (29).

4.6.4.- Patogenia:

El contagio de la blenorragia es casi siempre directa de una persona enferma a otra sana.

Una vez ocurrido el contacto y exposición al agente, el desarrollo de la blenorragia está relacionado con las diversas variables del agente y el huésped, no existiendo inmunidad natural frente al gonococo (8).

El gonococo tiene una selectividad por el epitelio cilíndrico o columnar y el de transición a los que atraviesan fácilmente, no así el epitelio escamoso o plano estratificado, cuyas múltiples capas forman una barrera efectiva contra su penetración (5).

Cuando los gonococos llegan en número suficiente a una mucosa receptiva (uretra, conjuntiva, cervix, recto y vagina en niños etc), sin necesidad de que alguna efracción del epitelio sirva de puerta de entrada, coloniza la superficie de la mucosa, penetra hasta el conjuntivo submuroso y después de una incubación de 3 a 5 días se producen los primeros síntomas de un catarro epitelial con descamación y posterior destrucción del epitelio, con gran afluencia de leucocitos, células plasmáticas y proliferación de células conjuntivas fijas, este proceso ocasiona abundante secreción purulenta característica de la enfermedad. (8).

Por microscopía electrónica se ha podido observar el comienzo de la infección la cual consta de 3 períodos (54).

1er. Período: Adherencia del gonococo a la superficie mucosa,

Se cree que la unión tiene lugar mediante las pilis del microorganismo a la superficie de la célula epitelial, lo que evita sea arrastrada por la orina y el moco.

Esta débil fijación de los gonococos permiten su --

desplazamiento sobre la superficie epitelial y posibilita su desprendimiento para infectar un nuevo huésped (29).

2do. Período: Penetración en la superficie de la mucosa.

El gonococo se diferencia de los microorganismos comensales que habitan en forma abundante en la superficie de las mucosas, en que el primero tie
ne una gran capacidad para penetrarla.

Una vez que los gonococos han penetrado en la mu
cosa, actúa el sistema defensivo del huésped. El suero de éste es bactericida para el gonococo, los opsoniza mediante la fijación del complemento induciendo a la fagocitosis, produciéndose así el cuadro típico observado en las extensiones teñidas por el método de Gram. En la primera fase de la infección la mayor parte de los micro-organismos pueden ser extracelulares, pero en poco tiempo se encuentran intracelularmente o unidos a la superficie de los polimorfonucleares.

Este aspecto debe tenerse en cuenta al valorar el

resultado de un examen directo por la técnica de Gram, ya que si bien el diagnóstico positivo de gonorrea se realiza únicamente cuando se encuentran diplococos intracelulares, la aparición, en el frotis de diplococos extracelulares con gran cantidad de leucocitos, debe constituir una sospecha de esta enfermedad aunado a otros factores clínicos epidemiológicos (25).

Con el tiempo el epitelio dañado es regenerado sobre un tejido de granulación. Si la inflamación ha sido aguda, la fibrosis resultante del proceso de cicatrización puede dar lugar a una estrechez u oclusión tubérica o uretral.

3er Período: Propagación de la infección:

En la mayoría de los casos la infección se mantiene localizada en la mucosa, hasta que se administra el tratamiento y tiene lugar la cicatrización.

En algunos casos se produce una propagación local de la infección con participación de las glándulas que drenan en el tracto urogenital.

Algunos autores piensan que la enfermedad inflamato-

ria pélvica probablemente resulta de dicha propagación en sentido ascéndente; basándose en el hecho de que los cultivos de sangre son negativos.

En menos casos los gonococos pueden diseminarse por la corriente sanguínea produciendo lesiones cutáneas, artritis, e inclusive endocarditis y menigitis

En la producción de estas infecciones diseminadas parece tener importancia diversos factores (inmunológicos, hormonales, invasividad) ya que cuando ocurre la inflamación del tejido conjuntivo, que se acompaña de gran dilatación de las asas capillares, por donde fácilmente penetra el gonococo al torrente circulatorio, se provoca una septicemia que no siempre se traduce en síntomas clínicos o "metastasis" a distancia (55).

4.6.5.- Manifestaciones Clínicas de la Gonorrea.

La infección gonocócica tiene un espectro clínico muy variado que va desde una infección tan leve - que pasa desapercibida por el paciente el cual actúa como un portador asintomático, hasta una grave septicemia.

Pudiendo manifestarse en orden creciente de gravedad como una infección localizada, infecciones diseminadas localmente, (epididimitis, prostatitis, vesiculitis, proctitis, salpingitis, inflamación pélvica aguda) y diseminación hematógena con presentación de lesiones cutáneas, artritis, endocarditis y meningitis.

El curso de la infección va en relación a la virulencia del gonococo y a fenómenos de inmunidad del huésped, pudiendo haber regresiones espontáneas de los síntomas agudos al cabo de cierto tiempo, casos de curación espontánea llegando algunos autores a referir que el 95% de los casos en el transcurso de 8 semanas a 6 meses tienen resolución de la enfermedad sin tratamiento (1). O puede producirse blenorragia latente en la cual hay una atenuación de la infección por la disminución de la -

virulencia del germen y por otro lado aumento de la resistencia del sujeto en los cuales una superinfección trae consigo una agudización de los síntomas y propagación de la infección.

La gonorrea toma diferentes caracteres clínicos - en el hombre y la mujer. Según su localización - puede ser genital y extragenital y éstas a su vez pueden ser complicadas y no complicadas.

4.6.5.1.- Gonorrea en el Hombre.

La uretritis anterior aguda es la forma más frecuente de presentación de la infección gonocócica en el hombre.

Previo período de incubación que en el 80% de los casos es de 3 a 4 días y como máximo 8, se presenta un período inicial o prodrómico se caracteriza por ligera sensación de cosquilleo o picor en la porción anterior de la uretra peniana, los bordes del meato se encuentran pegados y al comprimir - la uretra salen gotas minúsculas de secreción serosa observándose al frotis células epiteliales - de descamación, algunos acúmulos de gonococos extracelulares y raros leucocitos. Después de algunas - horas o máximo dos días, se presenta en forma brus-

ca disuria intensa con un exudado uretral purulento, de color amarillo verdoso y/o grisáceo que fluye espontáneamente o por compresión del meato uretral, el cual se encuentra enrojecido y edematoso. En los días siguientes aumenta la intensidad de todos los síntomas y en primo infecciones muy agudas, la destrucción epitelial puede ser tan extensa que provoque pequeñas hemorragias, que hacen sanguinolenta la supuración uretral.

Hay un tres o doce por ciento de casos de infección uretral asintomática y se calcula que el 50% de los hombres que tuvieron contacto sexual con mujeres afectadas de gonococia diseminada o I.P.A., no desarrollaran síntomas, teniendo cultivo positivo (57).

En general los pacientes asintomáticos o con clínica intermitente son los más importantes transmisores de la enfermedad.

4.6.5.1.1.- Complicaciones Urogenitales de la Gonorrea Masculina:

Estas complicaciones disminuyeron desde la introducción del tratamiento con antibióticos, pero aún

así llegan a presentarse las siguientes complicaciones:

Propagación de la infección a los conductos para uretrales, foliculitis, periuretritis, prostatitis aguda crónica, estrecheces uretrales, etc.

De lo anteriormente señalado se demuestra que en el hombre se produce también una propagación ascendente de la gonococcia que se puede presentar desde un involucramiento de las glándulas para-uretrales de la próstata, glándulas seminales, epidídimo y testículo, que serían la expresión masculina de la inflamación pélvica gonococcica de la mujer (59).

4,6.5.2.- Gonorrea en la mujer.

La gonorrea tiene importancia en el sexo femenino porque al invadir el gonococo los órganos genitales pelvianas (útero, trompa y ovario) ocasiona procesos de mucha gravedad (60).

En su primera fase, según Menge la afección aguda comienza en el 95% de los casos por uretritis, en el 80% por el cuello uterino y sólo el 20% a nivel de las glándulas de Bartolino.

La blenorragia crónica en cambio solo se localiza en uretra en el 30% de las enfermas, el cuello uterino está afectado en el 95% de los casos y glándulas vestibulares en el 25% (62).

A diferencia de lo que ocurre en el hombre las mujeres con vida sexual activa pueden padecer desde el primer momento blenorragia de tipo crónico sin sintomatología, por lo que la enferma ignora por completo su estado (8). En diversos estudios la prevalencia e infección asintomática encontrada ha variado del 19 al 90% de los casos por lo que se piensa es probable un promedio del 60% de los casos (63).

4.6.5.2.- Sintomatología.

Cuando se presenta sintomatología lo más frecuentemente encontrado es: leucorrea, metrorragia, o hemorragia inter-menstrual, disuria, polaquiuria y escozor. En estudios realizados por Barlow y Phillips en 1978 se encontraron las siguientes distribuciones porcentuales de estos síntomas (63).

Síntomas en 258 mujeres en que encontró gono -
coco.

Síntomas	Número de enfermo	%
Leucorrea	103	40
Disuria	30	12
Prurito	16	6
Dolor abdominal	18	7
Escozor	6	2
Otros	22	9
Sin Síntomas	124	48
Total de casos	258	100

Como podemos notar la sintomatología de la gonorrea no es típica, pudiéndose confundir con muchas otras patologías cervico-vaginales además que existe una frecuencia alta de infección simultánea de gonococos con otros gérmenes productores de E.T.S. entre ellos: Trichomonas vaginales, Chlamydia, Trachomatis, Cándidas Albicans, Corinebacterium Vaginalis, Herpes Viral etc.

A.- Infección Gonocócica localizada o no complicada.

a.1.- Uretritis.

Es la manifestación inicial más frecuente, la sintomatología se inicia con una sensación de cosquilleo y escorzor que se intensifica a la micción. El hecho de que la uretra femenina sea de menor longitud y sin esfínter externo hace que la uretritis sea total y frecuentemente se presentan los síntomas de afectación del cuello vesical consistentes en:

Polaquiuria, tenemos vesical y en las formas intensas hemorragia terminal y cistitis. La inspección muestra: meato enrojecido, -- edematoso, con la mucosa ligeramente evertida y secreción amarillo verdosa abundante.

La formación de periuretritis es excepcional en las mujeres, lo mismo que la infiltración de las paredes uretrales y la estenosis consecutiva.

a.2.- Cervicitis Aguda:

Sigue en frecuencia a la localización ure-

tral y generalmente es secundaria a ésta. Por lo regular no provoca molestias, siendo solamente evidente la aparición del flujo amarillento. A la exploración ginecológica el cuello uterino se nota adematoso, enrojecido y sangra fácilmente. El tapón mucoso normal está sustituido por abundante secreción mucopurulenta amarilla. Esta fase generalmente pasa a la cervicitis crónica en que encuentra el 95% de enfermas, donde el cuadro anteriormente descrito se torna leve e imperceptible.

B.- Infección Gonocócica genital ascendente en la mujer.

La invasión ascendente del gonococo está favorecida por las condiciones anatómicas de la mucosa uterina, La menstruación, el puerperio y la acción mecánica del coito ayudan a la propagación del gonococo a través de la mucosa del cuerpo de la matriz.

La infección gonocócica genital ascendente trae consigo complicaciones graves para la mujer (Inflamación pélvica aguda y crónica, embarazo-

ectópica, infertilidad) con serias repercusiones individuales, económicos y sociales.

Se estima en general que del 10 al 17% de las mujeres con infección gonocócica desarrollan salpingitis aguda y que aproximadamente el 20% de ellas tendrán como consecuencia infertilidad (5).

b.1.- Inflamación pélvica. En 1975, en Hospitales de EE.UU. ocurrían del 5 al 10% de ingresos y consultas a gineco-obstetricia por enfermedad inflamatoria pélvica, comprendiéndose -- por este término; la endometritis, salpingitis, linfangitis pélvica y peritonitis. Correspondiendo a una infección por gonococo del 40 al 50% de los casos.

En 1979, casi un millón de mujeres por año presentaron enfermedad inflamatoria pélvica y sus secuelas. En E.U., esto representó; más de dos y medio millones de consultas médicas, un cuarto de millón de ingresos a hospitales, casi 15 0,000 intervenciones quirúrgicas anuales.

La enfermedad inflamatoria pélvica asociada con la

E.T.S. a menudo comienza en jóvenes solteras, presentándose manifestaciones de trastornos recurrentes, - esterilidad, embarazo ectópico y cirugía mayor; de 5 - 10 años más tarde (32).

Se ha visto que el uso del D.I.U. produce de tres a nueve veces más riesgo de desarrollar un síndrome de inflamación pélvica si se compara con aquellas mujeres que usan anticonceptivos orales o no usan ningún tipo de anticonceptivos (65).

La sintomatología predominante es un dolor abdominal bajo espasmódico que por lo regular se presenta uno a dos días después del período menstrual, suele acompañarse de náusea, anorexia, vómito, cefalea y en casos graves; fiebre, leucocitos, velocidad de sedimentación acelerada. Un 20 a 40% presentan disuria, leucorrea y sensación de escozor.

A la exploración hay dolor a la movilidad del cérvix, exudado purulento en endocervix, inflamación uterina y de los anexos, alargamiento e induración de las trompas de falopío e incluso masas pélvicas.

Skenbach y Holmes encuentran que en el 31% de las pa

cientes con síndromes de inflamación pélvica, había dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen que sugería la posibilidad de una perihepatitis la cual se produce por diseminación del gonococo a través de la cavidad peritoneal a vasos linfáticos.

Esta afección si no recibe un tratamiento adecuado, evoluciona frecuentemente a la cronicidad.

b.2.- Meretrítis Gonocócica:

Se traduce por una sensación de pesadez y eventualmente dolor en la región pélvica y flujo purulento mucho más abundante del que se presenta durante la cervicitis. Por lo general hay fiebre (38-39°C.), y trastornos menstruales del tipo de la metrorragias.

La cavidad uterina comunica directamente con las trompas, no hay ninguna barrera y la mucosa uterina se continúa sin transición. Esto permite que una vez que el gonococo penetre en el útero, los anexos participen simultáneamente en el proceso, asegurando algunos autores que no hay meretrítis sin anexitis, uni o bilateral (8).

b.3.- Anexitis:

En la anexitis la sintomatología es de variable in-

tensidad. En la forma hiper-aguda la temperatura tiene mayor exacerbación al igual que las molestias locales lo que impide la marcha y las relaciones sexuales por el intenso dolor que despiertan,

La secreción purulenta de la trompa invadida por el gonococo puede ser tan abundante que la tumefacción de la mucosa interrumpa la comunicación con la cavidad uterina coleccionándose un voluminoso absceso tubárico denominándose piosalpinx que puede quedar localizando o bien derramarse al peritoneo pelviano a través del orificio distal de la trompa y por perforación de sus paredes.

Esto trae consigo una pelvi-peritonitis gonocócica que generalmente queda limitada a la región pelviana, pero que puede propagarse al resto de la serosa, ocasionando una peritonitis gonocócica generalizada con consecuencias muchas veces fatales.

Cuando la inflamación peritoneal se circunscribe a la región pelviana la secreción purulenta puede coleccionarse en el fondo de saco de Douglas y hacer imprescindible la evacuación y colocación de un drenaje, planteándose en ocasiones esta indicación quirúrgica -

con urgencia.

La evolución por lo general es crónica con acceso agudo que puede presentarse meses después de iniciarse un proceso anexial de discreta sintomatología. Las adherencias consecutivas a la inflamación peritoneal y el tejido celular pelviano, provocan continuas molestias en el bajo vientre, hacen dolorosa la marcha y el estar de pie, imposibilitan el coito y solamente remiten con reposo en cama, convirtiendo a mujeres en inválidas durante muchos meses (74).

Las localizaciones altas y cerradas aumentan la resistencia al tratamiento de las infecciones de genitales externos, existiendo siempre el peligro de su reinfección.

Pero aunque no se de el caso de peritonitis o piosalpinx y exista regresión espontánea del proceso se ocasiona generalmente adherencia entre los diversos órganos pelvianos principalmente trompas, ovario, lo que puede traer consigo esterilidad. Aún si la salpingitis no llega por completa a obturar la luz tubárica, deja acodaduras y bridas donde fácilmente anida el óvulo predisponiendo así al embarazo ectópico tubárico.

b.4.- Embarazo Ectópico:

El embarazo ectópico o extrauterino se desarrolla como consecuencia de la implantación del huevo fecundado fuera del endometrio.

Existen diferentes factores que lo originan, ya sea impidiendo o retardando el paso del huevo fecundado a la cavidad uterina, o aumentando la receptividad de la mucosa tubaria a la gestación (72).

Entre los primeros se encuentran las salpingitis crónica, los trastornos en la actividad ciliar y peristáltica causada por procesos infecciosos agudos y crónicos (gonococia, tuberculosis anexial). Estas causas hacen que el huevo demore su trayecto a recorrer, y por fin, el trofoblasto desarro llado se implanta en zona ectópica.

Entre los segundos factores las causas son más difíciles de precisar, aunque en muchas ocasiones -- pueden describirse zonas con una respuesta ~~anormal~~ desidual parecida a la del endometrio.

Las variedades de localización son: Ovario, las -- trompas, , los cuernos uterinos, el peritoneo abdo

minal o pelviano y en caso excepcional en el cuello de la matriz.

La trompa es el sitio de implantación más frecuente cerca del 98%. El embarazo tubario ofrece a su vez distinta localización: fimbriado, infundibular, ampollar, ístmico e intersticial, según se desarrolla en las franjas tubaricas, en el pabellón, en la ampolla, en el istmo o en la porción intramural de la trompa. Las más comunes son la ampollar y el ístmico., siendo el intersticial el menos frecuente con el 1% de las gestaciones tubáricas.

Los estudios de frecuencia de salpingitis como causa de embarazo ectópico son de resultados muy variados- (33).

- En relación a la historia del 0.5 a 8.2 %.
- En relación al examen macroscópico: del 8 al 50%
- En relación al examen microscópico de trompas del 19 al 95% ya que el embarazo produce modificaciones., el criterio histológico para diagnosticar salpingitis previa es el encontrar salpingitis --follicular. Bone y Green, encontraron que el 38% de los pacientes con el embarazo ectópico mostraban evidencia de infección tubaria.

Respecto a su frecuencia el riesgo de un embarazo ectópico aumento de 6 a 10 veces después de una enfermedad inflamatoria pélvica.

En EE.UU., en 1977 el embarazo ectópico fue la causa del 12% de muertes maternas. En este mismo país, la tasa de embarazo ectópico ha aumentado notablemente, duplicando su incidencia de 4.7. a 9.3 - por mil nacidos vivos en los años de 1971 a 1977 - (32); por lo que muchos autores consideran utilizarlo como indicador indirecto que refleja el aumento en la incidencia de las E.T.S., en el caso particular de la gonorrea.

4.6.6.- Diagnóstico de la Gonorrea.

El diagnóstico comprende la realización de tinción de gram, del exudado obtenido de las diferentes zonas infectadas por gonococos (uretra, cérvix, recto, etc.) y cultivo en los medios apropiados, no existiendo aún un método satisfactorio de análisis de sangre.

4.6.6.1.- Tinción de Gram:

La Técnica de Tinción de Gram es la más accesible para "Screening" a nivel de las unidades de salud primarias, siendo ésta de fácil aprendizaje y aplicación.

El diagnóstico bacterioscópico de la blenorragia, por la tinción de gram se funda en los tres caracteres siguientes (66).

- Diplococos en forma de granos de café, opuesto en su borde cóncavo.
- En su cualidad gram negativos.
- La situación intracelular de los gérmenes.

En manos experimentadas, los frotis teñidos por el método de gram son un medio sensible para detectar los gonococos en el hombre, con una sensibilidad de alrededor del 96%, comparada a los cultivos. Es

considerablemente menos sensible en la mujer y solamente detecta sobre dos tercios de los casos, - en los cuales los cultivos son positivos.

La especificidad para ambos sexos, es muy alta con solo un 2.5% de falsos positivos, según el Center-For Diseases Control of U.S.A.

El mejor sitio para obtener la toma de muestra positiva que confirme el diagnóstico de gonorrea en una mujer es el endocervix. La toma debe ser realizada por un personal profesional experimentado, pero también es posible obtenerla de uretra y recto, esta última se facilita con la visualización - de las acumulaciones de mucopus, a través del proscopio.

Las muestras de orofarínge no son de rutina, pero deben realizarse cuando ha habido prácticas sexuales orogenitales.

4.6.6.2.- Cultivo:

El método de siembra directo de las muestras en un medio selectivo es ideal si las placas pueden incubarse sin demora en una atmósfera de un 8% al 10% de CO₂. Un retraso mayor de 2 horas en la exposición al CO₂, puede tener como consecuencia la pérdida del cultivo. Las muestras puestas en el medio de transporte de Stuart y Amies, para luego sembrarlas en placas de laboratorio, permite por lo menos recuperar un 90% de los gonococos en 24 horas. Pero después de este tiempo disminuye mucho la proporción de recuperación.

Los medios de cultivo más utilizados son: Thayer - Martin y Agar chocolate.

El Thayer Martin modificado es un medio selectivo que contiene una base G.C. sangre, mezcla enriquecedora y mezcla inhibidora que contiene vancomicina, colistimetato de sodio y nistatina. Esta mezcla inhibidora formada por antibióticos hace que estos sean sumamente selectivos para los gonococos, sobre todo en muestras provenientes de localizaciones muy contaminadas.

Sin embargo, la nistatina no proporciona siempre

en forma satisfactoria la prevención del crecimiento de levaduras, por lo que investigadores como Mayer y Parson, usaron anisomicina y anfotericina-B. El crecimiento de *Proteus* sp, puede inhibirse añadiendo trimetropin.

Reyn y Bentzon, observaron que el 3.7% de las cepas de gonococos, son inhibidas por estos antibióticos, siendo excepcionalmente sensibles a la vancomicina por lo que aconsejan sustituirla por lincomicina, a pesar de que esta última no es tan efectiva, para suprimir contaminantes gram positivos.

En la práctica la pequeña proporción de cepas que son inhibidas es considerablemente sobrepasada por aquellas que se pierden por el excesivo crecimiento de las contaminantes si se usa un medio libre de antibiótico.

Los cultivos ideales, deben ser realizados en ambos medios (selectivos, no selectivos) pero debido al tiempo, trabajo y recursos, rara vez se hace simultáneo.

Se pueden leer las placas a las 24 horas de incubación, pero no deben ser descartadas como negativas, hasta que no hayan sido incubadas 48 horas.

El hallazgo de diplococos gram negativos de una morfología típica de una colonia con una reacción oxidasa positiva, proporciona una buena identificación del gonococo, aunque es posible realizar otras pruebas confirmativas, tales como la producción de ácido de glucosa (detectada por un indicador), pero no así de maltosa, lactosa, o sacarosa, lo cual es característico de los gonococos.

El número de gonococos presentes en las mujeres infectadas varía mucho, Lowe y Krauss han encontrado que los contajes de las colonias varían desde 4×10^2 hasta 1.8×10^7 , en los lavados cervicovaginales.

Según Chiperfield y Catterall encontraron la siguiente de positividad en cultivos repetidos de uretra y cervix en 259 mujeres con gonococia; siendo el 91%, 7.1% y 1.9% para el primer, segundo y tercer cultivo respectivamente (67).

Las precauciones en la obtención del material de cultivo, limpiando antes de la toma de los exudados

de los puntos ya referidos, facilitarán el aislamiento. Las muestras de los hombres, son casi siempre - tomados de la uretra o del recto en los homosexuales, las torundas utilizadas, deben ser lo suficientemente pequeñas para facilitar su penetración en el sitio de muestreo.

En la mujer, la realización solo del cultivo del endocervix, lleva al diagnóstico del 84,3% de los casos, - por lo que en los países desarrollados, constituye la prueba de screening por excelencia.

Los cultivos de uretra raramente son positivos cuando los de endocervix se han mostrado negativos, aún en - los casos que presenten síntomas de infección urina - ria.

Barlow y Phillips, Inglaterra 1977 encuentran la si - guiente distribución porcentual de pruebas diagnósti - cas positivas según localización anatómica (68).

PRUEBAS DIAGNOSTICAS POR GONOCOCCO QUE FUERON POSITI-
VAS EN 604 MUJERES

LOCALIZACION	TINCION DE GRAM	CULTIVO	TOTAL
Uretra	12.3 %	76.3%	76.6 %
Cérvix	47.6	85.6%	89.7 %
Recto	12.1	36.7%	38.9 %
Faringe	-	5.6	5.6
Vagina*		3.	3

* Número de casos.

Barlow, Y Phillips

Actualmente los métodos de laboratorio más usados en el diagnóstico de la gonorrea son la tinción de gram y cultivo en medios selectivos (Thayer Martin). El primero tiene una alta especificidad y moderada sensibilidad en relación al cultivo el cual tiene una elevada sensibilidad y especificidad, sin embargo este último siempre es accesible económicamente para su aplicación masiva.

La tinción de gram cervical usada conjuntamente con el diagnóstico por cultivo-permite la detección del 98% de los casos ofreciendo las siguientes ventajas. (36).:

- . Posible diagnóstico en la primera consulta.
- . Tratamiento con diagnóstico confirmado.
- . Facilita el proceso epidemiológico.

- Reduce al mínimo la tasa de deserción al tratamiento.
- Oportuno por diagnóstico temprano.

4.6.6.3.- Diagnóstico serológico de la gonorrea.

En el pasado la fijación del complemento gonocócico era usado como una ayuda al diagnóstico de la gonorrea, pero fue abandonado por su poca especificidad y sensibilidad.

Se han hecho muchos intentos en la aplicación de técnicas inmunológicas para detección de anticuerpos, con el fin de desarrollar pruebas que descubran los portadores asintomáticos de gonorrea, principalmente de los grupos de alto riesgo. Estos métodos incluyen inmunofluorescencia, hematoaglutinación, radioinmunoensayo y la prueba enzima-inmunoanálisis.

En la identificación por inmunofluorescencia, el anticuerpo antigonocócico específico-fluorescente conjugado puede ser usado para examinar frotis de colonias de aislamientos primarios. Esta técnica permite la identificación de gonococo en el 95% de los pacientes varones y en el 93% de las mujeres. El método puede ser usado como una alternativa a --

las laboriosas pruebas de azúcares en cultivos de localizaciones genitales (69).

Esta capa está aún en desarrollo. La preparación de fracciones antigénicas definidas de gonococos, como el pili, lipopolisacáridos y proteínas de la membrana externa encaminarán hacia pruebas más -- efectivas (70).

De acuerdo a lo ya señalado podemos decir que el diagnóstico de la gonorrea actualmente es aún difícil de establecer por algunas razones entre las que destacan; la poca o ninguna sintomatología y/o la inespecificidad de la misma y por otro lado la labilidad del microorganismo lo cual dificulta su identificación o hace necesaria la toma de medidas o cuidados especiales para obtener su crecimiento aún en medios de cultivos específicos. Esto explica en parte el bajo diagnóstico de esta enfermedad en países con tecnología poca desarrollada.

4.7.- Epidemiología de la Gonorrea y la Sífilis.

4.7.1.- Factores que inciden en las enfermedades de Transmisión Sexual, (E.T.S.).

Dentro de los factores que inciden en el mantenimiento de las E.T.S. podemos mencionar los siguientes (1) (2) (3) (4).

- Factores sociales, conductuales y económicos.
- Factores culturales.
- Factores Psicológicos.
- Factores demográficos.
- Factores médicos

4.7.1.1.- Factores Socio-económicos y de conducta.

Entre ellos podemos mencionar componentes íntimamente relacionados, tales como:

- a) Aspectos Migratorios, y movilidad de la población.

Desplazamiento de los grandes grupos poblacionales de las zonas urbanas ^a y rurales y vice-versa, con todas sus consecuencias que favorecen los encuentros casuales, conducta promiscua, prostitución y prácticas homosexuales, - que llevan al incremento de las enfermedades venéreas.

Poblacionales ambulantes producto de la urbanización, industrialización y del desarrollo económico, convirtiéndose los grupos de trabajadores migratorios en una característica de nuestro tiempo con problemas de viviendas, soledad, separación del núcleo familiar, etc.

Hay grupos ambulatorios "Crónicas" entre los cuales encontramos los marinos que presentan enfermedades venéreas 16 a 20 veces más frecuentes que en el resto de la población, otro grupo laboral lo constituyen conductores de rutas internacionales, las tripulaciones de vuelo, periodistas, y viajeros comerciales, los cuales se desenvuelven en ambientes que propician nuevas oportunidades para contactos sexuales. Finalmente podemos mencionar a los militares, entre las poblaciones móviles que inherentemente son los más expuestos.

B) Cambios de actitudes, ampliación de círculos sexuales, mayor promiscuidad.

La llamada "Revolución Sexual" que en los años de post-guerra originó cambios en las normas de la moral y de la conducta, la emancipación social, económica y psicológica de la mujer

y una generalizada afluencia económica que aumentaron la promiscuidad sexual.

Actualmente las actitudes sociales, con respecto a la conducta sexual, se ha tornado abiertamente permisivas, verificándose un cambio decisivo en los criterios morales y de conducta en muchos países; tales actitudes han llevado a una conducta menos discriminatoria, tanto heterosexual como homosexual, lo que ha acarreado nuevas dificultades en la localización de contactos, así como una mayor promiscuidad.

c) Desaparición de influencias restrictivas.

Al mismo tiempo ha habido una disminución del temor hacia las influencias restrictivas de la religión, de la familia y de la sociedad en general; originadas por un menor miedo a las enfermedades venéreas, y al embarazo por la disponibilidad de anticonceptivos orales e intrauterinos con el riesgo adicional de contraer enfermedades venéreas, debido al desuso de preservativos que en cierta manera impartían protección contra éstas enfermedades.

d) Grupo de alto riesgo.

Estudios han mostrado una cierta correlación en grupos especiales entre las enfermedades venéreas y otras patologías sociales como: - la delincuencia, la ilegitimidad, la farmacodependencia, prostitución y homosexualidad, - la cual indica que aquellas son un síntoma - de "enfermedad social" en los grupos problemáticos que por lo general están constituidos por jóvenes en su mayoría.

- Prostitución:

Como problema existente desde el sistema patriarcal que empieza con la división sexual del trabajo en las primeras sociedades y que persiste aún estrechamente enlazados en los diferentes modos de producción existentes. Con el agravante de que la prostitución ha adquirido diferentes modalidades que varían desde la explotación involuntaria de la mujer, como objeto de comercialización, hasta la llamada prostitución semiclandestina y voluntaria ejercida como un pasatiempo lucrativo.

Los homosexuales, como grupo de riesgo constituyen un grave problema epidemiológico por ser éstos en su mayoría promiscuos, en diferentes niveles sociales y por tener algunos de ellos contactos heterosexuales.

4.7.1.2.- Factores Culturales:

Intervienen en estos factores:

El conocimiento que se tenga acerca de las E.T.S. que permite la búsqueda del tratamiento en forma más rápida. Menos segura es la posibilidad de hacer comprender a alguien el valor en la selección de la pareja y de la toma de medidas profilácticas disponibles.

- Creencias. De acuerdo a las condiciones que se tengan sobre el riesgo personal a la infección, la utilidad de medidas preventivas y el concepto individual y el concepto individual de promiscuidad, los cuales condicionan la conducta sexual.
- Valores. Que en la población joven tiene mayor significación: el acto sexual como productor de satisfacción, que el temor de contraer una enfermedad venérea.

La persistencia aún de rasgos de la ideología patriarcal que conciente y fomenta experiencias sexuales con las prostitutas en los adolescentes a manera de reforzamiento del falso concepto de masculinidad.

Por otra parte, a nivel de algunos sistemas de salud, generalmente se priorizan los programas de atención a la madre y al niño, desestimando otros programas tales como los de lucha antivenérea, sin pensar que éstos permiten prevenir las secuelas de la enfermedad inflamatoria pelviana, pérdida del feto, muerte neonatal e incapacidades por defectos congénitos.

4.7.1.3.- Factores Psicológicos.

Entre los que se encuentran el comportamiento en relación a la salud que comprenden las iniciales para evitar la enfermedad a través de acciones tales como:

- Evitar contacto con personas potencialmente infectadas.
- Acudir a exámenes médicos preventivos o ante la

Tomar medidas profilácticas para disminuir riesgos-
tales como:

El uso de preservativos, de productos bactericidas -
antes o después del acto sexual, uso de antimicrobial
nos recetados por personal competente cuando exista-
la sospecha de infección en la pareja sexual.

Costumbres higiénicas en general, no solo individua-
les, sino también de la pareja.

- Colaboración en la detección de la enfermedad en la-
pareja sexual.

4.7.1.4.- Factores Demográficos:

- Mayor número de susceptibles que están expuest
tos a la infección debido a un rápido increment
to de la población.
- Grupos de jóvenes activos y que representan -
en la actualidad una proporción importante de
la población.
- Prolongación de la vida sexual activa por inic
cio en etapas más temprana de la menarquia y-
por retardo de la menopausia, y una mayor long

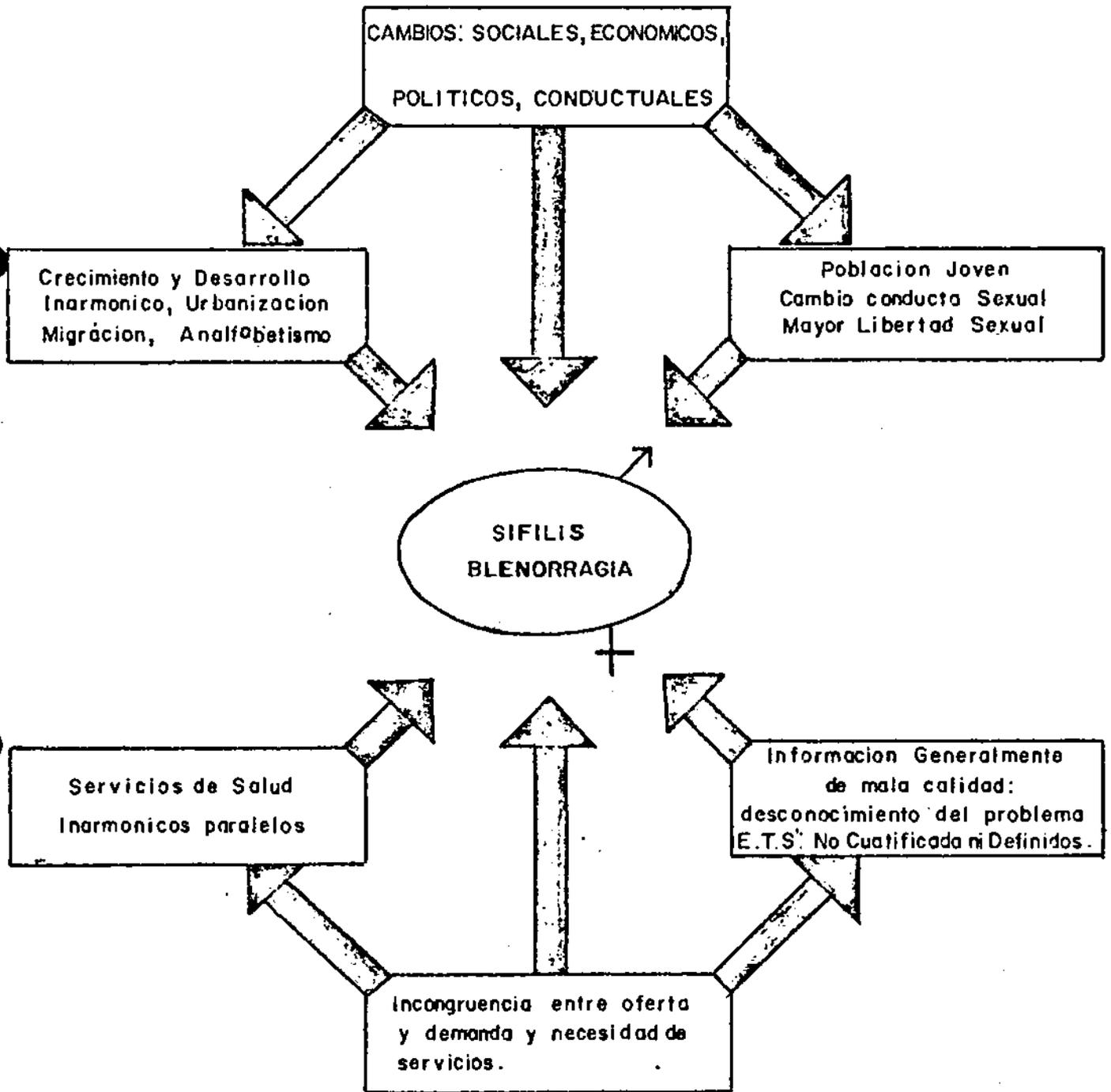
gevidad en ambos sexos.

4.7.1.5.- Factores Médicos.

- Sub-registró existente que lleva a un desconocimiento del problema y que se da por fallas en el diagnóstico originadas por diferentes criterios clínicos y epidemiológicos, falta de conocimiento y/o interés en el mismo, lo que al final conlleva a notificaciones deficientes y en el peor de los casos a la no notificación, completándose así el ciclo del sub-registro.

- Efectos no previstos de antibióticos que se da por la falta de criterios uniformes o incumplimiento de las normas terapéuticas establecidas.

ENFERMEDADES DE TRASMISION SEXUAL EN AMERICA LATINA



4.7.2.- Epidemiología de la Gonórrrea.

4.7.2.1.- Cadena Epidemiológica.

Agente: *Neisseria Gonorrhoeae* (ver agente etiológico)

Reservorio: Hombre enfermo en sus diferentes formas: Sintomático, o asintomático. El reservorio estrictamente humano.

Puerta de salida: Lesiones abiertas de piel y mucosas, meato uretral, ano.

Vehículo de salida: Secreciones de lesiones abiertas.

Fuente de Contaminación: Generalmente no existe.

Fuente de Infección: Reservorio.

Vía de Transmisión: Contacto directo personal, excepcionalmente indirecto.

Puerta de Entrada: Piel y mucosas sanas o lesionadas.

Huésped : Persona no inmune habiendo susceptibilidad general, aunque se ha demostrado que la presencia de anticuerpos humorales y y secretorios, es un hecho. Hay varias-

cepas gonocócicas antigénicamente heterogéneas y la reinfección es común aún con las mismas cepas (20). Son especialmente susceptibles a la salpingitis las mujeres que usan D.I.U. y a la bacteremia las personas inmunodeficientes.

Además de su cadena epidemiológica, la gonorrea -- presenta las siguientes particularidades:

- Período de incubación corto, que generalmente -- va de 2 a 7 días.
- Período de transmisibilidad que dura meses a -- años sin tratamiento, reduciéndose a horas con una terapia adecuada.
- Frecuentes casos de infección genital asintomática. Principalmente en la mujer.
- Infección en faringe y/o recto en ambos sexos, -- normalmente asintomática, con incidencia en aumento.

Siendo todos estos aspectos de interés epidemiológico.

4.7.2.2. Transmisión de la gonorrea. Susceptibilidad y resistencia.

El epitelio columnar del endocervix es el primer --

sitio donde se produce la infección urogenital en la mujer; ya que hay una gran resistencia del epitelio vaginal de la mujer adulta al gonococo, excepto en la desfloración o durante el puerperio, que hace que ésta sea menos receptiva que el varón para la blenorragia.

Un coito único con una enferma de gonorrea crónica con pocos gonococos, contagia frecuentemente al hombre, por el contrario la mayor parte de las mujeres que cohabitan una sola vez con un blenorragico crónico no adquieren la enfermedad. Pedersen y Harrah, valorando datos de un estudio sobre contactos encontraron un porcentaje de infección del 88.5% en hombres sanos que tuvieron relaciones con mujeres infectadas y un 77.7% en mujeres sanas que tuvieron relación con un masculino enfermo (61).

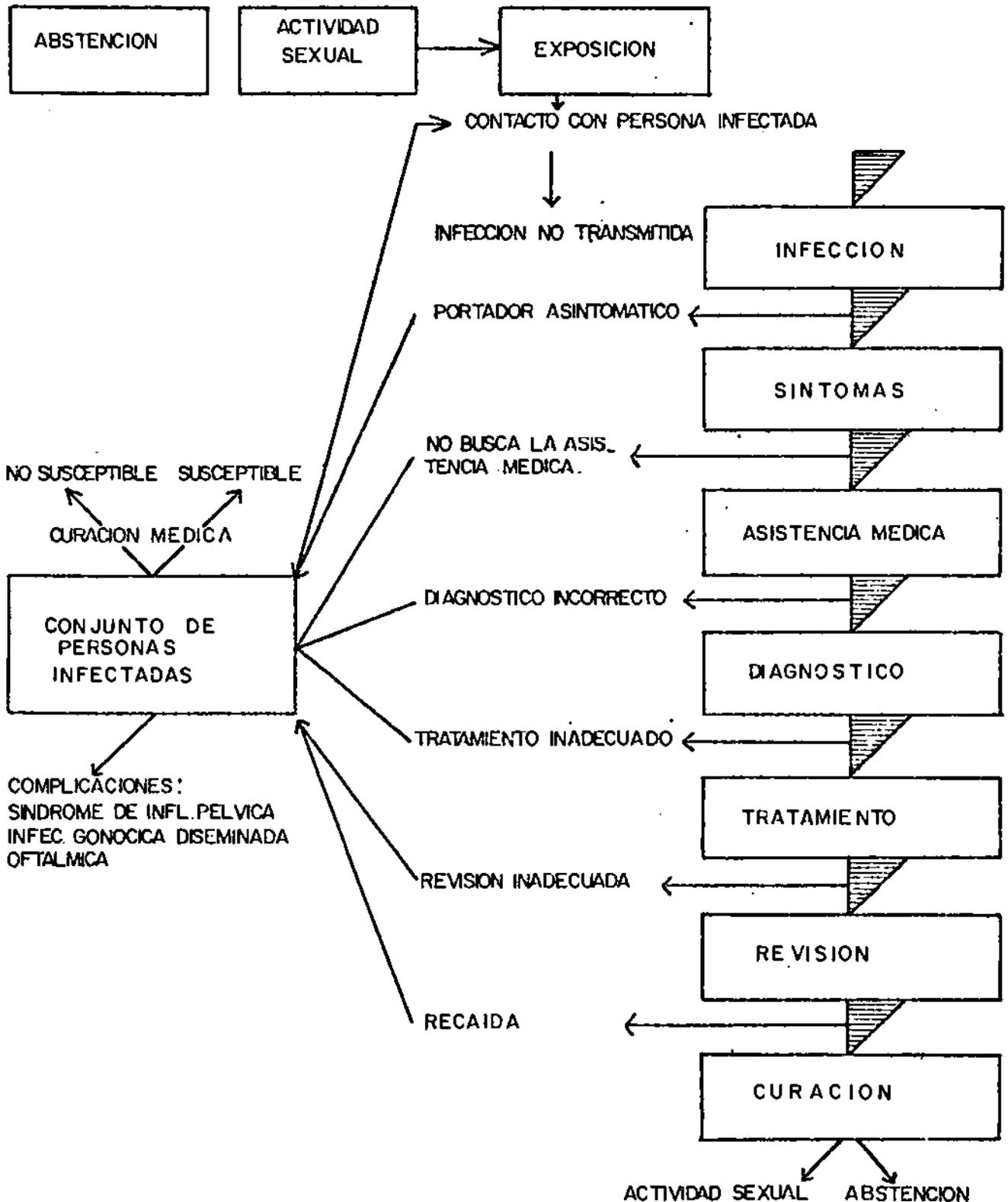
La contagiosidad de la gonococia femenina crónica aumenta durante la menstruación y primeros días después de ésta. También el parto aumenta la virulencia de las gonococias crónicas y frecuentemente ocurre el contagio de las conjuntivas del recién nacido.

Por otra parte, en la transmisión de la gonococia-

intervienen múltiples factores que contribuyen a incrementar el reservorio y transmisión de la enfermedad, así como las complicaciones derivadas de ella. Algunos de los factores en el orden social ya fueron abordados y se complementan con el siguiente esquema (Pág. 108-b), el cual expresa que el riesgo de contraer esta enfermedad es secundario a la exposición por actividad sexual; dándose a partir de la infección diferentes alternativas que varían desde la presencia de síntomas que puede dar o no a la búsqueda de asistencia médica y consecuentemente a un diagnóstico y tratamiento adecuado o inadecuado, siendo pocos los casos que llegan a la curación.

En cada una de estas etapas queda un remanente de personas que aumentan y mantienen la prevalencia de la enfermedad y en donde se dan sus complicaciones graves e incapacitantes tales como la inflamación pélvica aguda, embarazo ectópico, infección gonococcica diseminada. Tomando en cuenta que una proporción de contactos sexuales conllevan el riesgo de contagio e igualmente da como resultado la transmisión de la enfermedad en cada etapa, entre la infección y la curación se produce un número variable de casos nuevos que incrementan el reservorio.

CICLO SIMPLIFICADO DE LA TRANSMISION DE LA GONOCOCIA



rio de la enfermedad.

La proporción entre incidencia y prevalencia es es tá en relación directa con la duración de la en fermedad. Los procesos crónicos a pesar de que pre sentan una baja inc idencia, tendran una pre valencia relativamente elevada, ya que los ca - sos se acumulan en la comunidad.

4.7. 2.3 - Evolución Natural de la Enfermedad.

A partir de la puerta de entrada, en el hombre - ap arece una secreción purulenta en la uretra an terior después de dos a siete días de la exp osi ción a la infección. La infección puede ser -- autolimitada o extenderse a la uretra posterior, ocasionando epididimitis y un estado de portador crónico, es posible también el caso de portador- ure tral y rec tal asintomático., este último por lo común se dá en homosexuales, que en caso de - pre sentar síntomas se caracterizan por, prurito, tenesmo y secreciones seropurulentas.

En las mujeres se presenta a los pocos días des - pués de la exp osi ción una uretritis o cervicitis in icial, que puede ser tan leve que pasa inadver tida, propiciando una infección endocervical cró

nica la cual es común. El 20% de los casos sufre una fase de invasión pélvica en alguno de los períodos menstruales originando endometritis, salpingitis o peritonitis pélvica.

En ambos sexos es frecuente la infección faringea y anal, la cual por lo regular pasa inadvertida. Es posible también la diseminación extragenital de los gonococos, presentándose septicemias (2% en E.U. y Suecia del total de casos con esta enfermedad), con artritis, lesiones cutáneas, endocarditis y meningitis. En el caso de la artritis si no se da un tratamiento oportuno, las articulaciones sufren daño permanente. Solamente los casos de endocarditis pueden ser fatales (20) (34).

4.7.2.4.- Distribución.

Es universal y su incidencia ha aumentado en todo el mundo. Afecta a individuos de ambos sexos y todas las edades, pero es más frecuente en los grupos más jóvenes, en los cuales hay mayor actividad sexual, siendo los grupos que tienden a la promiscuidad las de mayor riesgo. Las edades más afectadas varían, dependiendo de las características socio-culturales en los diferentes países, pero en general tienden a desplazarse hacia los grupos de menos de 20 años (35).

La distribución de la gonorrea no es al azar y su control depende de la correcta elección de los sectores de la población en grave riesgo, del mecanismo subyacente a ese riesgo y de la evaluación de los métodos disponibles para combatir la enfermedad en los sectores afectados por la misma. Estos factores y la posibilidad real de controlar la enfermedad, pueden diferir notablemente de un ambiente a otro, y la cuantificación de estos factores confiere a la epidemiología de la gonorrea características específicas... " (69).

4.7.2.5.- Control.

La gonorrea en la mujer presenta ciertas particularidades que actualmente inciden en su control, y entre las que se puede mencionar su dificultad diagnóstica por diferentes factores: - un gran número de casos son asintomáticos o presentan sintomatología inespecífica, los medios diagnósticos disponibles en la actualidad en forma masiva (frotis directo con tinción de gram), son de menor sensibilidad en la mujer, y por último la estructura anatómica femenina es de difícil acceso para la toma de muestra.

Tanto en el hombre como en la mujer los casos no diagnosticados no solamente incrementan la preva

lencia, sino que además, al transmitir la enfermedad aumenta también su incidencia.

El éxito en el control de las enfermedades ha sido por lo general resultado del conocimiento epidemiológico.

La gonorrea es una enfermedad que tiene una incidencia muy alta, es factible de prevención y su tratamiento es sencillo, seguro y barato.

En la E.T.S. ni el chequeo general, ni el tratamiento masivo es posible, por lo tanto estas técnicas se adecúan al chequeo selectivo, investigación y tratamiento epidemiológico, siendo candidatos a examen los sospechosos por sintomatología y por contacto. Este tratamiento selectivo en masa permite tratar a un grupo escogido de individuos, de manera que tanto el número de individuos no contagiados, que reciben tratamiento, como el número de individuos contagiados que no reciben tratamiento, sea mínimo.

De esta manera aunque es esencial someter a tratamiento a los contactos de estos pacientes, no obstante se deben desarrollar otras técnicas de diagnóstico más rápidas y económicas.

Para delimitar el grupo de personas que ha de someterse a tratamiento médico deben tomarse en cuenta: El riesgo de contagio, gravedad de la enfermedad, dificultad de diagnóstico, eficacia del tratamiento, efectos secundarios del mismo, posibilidad de posterior difusión de la enfermedad y posibilidad de mantener a los pacientes bajo observación y control (73).

Opinamos que desarrollar nuevos métodos de control es por lo regular más sencillo que cambiar la conducta humana, de gran relevancia en este tipo de enfermedades, por lo que una amplia comprensión de los factores que influyen en las reacciones de las personas hará posible utilizar más adecuadamente los medios de control científico disponibles.

4.7.2.6.- Resistencia a los antibióticos en la Gonococia.

Un fenómeno epidemiológico importante es la disminución progresiva de la sensibilidad de los gonococos a la penicilina y a otros antibióticos, pero principalmente al primero por la aparición de cepas de gonococos productores de penicilinasasa, una beta lactamasa.

Este acontecimiento se dió por primera vez en -- 1976 en dos sitios del mundo: Estados Unidos e In

glaterra. Las infecciones aparecidas en los Estados Unidos eran importados del sudeste Asiático particularmente de Filipinas y los casos de Inglaterra especialmente de Liverpool fueron al parecer de origen local.

En el sudeste Asiático hay actualmente una prevalencia del 20 al 30% de cepas de gonococos productores de B Lactamasa por lo que la penicilina como tratamiento de elección ha sido reemplazada por la espectonomicina. En Africa la situación es similar y en los Estados Unidos hay una disminución progresiva de la sensibilidad a la penicilina. En Europa los gonococos son todavía notablemente más sensibles y en el resto de los países es posible todavía obtener porcentaje de curación cercanas al 90% , por lo que la penicilina sigue constituyendo el esquema terapéutico de primera línea.

4.7.3.- Epidemiología de la Sífilis.

Como en toda enfermedad transmisible, se pudiera decir que la Epidemiología de la sífilis es simple en teoría, pero en realidad, en su aplicación resulta compleja ya que comprende una serie de factores biológicos demográficos, culturales, sociales y de conducta que varían desde los considerados como normales, hasta los considerados como desviados del comportamiento general (19).

La relación que tiene esta enfermedad con las características del comportamiento humano, determina que ésta se constituya en un verdadero problema social, económico, cultural y sobre todo médico, precisamente por la dificultad que implica el control sobre el reservorio: El hombre.

Es por esto que todo caso de sífilis infecciosa se debe considerar como sugestivo de una epidemia potencial, ya que al no haber verdaderos casos aislados, debido al intercambio personal del organismo infectante, que se transfiere de una persona a otra por medio de algún tipo de contacto físico íntimo, la enfermedad existe y se propaga.

4.7.3.1.- Distribución:

Es una de las enfermedades transmisibles más frecuentes y extendida en el mundo, afectando principalmente a personas jóvenes entre los 15-30 años, siendo su mayor incidencia en los menores de 20 años en ambos sexos. La incidencia por razas, se debe más a factores sociales que biológicos.

Su prevalencia es mayor en las zonas urbanas, que en las rurales y es más común en los hombres que en las mujeres. La sífilis venérea temprana, ha aumentado de manera importante en gran parte del mundo a partir de 1957.

4.7.3.2.- Reservorio.

Es exclusivamente humano y por lo tanto para comprender la epidemiología de las enfermedades venéreas, es menester tomar en cuenta los factores ya mencionados que van unidos al individuo.

La susceptibilidad es general, pero existen algunos grupos considerados como más vulnerables por estar particularmente expuestos; ya sea por la actividad que ejercen: marineros, emigrantes, trabajadores separados de la familia, etc., otros por su comportamiento sexual como sucede en los jóvenes, los estudiantes, homosexuales, presos, y so-

bre todo grupos en los cuales algunos individuos contraen infecciones venéreas en repetidas ocasiones: reinfecciones.

Dentro del término de reinfecciones se considera como recidivistas "cualquier persona que haya sufrido tres infecciones en un año o haya sido infectado en los tres meses precedentes a su actual infección representando por lo tanto un peligro (3).

4.7.3.3.- Agente Causal y Transmisión.

La enfermedad es producida por un treponema llamado T. Pallidum, descrito ya anteriormente.

La transmisión es fundamentalmente por contacto sexual de la pareja heterosexual y homosexual y por prácticas parafilias conocidas. Sin embargo existen otros medios de transmisión generalmente reconocidas: a través de la placenta de la madre al hijo: Sifilis Prenatal; a través de transfusiones y por soluciones de continuidad en la piel o en las mucosas para su penetración (44).

4.7.3.4.- Evolución Natural de la Sifilis.

El curso de la sifilis en su forma natural parte de los estudios iniciados en 1981 por Boeck. En-

base a estas experiencias Morgan elaboró un esquema conocido por su nombre, que resume todas las posibilidades de la infección sifilítica (6).

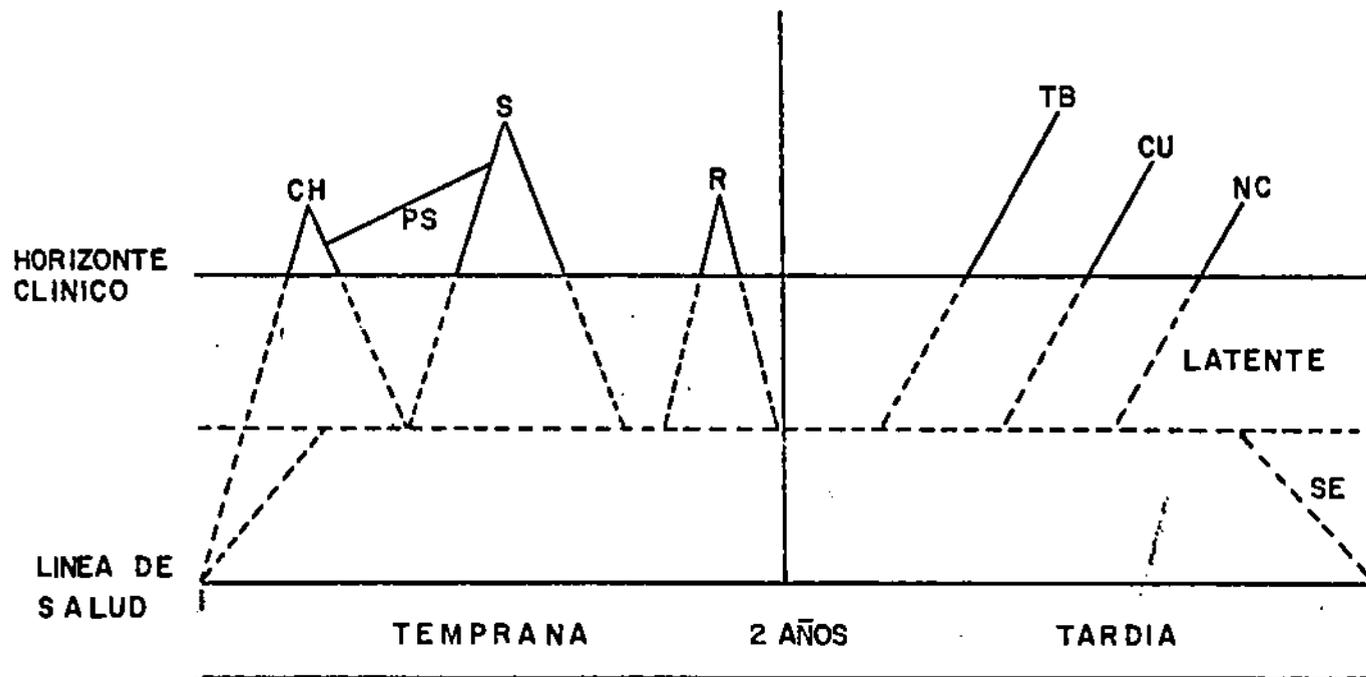
(pág.118b).

La línea gruesa vertical determina la separación entre sífilis temprana y tardía, la primera antes de los dos años, la segunda después de los dos años; con características epidemiológicas e inmunológicas totalmente distintas entre una y otro tipo de sífilis, según etapa. La línea gruesa horizontal conocida como Horizonte Epidemiológico Clínico, separa la sífilis activa o sintomática de la asintomática o latente. De esta forma esta doble separación, subdivide a su vez a la sífilis en temprana activa y temprana latente y en tardía activa y tardía latente.

La enfermedad se inicia con la introducción de las espiroquetas a través de las membranas intactas y lesiones en la piel. La infección se generaliza pocas horas después de la exposición, aunque la evidencia clínica y serológica de la enfermedad se presenta en un período variable que puede ser de tres a cuatro semanas.

Al pasar al horizonte clínico, se desarrolla en la-

ESQUEMA DE MORGAN:



FUENTE: Saúl Amado, Lecciones de Dermatología esquema 3.
Evolución natural de la Sifilis.

puerta de entrada del hospedero, la primera manifestación conocida como chancro (CH), esta lesión dura entre 3 y 6 semanas desapareciendo espontáneamente y la enfermedad cae bajo el horizonte clínico. Las pruebas serológicas son por lo general no reactivas cuando el chancro aparece primeramente, haciéndose reactivas de 1 a 4 semanas posteriormente.

El treponema desde su inoculación pasa a la sangre y se produce una verdadera septicemia. A las 6 semanas aproximadamente y en algunos casos en los meses subsiguientes (6), y aun antes de desaparecer el chancro, hay tensiones en la piel, mucosas, y anexo de la piel con síntomas generales cuadro que se conoce como secundarismo (S). En otros casos esta etapa es tan mínima y transitoria que nunca se hace aparente clínicamente. Estas lesiones tienen como características su transmisibilidad y su curación espontánea en pocas semanas. Las pruebas serológicas se hacen reactivas durante esta etapa.

Después de la cicatrización de las lesiones, sobreviene un período en el cual no hay síntomas ni signos de la enfermedad: la sífilis vuelve a ser latente, antes de los 2 años sobre todo cuando la enfermedad ha sido mal tratada, puede venir en algunos ca-

sos, un nuevo episodio sintomático (en un 25% de los casos) con lesiones semejantes a las del secundarismo pero en forma más limitada, llamándose a este episodio de reposo o recaída (R) y después de ello no volverá a haber más lesiones hasta las manifestaciones tardías. De ahí que las etapas de la sífilis temprana sintomática y temprana latente --- fluctúen apareciendo hasta que tenga lugar ciertos cambios inmunológicos; por lo general después del año de la infección.

Los estudios sobre la Epidemiología de la Sífilis han indicado recientemente, que sólo la sífilis latente temprana de menos de un año de duración produce la sífilis infecciosa.

La sífilis pasa en forma latente los dos años y a partir de ahí las condiciones inmunológicas del paciente determinarán en una tercera parte de los casos una curación espontánea, en otra parte los casos serán siempre latentes hasta la muerte del paciente y la otra tercera parte podrá dar manifestaciones clínicas de sífilis tardía.

En un 15% las lesiones estarán localizadas en piel y en los huesos: Sífilis tardía benigna (STB) cuyas

lesiones tienen como características generales ser ----- limitadas, destructivas, no infectantes y no resolutivas. Otro 10% dará lesiones en el aparato cardiovascular: Aortitis, miocarditis, aneurisma. Estas complicaciones cardiovasculares son responsables del 80% de las muertes. Y en el otro 15% habrá lesiones en sistema nervioso: Neurosífilis (NS) que puede ser latente con alteraciones solamente en el L.C.R. o dar lesiones miningovasculares o -- parenquimatosos: Tabes, neuritis óptica y parálisis general progresiva. Las complicaciones neurológicas son-- responsables despues de las cardiovasculares, de la mayoría de las muertes restantes.

El tratamiento cambia tanto el curso clínico como el patrón serológico de la enfermedad (7)

Si el tratamiento se instala antes de la aparición del - chancro y durante la etapa primaria seronegativa, las -- pruebas serológicas para la sífilis permanecen por lo general negativas.

El tratamiento en la etapa primaria seropositiva resulta en una rápida cicatrización del chancro y las pruebas -- serológicas sevuelven negativas dentro de los 12 meses.

Si el tratamiento se retarda hasta la segunda etapa, del 90 al 95% de los pacientes tratados adecuadamente se ha-

rán serológicamente negativos dentro de los 18 meses.

Los individuos infectados dos años o más antes del --
tratamiento pueden permanecer seroreactivos durante --
toda la vida a pesar de las dosis óptimas de penicilli
na y de la curación clínica.

En el curso de la sífilis no tratada, vemos que esta --
enfermedad evoluciona con períodos sintomáticos rela --
tivamente cortos y leves, en comparación con la etapa --
conocida como de latencia que dura incluso años, por lo --
que generalmente el diagnóstico en esta última etapa es --
más frecuente tanto en exámenes médico-preventivos (cer --
tificado de salud, control prenatal, etc) así como en --
los pesquizajes masivos en investigaciones en el campo --
de la salud.

4.7.3.5.- Período de Transmisibilidad:

Es variable e impreciso, la enfermedad es contagiosa durante los períodos primarios y secundarios, como también cuando ocurren recurrencias mucocutáneas; puede ser transmisible intermitentemente durante 2-3 años (20).

La sífilis latente es potencialmente transmisible por la placenta y por transfusión.

4.7.3.6.- Susceptibilidad y Resistencia.

La susceptibilidad es universal, aunque sólo el 10% de las exposiciones van seguidas del desarrollo de la infección. No existe inmunidad natural, la infección conduce a un desarrollo gradual de resistencia contra las cepas homólogas 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 super-infección puede producir lesiones semejantes a las de la fase en que ocurre. Durante el período de latencia tardía, la super-infección reviste importancia especial, por su propiedad de producir lesiones tardías benignas en piel y mucosas (20).

4.7.3.7.- Control de la Sífilis:

En el control de la sífilis, es importante desde el punto de vista epidemiológico, hacer énfasis en dos aspectos principalmente: La forma de propagación más frecuente de la enfermedad; sífilis -- primaria y secundaria, y por otra parte la localización de los casos índices, contactos, sospechosos y asociados, que como reservorios humanos mantienen la enfermedad.

La probabilidad de generar nuevos casos, según la fase y el período de duración es la siguiente:

FASE	DURACION	NUMEROS CASOS
Primaria	5 semanas	$5 \times 0.17 = 0.85$
Secundaria	6 semanas	$6 \times 0.05 = 0.30$
Número casos nuevos		
Probabilidad total		1.15

FUENTE: Epidemiología Básica, Tomo II. Armijo Rojas.

O sea que cada caso de sífilis, tiene la capacidad de generar, como promedio, más de un caso nuevo, los cuales a su vez tienen las mismas probabilidades de originar una segunda generación de casos y así sucesivamente.

Es así que en este control se toman las medidas, en relación a dos acciones interdependientes: Pesquisa y manejo.

Pesquisa masiva, de contactos y dirigidas a grupos.

- La pesquisa de enfermos venéreos tiene como objetivo la localización en forma precoz del caso y eliminar así gradualmente la fuente de contagio.

Una de las formas de llevarla a cabo es mediante la encuesta serológica sistemática, que se realiza como parte del programa de ETS; o por el empleo del censo serológico (V.D.R.L.) aplicado en forma indiscriminada a toda la población. Esta práctica se justifica en áreas donde se inicia un programa o donde hay razones para suponer que la prevalencia es alta (45).

- La otra técnica de pesquisa es la búsqueda de contactos, a través de personas especializadas en este aspecto, conocido con el nombre de Entrevistador; siendo el objetivo de éstos, establecer los contactos anteriores y posteriores a la enfermedad de la persona entrevistada, ubicar otras personas y determinar la llamada red epidemiológica de esta enfermedad para examinar y tratar a los contactos detectados. Este método es mucho menos costoso y tiene un alto rendimiento si se le compara con el censo serológico.

Existen algunas experiencias en cuanto al rendimiento de este tipo de técnica en los países en que se lleva a cabo:

En Cuba, por cada paciente entrevistado se espera obtener datos de diez contactos, sospechosos y asociados -- (cuatro, dos y cuatro respectivamente). Siendo el promedio nacional en la actualidad de 8 contactos, sospechosos y asociados por cada paciente entrevistado.

En tres meses de experiencia de una enfermera entrevistadora se encontró lo siguiente:

Casos de sífilis precoz	12
Casos tratados complementariamente	12
Contactos Identificados	17
Contactos tratados	15 +
Sospechosos Identificados	9
Asociados Identificados	21

+ Dos contactos estaban fuera de la zona

FUENTE: Rev. Cub. Hig, y Epid. Vol. 18, No. 1.

- Pesquisa dirigida a grupo:

Según la idea básica de que los reservorios de esta enfermedad se concentran en determinados extractos de poblaciones, se realiza la encuesta serológica dirigida; que no es más que la búsqueda activa que se reali-

za como parte de un estudio epidemiológico que se efectúa en un grupo de población, con resultados en poco tiempo, considerándose los llamados "grupos de riesgo" aquellos que por su actividad sexual o conducta social estén clasificados como promiscuos. A cada enfermo se le pide nombrar las siguientes categorías de personas: contactos, sospechosos y asociados. El rendimiento es sorprendente, como lo muestra el ejemplo de un estudio realizado en Tennessee (19).

RENDIMIENTO DE LA ENCUESTA A PACIENTES VENEREOS (TENNESSEE, 1960) 49 CASOS NUEVOS.

Contacto	396 (promedio 8.1 por caso)
Sospechoso	322 (promedio 6.6 por caso)
Asociados	679 (promedio 13.8 por caso)
Total Investigados	1,397 (promedio 28.5 por caso)

NUEVOS CASOS	GRUPOS EXAMINADOS			TOTAL
	Cont.	Sosp.	Asociad.	
Sífilis Prim. y Secundaria.	21	6	1	28
Sífilis tardía y latente	19	4	1	24
Sífilis otras formas.	2	3	5	10

Gonorrrea	38	23	50	111
Total Enfermos	80	36	57	173
Examinados	396	322	679	1,397
Tasa % enfermos	20.2	11.2		

FUENTE: Tabla 3 - 1

Armiijo Tomo II 1976.

El período en que se encuentra la enfermedad sirve de norma para la localización de los contactos (47).

En el caso de sífilis primaria: Todos los contactos sexuales durante los 3 meses precedentes; en los de sífilis secundaria, los de los 6 meses precedente; en las sífilis latente temprana, las de los 12 meses precedentes, siempre que no se haya logrado establecer la fecha de las lesiones primarias y secundarias; en la sífilis tardía y latente, los compañeros sexuales y los hijos de la madres infectadas; cuando es el caso de sífilis congénita, se deben examinar todos los miembros inmediatos de la familia.

Creemos que la entrevista epidemiológica, a pesar de ser uno de los instrumentos más efectivos en la búsqueda y control de los casos nuevos de sífilis, en países en los cuales no se han creado las condiciones adecuadas para la

misma (mayor y mejor capacitación de recursos humanos, conciencia sanitaria de la población) ésta debería ser auxiliada principalmente por la acción de pesquizaje - dirigido a grupos.

4.7.4.- Panorámica Mundial y Nacional de la Sífilis y Bleno rragia.

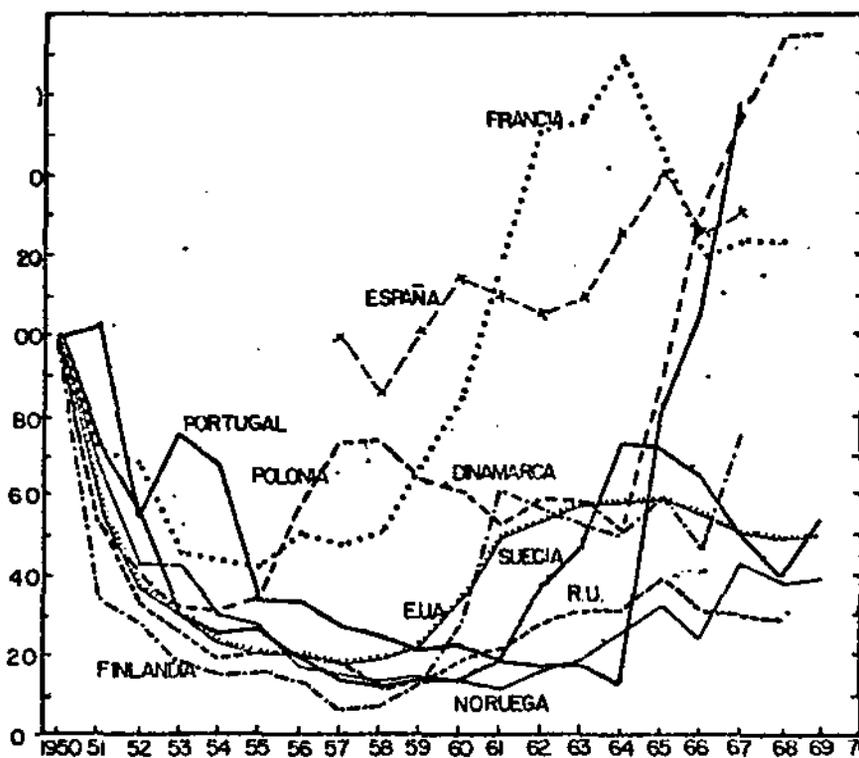
Durante la segunda guerra mundial, se produjo una grave recrudencia de la sífilis temprana infecciosa y blenorragia, que duró hasta el período inmediato de la post-guerra.

A partir del descubrimiento de la penicilina y su utilización en el tratamiento de la sífilis y bleno
rragia, la incidencia y prevalencia de estas dos en
fermedades se redujo de un modo general en todo el mundo alcanzando una baja sin precedente en la deca
da del 50. (56).

Posteriormente al cabo de 20 años se presentó un --
marcado incremento de ellas, especialmente la gono--
rra la cual alcanzó proporciones epidémicas a nivel
mundial (30). (Fig. 1, 2). (pág. 130bc)

Al tenerse conocimiento de las proporciones alarman
tes de esta alza, motivó una preocupación general -
que desembocó en la convocatoria de diferentes orga
nismos e instituciones de salud tales como la OPS,-
OMS, Asociación Americana de Salud Social (A.S.H.A.)
con el propósito de estudiar: La naturaleza del pro
blema de las E.T.S. y en particular de la gonorrea y

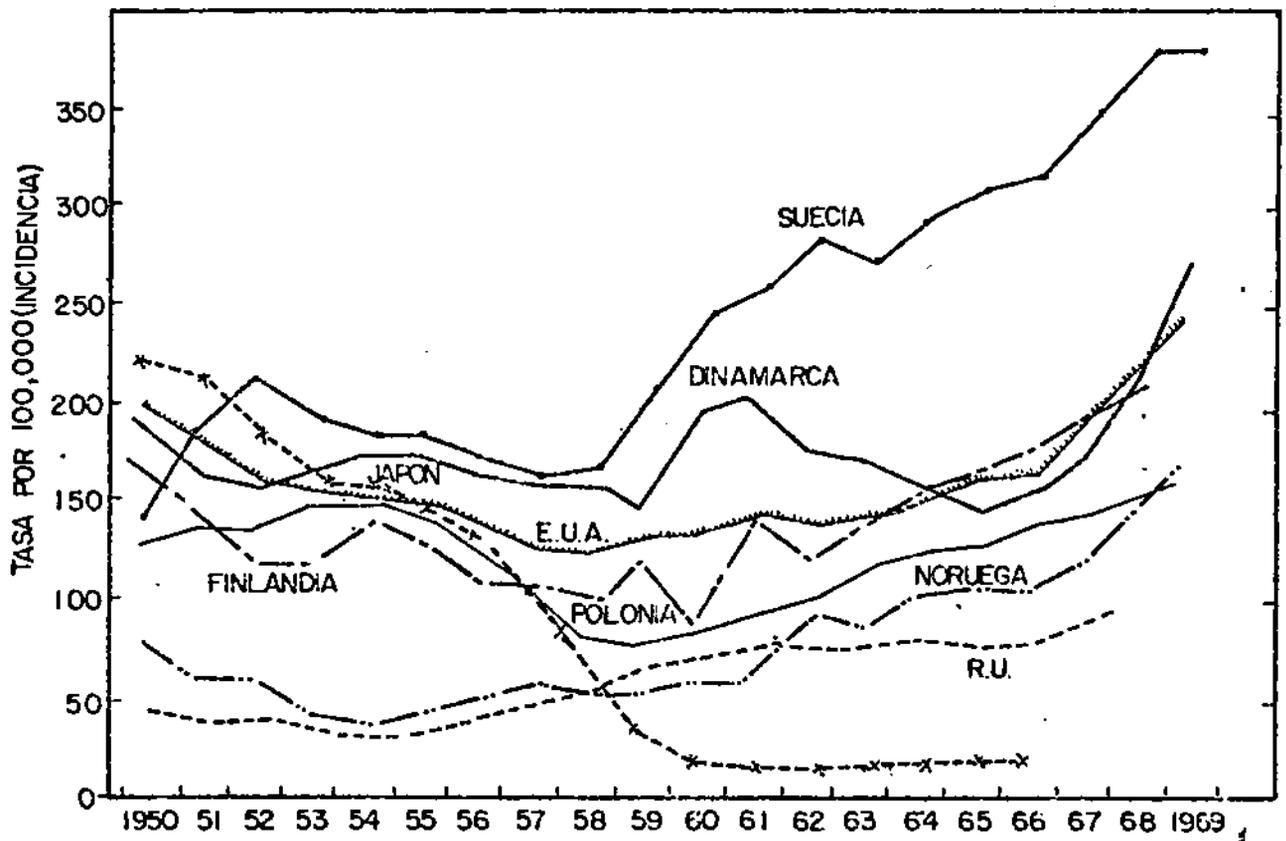
FIGURA No 1
SIFILIS PRIMARIA Y SECUNDARIA NOTIFICADA, 1950 - 1969.
TASAS DE INCIDENCIA X 100.000



FUENTE: O. M. S.

BOL. de la oficina Sanitaria Panamericana.
70 (1): 1971.

FIGURA # 2- BLENNORRAGIA NOTIFICADA 1950 - 1969. TASAS DE INCIDENCIA POR 100,000 HABITANTES.



Fuente: Organización Mundial de la Salud
 Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana
 70 (1): 1971.

sífilis tanto por sus repercusiones sociales como económicas. Examinar los procedimientos de pesquisa, control y vigilancia epidemiológica, observar la enseñanza de las enfermedades venéreas tanto en la comunidad como en el campo médico. Todos estos elementos aún siguen vigentes (30).

Existen limitaciones importantes en la notificación de las enfermedades venéreas, que se observan aún en los países desarrollados.

En encuestas nacionales realizadas en los Estados Unidos, en los años 1963 y 1968, en la cual participaron el 71% de los médicos particulares, éstas indicaron que solo una tercera parte de los casos de sífilis y una décima parte de los casos de blenorragia que habían sido tratados, fueron notificados.

En Hungría en 1962 solo 2 casos de sífilis se notificaron, pero después de una encuesta serológica en grupos extensos de la población se encontraron alrededor de 4,000 casos, lo que viene a reflejar de forma evidente la deficiente notificación.

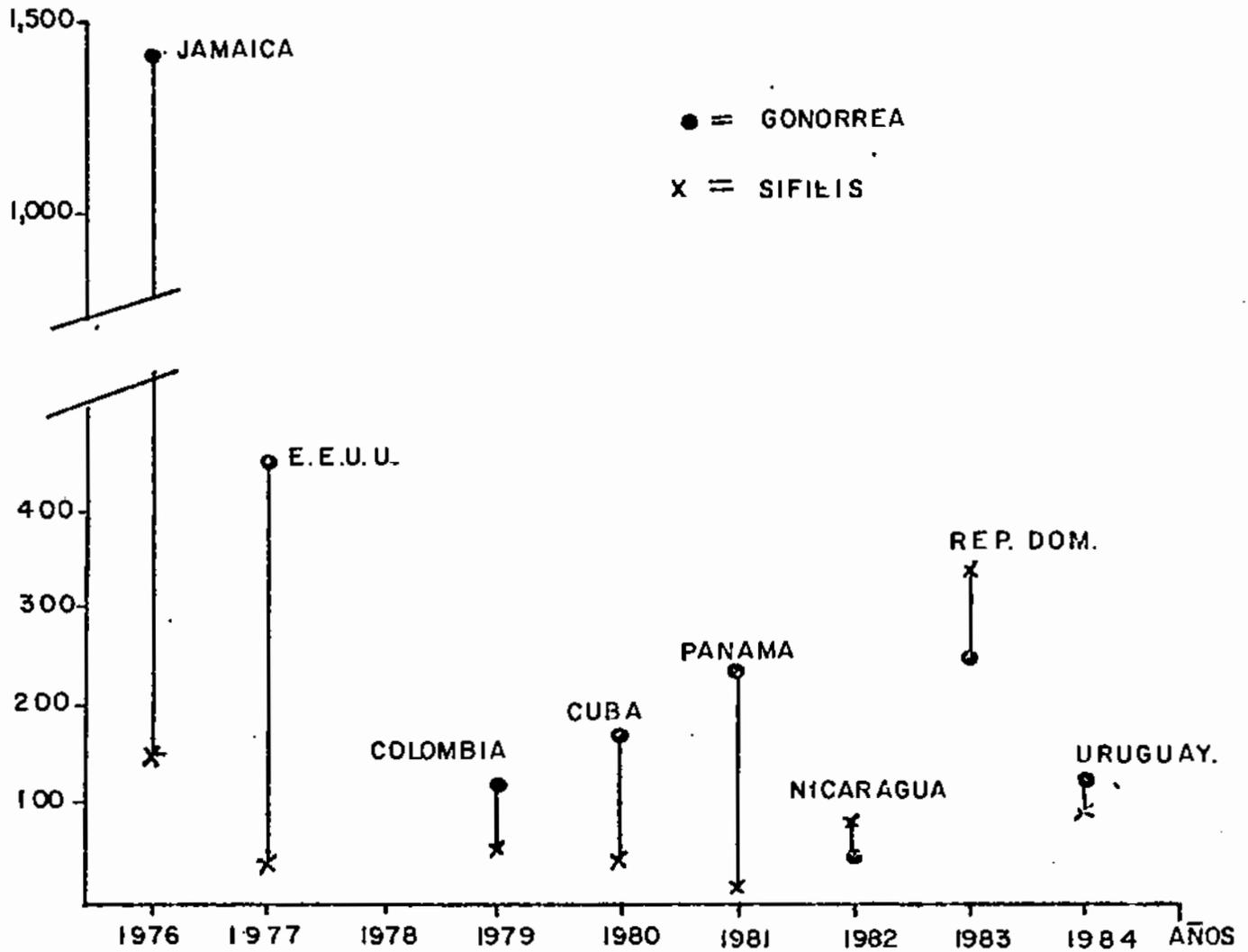
Ya Guthe y Hume en 1968 calcularon que anualmente ocurrían en el mundo, por lo menos dos millones de casos nuevos de sífilis adquirida por contacto venéreo y la

prevalencia anual alcanzaba los 20 millones en la población de más de 15 años de edad.

En la década de los 70, las estimaciones en relación a la incidencia anual mundial de sífilis temprana -- era de 4 millones y de los cuales 370 mil correspondían a las Américas; para gonorrea se estima en 16 millones la incidencia anual correspondiendo a la Región de las Américas una incidencia de un millón y medio (31).

A pesar de las limitaciones y deficiencias en la notificación, los registros estadísticos analizados con precaución reflejan en alguna medida la tendencia de la sífilis y gonorrea, (fig. 3).

TASAS DE SIFILIS Y GONORREA
EN PAISES SELECCIONADOS DE LA AMERICAS.



FUENTE: CLUMECK, N Y COLS N. E. J. M. 1985; 313; 182

4.7.4.1.- Sífilis.

En 1969 en el hemisferio occidental se reportaron 175 mil casos de sífilis en todas sus formas, que en términos de tasas y por países, son las siguientes (31):

- En América del Norte, la tasa más alta registrada fue en los Estados Unidos con 45.4 por 100 mil habitantes., y la más baja en Canadá con 11.0.
- En Mesoamérica incluido México, la tasa más alta correspondió a El Salvador con 242.2 y la más baja a Panamá con 73.7.
- En el área del Caribe, República Dominicana reporta una tasa de 330.3 constituyendo la más alta no solo del Caribe sino también de las Américas., Cuba con la tasa más baja del continente con 7.2 aún sin haberse establecido el nuevo programa de E.T.S.
- En América del Sur, Uruguay registra la tasa promedio más elevada entre los diez países sudamericanos (109.9) y Bolivia la más baja 8.0.
a) Sífilis Reciente Adquirida Sintomática.
La Sífilis reciente adquirida sintomática. -

es la primera fase infecciosa de la enfermedad y a pesar de estar sometidas a las influencias de las variaciones en el número de casos diagnósticos y notificados, son el mejor indicador de ocurrencia de la enfermedad.

Sífilis reciente adquirida sintomática, países con tasas mayores y menores en la región de las Américas, - año 1968 - 69.

REGION DE LAS AMERICAS,	INCIDENCIA MAYOR		INCIDENCIA MENOR	
	PAIS	TASA	PAIS	TASA
Norte América	E.U.	9.4	Canadá	4.4
Mesoamérica	El Salvador	70.2	Guatemala	3.5
Caribe	Tobago	37.8	Cuba	2.8
Sur América	Uruguay	72.5	Argentina	2.1

FUENTE: Enfermedades venéreas en las Américas.

Cuadro 4 pág. 27.

b) Sífilis reciente adquirida latente.

Estas tasas constituyen un indicador de la prevalencia del primer período de latencia de la enfermedad y por lo tanto el resultado de la incidencia de los dos a los cuatro años anteriores, y refleja el fracaso del descubrimiento oportuno de los casos en la --

fase reciente sintomática.

Sífilis reciente adquirida, Países con tasas mayores y menores en la región de las Américas, año 1968-69.

REGION DE LAS AMERICAS	INCIDENCIA MAYOR		INCIDENCIA MENOR	
	PAIS	TASA	PAIS	TASA
Norte América	E.U.	7.6
Mesoamérica	El Salvador	84.2	Guatemala	1.3
Caribe	Jamaica	20.1	Cuba	0.8
Sur América	Venezuela	60.5	Ecuador	4.4

FUENTE: Enfermedades Venéreas en las Américas.

Cuadro 4 Pág. 27.

La relación entre los casos de sífilis reciente adquirida-sintomática (primaria y secundaria) y sífilis reciente adquirida latente, expresada en el promedio de casos de la primera, por cada caso de la segunda constituye un índice de la eficiencia en el descubrimiento de los casos infecciosos.

Es oportuno aclarar que las informaciones estadísticas con las que se elaboran estos índices están influenciados por diferentes factores que van desde la accesibilidad de la población a los servicios de salud, el diagnóstico, notificación y registro, que varían de un país a otro, y aún a -

lo interno por lo cual la interpretación de estos índices de ben realizarse tomando en cuenta todo lo anteriormente dicho.

- c) Sífilis Adquirida Tardía, sintomática y latente, registrada. Las tasas de estas etapas de la enfermedad son indicadores de la prevalencia debida a infecciones ocurridas de 5 a 20 años atrás.

Hay una falta importante de notificación de Sífilis tardía sintomática, la mayoría de los datos se refieren a la sífilis tardía latente que está influenciado por el número de exámenes serológicos que se realicen.

Sífilis adquirida tardía sintomática y latente países con tasas mayores y menores en la región de las Américas. --
Años 1968 - 69.

REGION DE LAS AMERICAS.	INCIDENCIA MAYOR PAIS	TASA	INCIDENCIA MENOR PAIS	TASA
Norte América	E.U.	26.9
Meso América	- El Salvador	59.3	Guatemala	10.0
Caribe	Trinidad			
	y Tobago	30.2	Cuba	1.3
Sur América	Paraguay	11.7	Chile	5.1

FUENTE: Enfermedades Venéreas en las Américas.

d) Morbilidad registrada de sífilis congénita.

La sífilis congénita constituye un buen parámetro de lo que está ocurriendo en el comportamiento de la sífilis infecciosa, por lo que teóricamente se estima de que si no se toma las medidas adecuadas, principalmente en el control de las mujeres embarazadas., habrán más casos de sífilis congénitas en menores de 1 año de edad al aumentarse la sífilis infecciosa.

Morbilidad Registrada de Sífilis Congénita en la Región de las Américas año 1968 - 69.

REGION DE LAS AMERICAS	INCIDENCIA MAYOR PAIS	TASA	INCIDENCIA MENOR PAIS	TASA x 100,000 HAB.
Norte América	E.U.	1.0	Canadá	0.2
Meso América	El Salvad.	1.6	México	0.1
Caribe	Jamaica	0.5	Cuba	0.2
Sur América	Paraguay	2.0	Argentina	0.0

FUENTE: Enfermedades Venéreas en las Américas

Cuadro 4 pág. 27.

e) Registros de Morbilidad de Sífilis por edad.

La incidencia de sífilis adquirida en todas sus formas se registran a Nivel Mundial en los grupos poblacionales jóvenes, variando de una región a otra, pero siempre man

teniéndose entre los grupos etáreos de 15-19, 20-24, 25-29 y 30-34 (31).

En los Estados Unidos los jóvenes de 20-24 años son -- los responsables del mayor número de casos, siguiéndole el grupo de 25-29 años (1969).

En Cuba, los grupos con mayor incidencia corresponden a los 20-24 años con una tasa de 144.5 por 100 mil habitantes

f) Clase Social.

Las enfermedades venéreas afectan a todos los grupos sociales, sin embargo en Estados Unidos en una encuesta en los Servicios Públicos de Seattle Washington en 1969 a 23 mil mujeres se encontró, una tasa de positividad general de sífilis infecciosa en: (31)

- 19.2% en los sectores de clase socio-económica baja.
- 7.3% en los sectores intermedios.
- 6.9% en los sectores más opulentos.

Ya que los servicios públicos no representan al total de la población., se hizo otra encuesta en 7,800 mujeres atendidas por médicos particulares, encontrándose similar distribución pero porcentajes más bajos:

- 6.7% en los sectores de clase socio-económica baja.

- 2.0% en los sectores intermedios.
- 1.1% en los sectores más opulentos.

g) Mortalidad por sífilis.

Las tasas de mortalidad por sífilis, están condicionadas por la prevalencia, tratamiento oportuno, y diagnóstico de la enfermedad como causa de defunción. Su registro es bajo, haciendo pensar que no se reporta mortalidad para esta patología.

Observando la tasa del año más reciente para el cual cada país dispone de datos de mortalidad (1967-68-69) se ve que en América del Norte, Canadá presentó una tasa de 0.4 y Estados Unidos de 1.2.

En Meso América las tasas más altas correspondieron a México y el Salvador (0.5 en ambas) y la más baja Guatemala y Nicaragua 0.1.

En las Islas del Caribe oscilaron entre 3.2 en Jamaica y 0.5 en Cuba, y en América del Sur la más alta fue la del Paraguay 3.5 y la más baja del Ecuador 0.7.

En la mayoría de los países el descenso observado entre 1950-60 en las tasas de mortalidad por sífilis continúa hasta 1969.

h) Consecuencias Económicas de la Sífilis.

Si bien se ha observado una disminución en gran escala de las manifestaciones tardías de sífilis y en consecuencia de los casos mortales y sus complicaciones cardiovasculares, así como en el número de ingresos a hospitales mentales por psicosis sífilítica; - debido a la inflación del tratamiento institucional; estos últimos casos han significado para los Estados Unidos un gasto de 41 millones de dólares por los 9,626 casos hospitalizados que contrajeron la enfermedad en años anteriores,, y en 1977 se dió un egreso monetario 4 millones 400 mil dólares por indemnización por ceguera sífilítica (30).

4.7.4.2.- Blenorragia.

El número de casos de Blenorragia esta aumentando continuamente en algunos países hasta alcanzar proporciones epidémicas y en muchas áreas, constituye uno de sus principales problemas del total de las enfermedades venéreas (Fig. 2 pág.).

En Estados Unidos, es actualmente la primera de las enfermedades transmitidas sexualmente y la segunda de las enfermedades transmisibles en general, siendo solamente superadas por el catarro. En 1971 se notificaron 573 mil casos, pero se estima que de 1 a 2 mi -

llones de personas contraieron la enfermedad lo que significa que cada 15 segundos alguien la adquiere.

En 1969 las cifras dadas por la OMS (Oficina Regional-- para las Américas) indicaban que por cada caso de sífilis incipientes se registraron las siguientes cifras para blenorragia (74).

<u>RELACION SIFILIS-GONORREA</u>	<u>PAIS</u>
1: 73	Jamaica
1: 29	Canadá
1: 23	Estados Unidos
1: 16	Argentina
1: 10	Colombia y México
1: 8	Ecuador
1: 6	Perú
1: 3	Nicaragua
1: 2	Honduras, El Salvador y Uruguay.

Lo que justifica las palabras del Dr. Antonio Campos Salas de México, al decir que: "La proporción de la sífilis sigue una progresión aritmética en tanto que la de blenorragia es geométrica" (74), Lo cual se demuestra en las estimaciones para la década del 50 al 60 de un caso de sífilis por 4 de blenorragia, en la década del 70 de 1 por 10, y actualmente de 1 por 35.

Según registros de la OMS para el hemisferio occidental en 1969 la blenorragia tuvo tasas de incidencia que iban desde 2.91 (Cuba) hasta 2,147.2 por 100,000 habitantes (Jamaica), el resto de los países del área informaron la siguiente incidencia:

Tasa de incidencia de Blenorragia por 100,000 hab. - en algunos países del Hemisferio Occidental, año 1969.

REGION DE LAS AMERICAS.	INCIDENCIA MAYOR PAIS	TASA	INCIDENCIA MENOR PAIS	TASA
Norte América	E.U.	263.2	Canadá	128.6
Meso América	C. Rica	199.2	México	20.2
Caribe	Jamaica	2,147.2	Cuba	2.9
Sur América	Venezuela	269.5	Bolivia	5.0

FUENTE: Bol. OPS. Pub. Cient. 220, 1970

Como se puede observar en el cuadro, Jamaica presenta la mayor tasa de incidencia que excede incluso al total de la suma de la incidencia reportada por los demás países del hemisferio occidental (países seleccionados).

a) Incidencia de blenorragia por sexo y edad.

Las tasas de incidencia de blenorragia tienen en términos generales igual proporción para ambos sexos --- siendo más fácilmente diagnosticadas en el sexo mascu

lino que en el femenino, un ejemplo claro de esta situación lo constituye el hecho de que en 1979 Cuba no notifica el 95% de casos de blenorragia correspondiente al sexo masculino., lo que característicamente reportando por otros países de la Región y del Mundo.

En lo relacionado a la edad; la blenorragia se presenta con mayor frecuencia en las edades comprendidas de 20 a 24 años, siguiendo en orden los grupos de edad de 15 a 19 y 25-29. A grosomodo el 20% de los casos -- corresponde a los menores de 20 años, el 60% a los -- menores de 25 años y el 80% a los menores de 29 años.

b) Incidencia, prevalencia y tendencia de la afección inflamatoria pélvica. En los países industrializados, la incidencia anual de inflamación pélvica aguda (IPA) en las mujeres de 15 a 39 años es de 10 a 13 por cada 1,000 mujeres, con un pico de incidencia de alrededor de 20 por cada 1,000 mujeres en el grupo de edad de 20 a 24 años.

Desde 1960 se ha presentado un incremento en la incidencia de IPA de 1.6 a 1.9 veces mayor en el grupo de edad de 20 a 29 años, y la prevalencia ha aumentado -- alrededor de 1.5 veces.

Hay poca información procedente de los países en curso de desarrollo sobre la incidencia de la IPA, pero existen indicaciones que evidencian de que se trata de un problema de envergadura. - Litbw y Rubin manifiestan que la sepsis pélvica es probablemente la afección ginecológica que afecta más comúnmente a la mujer africana, constituyendo aproximadamente un tercio de las admisiones a cualquier unidad ginecológica del Bantú Sud Africano. En otros países las admisiones al servicio de ginecología por esta causa, tienen un porcentaje importante.

Distribución de Admisiones ginecológicas según diagnóstico. Centro de colaboración de la OMS para las Investigaciones clínicas de la reproducción humana.

HOSPITAL	TOTAL ADM.	A D M I S I O N E S										
		I.P.A.		SEPSIS		PUERP.		ABORT.		SEPT.	EMB.	EC
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%			
Filipinas	1,328	30	2.3	38	2.90	132	9.94	120	9			
Egipto	4,619	62	1.34	195	4.22	86	1.86	36	0			
Hungría	889	150	16.87	12	1.35	7	0.79	25	2			
Yugoslavia	8,418	873	10.37	40	0.48	4	0.05	139	1			
Cuba	4,163	138	13.31	91	2.19	11	0.26	37	0			

. Selección de algunos países.

FUENTE: Act. en Hig. y Epidemiología Vol. 4 N.1, 1982.

Por lo que se observa en el cuadro anterior en todos los países referidos, del total de las admisiones ginecológicas el mayor número correspondió a complicaciones derivadas de la blenorragia.

Se ha sugerido una correlación entre la edad de la iniciación sexual y el incremento del riesgo de IPA.

Esta apreciación se ha basado en el hallazgo de Westrom et cols., quienes estimaron un riesgo relativo de salpingitis a los 15 años de edad de 1:8 hasta aumentar a un riesgo de 1:8 en las mujeres a los 24 años (75).

Dado que la inflamación pélvica aguda y otras complicaciones se dan con mayor frecuencia en los casos asintomáticos de blenorragia, es preocupante que exista un gran reservorio femenino asintomático sin identificar, calculándose en una cifra de 800 mil casos a nivel mundial lo que significa que una proporción importante de contactos y casos no están recibiendo tratamiento y el estudio y seguimiento está siendo afectado por la falta de información (35).

El panorama descrito nos demuestra que el problema de la blenorragia está fuera de control (31).

4.7.5.- Situación en Nicaragua.

Antes del triunfo Revolucionario existía un programa de lucha contra las enfermedades venéreas que desarrollaba de manera vertical sus acciones y estaba destinada a un solo grupo de riesgo, prostitutas.

En el período pre-revolucionario en los años 74 a 78- la mayor tasa de incidencia de gonorrea por 100 mil hab. fue en 1976 de 171 (3,844 casos) y la menor en el año 1978 con 119 (3,124 casos). Cabe señalar que en esta época los servicios de salud no funcionaban adecuadamente, debido a que el sistema estatal existente dirigía sus esfuerzos para contrarrestar la lucha del pueblo que entraba en su etapa final de Insurrección.

A partir del año 1979 con el triunfo Revolucionario, se cambian las estrategias en el control de las ETS a través de la atención de la demanda espontánea y de priorización de las mujeres embarazadas. En 1982 el Ministerio de salud da a conocer un proyecto del programa de control de las enfermedades de transmisión sexual especialmente hacia sífilis y blenorragia, objetivos y actividades específicas, el cual se iba a desarrollar en dos fases sin que hasta este momento dicho proyecto haya podido implementarse. Si bien se reconoció, la importancia de estas dos enfermedades para nuestra población, --

aún se desconoce en forma completa su magnitud y trascendencia.

a) Casos de Sífilis y blenorragia notificados en Nicaragua en cuatro etapas anteriores a la Revolución.

Casos de Sífilis y Blenorragia notificados en Nicaragua en el período 1957 - 62.

PATOLOGIAS	1957	1958	1959	1960	1961	1962
	AÑOS					
Sífilis	1783	2219	644	1019	1514	1537
Blenorragia	607	892	---	744	1026	787

--- No se dispone de información

FUENTE: Depto. Estadística Nacional MINSA.

Casos de Sífilis y Gonorrea notificados en Nicaragua en el Período 1963 - 67

PATOLOGIAS	1963	1964	1965	1966	1967
	AÑOS				
Sífilis	3100	1029	2309	1745	879
Gonorrea	629	1942	1505	2182	970

FUENTE: Dpto. Estadística Nacional MINSA.

NUMERO Y TASAS DE SIFILIS Y GONORREA NOTIFICADOS EN NICARAGUA
EN EL PERIODO 1968 -72.

PATOLOGIAS	A N O S							
	1968	1969	1970	TASAS	1971	TASAS	1972	TASAS
Sífilis	1151	896	1475	80.4	1044	55.3	1634	84
Gonorrea	1704	2222	2457	134	1842	98	1642	84

FUENTE: Dpto. Estadística Nacional. MINSA.

NUMERO Y TASAS DE SIFILIS Y GONORREA NOTIFICADOS EN NICARAGUA
EN EL PERIODO 1973 - 78

PATOLOGIA	AÑOS											
	1973	TASA	1974	TASA	1975	TASA	1976	TASA	1977	TASA	1978	TASA
Sífilis	825	41	1426	65	1276	59	1751	78	1912	82	1186	45
Gonorrea	2356	117	3169	152	3179	147	3844	171	3583	154	3124	119

FUENTE: Dpto. Estadística Nacional MINSA.

b) Número y tasas de sífilis y gonorrea notificados en Nicaragua en su etapa posterior al triunfo revolucionario.

NUMERO Y TASAS DE SIFILIS Y GONORREA NOTIFICADOS EN NICARAGUA EN SU ETAPA -
POST TRIUNFO REVOLUCIONARIO 1979-83

PATOLOGÍAS	A N O S									
	1979	tasas	1980	tasas	1981	tasas	1982	tasas	1983	tasas
Sífilis	476	18	1999	72	2473	86	1402	47	2284	75
Gonorrea	1269	47	1672	60	2176	76	864	29	1592	52

FUENTE: Dpto. Estadísticas Nacional B(NSA).

TASAS POR 100 MIL HABITANTES DE SÍFILIS ADQUIRIDA; CONGENITA Y GONORREA -
DURANTE PRIMER SEM. 84 - 85, NICARAGUA.

P A T O L O G Í A	1984	1985
Sífilis Adquirida	35.7	21.2
Sífilis Congénita	0.3	0.45
Gonorrea	29.8	40.8

FUENTE: D.I.N.E.I.

SÍFILIS ADQUIRIDA, CONGENITA Y GONORREA EXPRESADO EN TASAS POR 100 MIL -
HABITANTES POR REGIONES Y ZONAS ESPECIALES PRIMER SEMESTRE 1984.

ENFERMEDADES REG.	I	II	III	IV	V	VI	ZE 1	ZE 2	ZE 3
Sífilis Adquirida	4.7	39.5	19.1	22.3	8.1	13.7	12.6	97.6	69.9
Sífilis Congénita	0.8	0.7	0.3	0.3	-	0.2	-	1.8	2.9
Gonorrea	10.9	32.1	54.6	26.7	29.8	18.1	40.8	439.4	40.8

FUENTE: D.I.N.E.I.

La incidencia de la sífilis y gonorrea en Nicaragua en la serie cronológica 1957-83 no presenta una distribución uniforme, observándose variaciones. Así - en el período 1957-68 ambos mostraron una tendencia ascendente con predominio de sífilis respecto a ble norragia (ver fig. No. 4. pág. 151b).

En el período 69-79 cambia la tendencia de ambas -- enfermedades siendo mayor el incremento en gonorrea en tanto que la sífilis muestra un notable descenso.

En el período 80-83 se presenta un nuevo aumento de la sífilis sobre la gonorrea la cual sufre un descenso importante.

La observación del comportamiento de ambas enfermedades se basa en la información registrada por el Ministerio de Salud, la cual tiene limitaciones como los sistemas de registro de otros países del área.

INCIDENCIA ANUAL DE SIFILIS Y GORREA
NICARAGUA SERIE CRONOLOGICA. PERIODO 1957 - 1984.

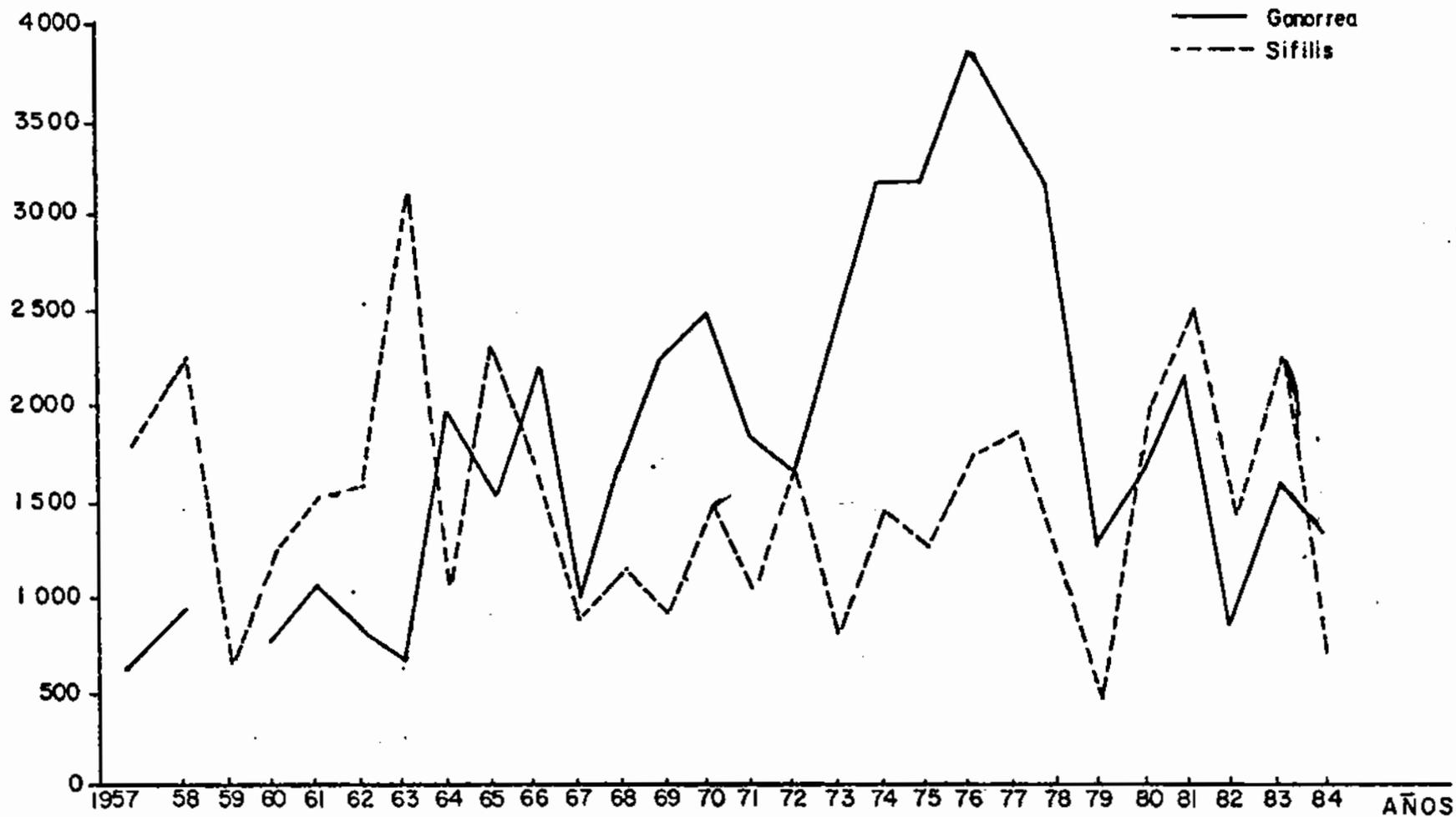


FIGURA 4. 151b.

FUENTE : DINEI.

PROMEDIO DE CASOS NOTIFICADOS DE SIFILIS Y BLENORRAGIA EN NICARAGUA EN DIFERENTES PERIODOS.

PERIODO	SIFILIS	GONORREA
1957-62	1453	691
1963-67	1812	1446
1968-72	1240	1973
1973-78	1396	3209
1979-84	1555	1536

FUENTE: DINEI.

En Nicaragua en el período 1974-78 según notificación obligatoria la sífilis ocupaba el séptimo lugar y la blenorragia el quinto. En el período 1979-82 la sífilis pasa a ocupar el quinto lugar y la blenorragia el sexto, de esto podemos concluir que ambas entidades de ETS estaban dentro de las seis primeras causas de notificación en los períodos referidos, pero con proporción inversa.

En 1983 la Región Managua notificó el mayor número de casos de sífilis y el menor la zona especial No. 3 (Río San Juan).

En blenorragia las Regiones que mayores casos reportaron en 1983 son las Regiones tres Managua (761), Región dos León (283) y zona especial dos Bluefields con (155 casos) siendo la zona especial tres (Río San Juan) la que menos

informó (21 casos) (38).

Durante el primer trimestre de 1984, el mayor número de casos de sífilis correspondió a la Región dos con 186., en segundo lugar la región III con 157., zona-especial 3 solo reportó un caso; lo que seguramente es una expresión del sub-registro existente ya mencionado. A pesar de que se observa un ligero incremento durante este primer trimestre respecto al período de 1983, ambas cifras están lejos de acercarse a lo que ocurre en la realidad, ya que el comportamiento de la sífilis en el mundo es de una pandemia, por lo tanto debería ocurrir un proceso similar en Nicaragua, las cifras anteriormente analizadas no reflejan tal incidencia.

En este mismo trimestre la blenorragia al igual que la sífilis presentó una incidencia reportada mínima. La Región III reportó el mayor número de casos (207)-seguido de la región II con 52 casos y zona especial-2 con 47 casos, la zona especial 3 solo reportó un caso.

c) Afectación de Sífilis y Blenorragia por grupo de edad y sexo.

DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD Y SEXO, CASOS DE SIFILIS Y BLENORRAGIA NICARAGUA 1983.

EDAD EN AÑOS	SIFILIS			BLENORRAGIA		
	M	F	T	M	F	T
-1	13	12	25	12	12	24
1-4	4	3	7	8	34	42
5-14	17	21	38	19	41	60
15-49	803	1012	1815	870	464	1334
50 y más	118	89	207	29	12	41
Ignorado	68	124	192	60	31	91
Total	1023	1261	2284	998	594	1592

FUENTE: Estadísticas de Servicio. MINSA.

En sífilis en términos generales el grupo de edad más afectado fue el de 15-49, en segundo lugar el de 50 y más, siendo el sexo femenino el más afectado en el total de grupos.

En Blenorragia el grupo más afectado fue el de 15 a - 49 siendo el mayormente afectado en el total de grupo; el sexo masculino.

A pesar de ser muy amplios los grupos de edad reportados es importante hacer notar que es el período fértil el más afectado.

Con esto deducimos que en este aspecto Nicaragua no se aparta de los patrones referidos de la literatura mundial en cuanto a frecuencia por edad y sexo, en estos dos tipos de entidades de transmisión sexual.

Si bien es cierto que existe en Nicaragua un registro de estas dos enfermedades a partir de 1957, estos solo expresan los casos notificados no así su incidencia por tasa, (la cual se obtuvo posteriormente), lo que nos permitiría efectuar un análisis comparativo más adecuado sobre su tendencia, a excepción de los primeros semestres de 1984 y 1985, de igual manera sucede con el registro de la información de sífilis sin que exista un desglose de diferentes formas de esta enfermedad. En cuanto a las complicaciones de la sífilis y Blenorragia no se dispone de ningún registro.

5.- VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OCUPACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR
5.1.- Sífilis	<p>Es una enfermedad infecciosa transmisible causada por el Treponema Pallidum de evaluación aguda y crónica, caracterizada clínicamente por una lesión primaria, una erupción secundaria, largos períodos de latencia y lesiones tardías en diversos órganos de la economía.</p>	<p>Se considera como caso de sífilis al paciente: serológicamente, clínicamente y epidemiológicamente positivo. Operacionalmente se partirá de la totalidad o del cumplimiento de 2 de los criterios mencionados.</p>	<p>5.1.1.- Sífilis - primaria, secundaria y latente.</p>	<p>5.1.1.1.- Serológica (RL). a) Positivo-cualitativo: reactor. Cuantitativo b) Negativo-cualitativo: no reactivo</p> <p>5.1.1.2.- Clínica a) Positivo: Chancro, Roseola, Condiloma b) Negativo: Síntomas de manifestación clínica.</p> <p>5.1.1.3.- Epidemiológica Referencia de a) Positivo: Antecedente de contacto con enfermo</p>

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR
5.2. Gonorrea	Gonorrea o blenorragia es una enfermedad infecciosa de origen venéreo causado por la neisseria gonorrhoeae, de evolución, gravedad y facilidad de identificación diferente en el varón y en la mujer.	Se considera como caso de gonorrea al paciente que por laboratorio, -- clínico y epidemiológicamente sea positivo. Confirmándose el caso por las pruebas de oxidasa y carbohidratos -- reactivas al cultivo.	5.2.1.- Gonorrea - urogenital de la mujer (aguda y/o crónica.) 5.2.2.- Complicaciones de la blenorragia en la mujer	5.2.1.1.- Laboratorio Thayer Martin. a) Positivo: Crecimiento de colonias típicas. b) Negativo: Ausencia de colonias típicas. 5.2.1.2.- Clínico Positivo: Uretritis Cervicitis Anexitis Negativo: Sin manifestaciones 5.2.1.3.- Epidemiológica. Referencia

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR
				<p>Positivo: Antecedente de contacto con enfermo</p> <p>Negativo: No referencia de antecedente de contacto con enfermo.</p> <p>5.2.2.1.- IPA.</p> <p>5.2.2.2.- Embarazo Ectópico</p>

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OCUPACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR
3.- Caracte rísticas epidemió lógicas	Los atributos que describen la enfermedad a nivel colec tivo.	Conjunto de atributos - que se desean conocer - de una enfermedad en re lación al tiempo, espa cio y persona. Tomando los atributos en rela - ción a la persona con - mayor énfasis.	5.3.1.- Sexo. 5.3.2.- Edad 5.3.3.- Menarquia 5.3.4.- Estado Ci vil. 5.3.5.- Ocupación 5.3.6. - Educación	5.3.1.1. Hombre (Formato 1). 5.3.1.2.-Mujer 5.3.2.1.- Grupo edad.(Formato 1) - 15 a 19 años - 20 a 24 " - 25 a 29 " - 30 a 34 " - 35 a 39 " - 40 a 44 " - 45 y más. 5.3.3.1.- Inicio la menarquia en a a) Soltero b) Casado c) Divorciado (Fo mato 1). d) Viudo e) Unión Libre. a) Ama de Casa b) Estudiante c) Obrero Industr

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR
				<ul style="list-style-type: none"> e) Comerciante f) Administraci y Servicio. g) Militar h) Otros. <p>(Formato J)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Analfabeto b) Alfabeta c) Primaria d) Secundaria e) Técnico f) Unlversitario
			5.3.7.- Migración	<ul style="list-style-type: none"> a) Migrante b) No migrante (Formato J).
			5.3.8.- Conducta- y sexuali dad.	<ul style="list-style-type: none"> a) Inicio de vi sexual activa -Antes de 15 -15 - 16 -17 - 18 -19 - 20 -20 - 21 -22 y más.

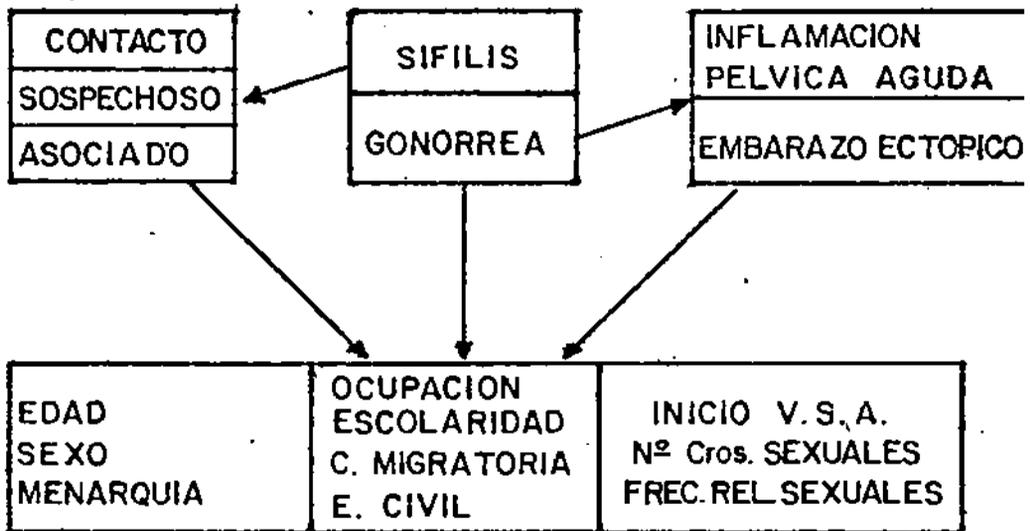
VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR
				<p>b) No. de parejas sexuales</p> <p>A partir de I.V.A.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 y más <p>c) No. de relaciones sexuales . días, semanas, meses.</p>

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR
<p>4.- Red Epidemiológica de contactos sospechosos y asociados.</p>	<p>Relaciones sexuales referidas por el primer caso diagnosticado o caso índice.</p>	<p>Personas mencionadas como contactos sospechosos y asociados por el caso índice. Entendiéndose por: Contacto toda persona que haya tenido relaciones sexuales con un caso confirmado de sífilis o gonorrea durante el período en que la enfermedad pudo haber sido adquirida o transmitida.</p>	<p>5.4.1.- Contacto</p>	<p>5.4.1.1.- Serológico (V.D.R.L.). a) Positivo: Cualitativo. reactor Cuantitativo 1/1 b) Negativo: Cualitativo. No reactor. 5.4.1.2.- Frotis con tinción de Gram y cultivo. a) Positivo: Presencia de diplococos intracelulares gram (-) y crecimiento de colonias típicas. b) Negativo: Ausencia de diplococos intracelulares gran negat</p>

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR
		<p>Sospechosos- toda persona que el enfermo refiere -- tenga o tuvo lesiones sugestivas de sfilis o manifestaciones de gonorrea y que no sean referidos - como contactos sexuales - directo, pero sí de algunos de los contactos.</p>	<p>5.4.2.- Sospechoso</p>	<p>miento. 5.4.1.3.- Expresión clínica. . Sintomática. . Asintomática</p> <p>5.4.2.1.- Serología V.D.R.L. (mismo desglose que para contactos).</p> <p>5.4.2.2.- Frotis con tinción de gram y cultivo (igual que para estudio de contacto).</p> <p>5.4.2.3.- E. Clífr . Sintomático . Asintomático</p>

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR
		<p>Asociados. Personas que forman parte del grupo social del caso índice y que no han sido considerados como contactos ni como sospechosos.</p> <p>En nuestro estudio: Son las personas que de manera eventual forman parte del grupo sexual de los contactos y sospechosos estudiados.</p>	<p>5.4.3.- Asociado</p>	<p>5.4.3.1.- Serológico (V.O.R.L.) (igual desglose que para contactos)</p> <p>5.4.3.2.- Frot con tinción de gram y cultivo igual que para estudio de contactos</p> <p>5.4.3.3.- E. C. ca.</p> <ul style="list-style-type: none"> . Sintomático . Asintomático

VARIABLES ESTUDIADAS



DISEÑO METODOLÓGICO:

De acuerdo a los objetivos formulados, y alcance de los resultados a obtener en la presente investigación; el tipo de estudio utilizado fue el descriptivo.

6.1.- Objetivo 1

6.1.1.- Universo, muestra y unidad de observación.

El Universo estuvo conformado por el 100% de las consultantes de la clínica de ETS, en los Centros de Salud Francisco Buitrago y Héroes y Mártires del 19 de Julio de 1979 en el período Abril-Junio 1986. La unidad de observación estuvo constituida por las mujeres examinadas y encuestadas en el mismo período.

6.1.2.- Instrumento y Técnica de recolección de la información.

6.1.2.1.- Instrumento:

A.- Sífilis: Examen sorológico, VDRL en lámina cualitativa-cuantitativa (anexo 4).

b) Clínico: Formulario

No. 1 (anexo 2)

c) Epidemiológica: Formulario No.1 (anexo 2).

B- Gonorrea: a) Laboratorio - Frotis directo con tinción de gram.
- Thayer Martin.
- Prueba de Oxidasa
- Utilización de Carbohidratos.
(Anexo 4).

b) Clínico: Formulario No. 1 (anexo 2).

c) Epidemiológico: Formulario No. 1 (anexo 2).

6.1.2.2.- Técnica de Recolección de la información.

A.- Sífilis: a) Encuesta serológica
b) Entrevista.

B.- Gonorrea: a) Toma de muestra directa.
b) Entrevista.

6.1.3.- Procedimiento.

Para el logro y optimización de los recursos humanos y consecuencia de este objetivo se estableció coordinaciones a diferentes niveles: Autoridades del MINSA, Dirección Nacional de Epidemiología, Departamento de Control de las ETS. Laboratorio del C.N.H.E., Informática y autoridades administrativas de cada Centro de Salud.

La selección del personal se rigió por las siguientes características y condiciones: Funciones relacionadas con el problema en estudio, capacitación previa disposición positiva, así como disponibilidad de los recursos.

El personal seleccionado recibió un adiestramiento y/o actualización de acuerdo a su participación específica en el estudio:

- Adiestramiento de encuestadores por el equipo de investigación, para el uso de instructivos y correcto llenado del formulario. Este adiestramiento se efectuó en el término de una semana siguiéndose una metodología tipo taller y demonstración.

- Actualización de conocimientos teóricos y prácticos para el laboratorista en lo relativo a la toma de muestra, procesamiento e interpretación del V.D.R.L. y Tinción , cultivo del exudado endocervical. A la enfermera del programa de ETS se le actualizó en la toma de este último.

a) Prueba Piloto.

Una vez realizados los pasos anteriores se efectuó una prueba piloto en ambos centros de salud en la primera semana del mes de abril 86. En esta prueba se observó la aplicación de la encuesta, la técnica de la misma, el tiempo de duración, la claridad de las preguntas e interpretación de las mismas por parte de los encuestadores y sujetos de estudio.

Se comprobó si se estaban usando técnicas standarizadas para la toma e interpretación de la muestra.

Se analizó el grado de coordinación que se dió entre estas dos actividades así como la referencia, información y explicación a los sujetos de estudio, su receptividad y aceptación a la investigación.

De acuerdo a los resultados y evaluación de éstos se efectuaron las correcciones pertinentes.

b.- Ejecución:

El tiempo de ejecución fue de abril a julio de 1986.

Para la captación de los sujetos de estudio se realizó una coordinación con el personal médico y paramédico - de los servicios de gineco-obstetricia, atención integral a la mujer, medicina general y programa de ETS. - Lo cual permitió una mejor referencia y flujo de los - pacientes y su consecuente captación.

El estudio comprendió: Encuesta, exámenes de laboratorio, el registro de los casos positivos se llevo en - cuaderno aparte.

Este cuaderno control recogía los siguientes datos: Fe cha, servicio de referencia, número de expediente, nom bre y apellidos del paciente, edad , hallazgo al examen físico y resultados de laboratorio.

El control de calidad de las muestras procesadas en ca da una de las unidades de salud, se realizó en el labo ratorio C.N.H.E.

MATERIALES Y METODOS:

Se estudiaron un total de 769 mujeres en la clínica de ETS de los Centros de Salud Francisco Buitrago y Héro - es y Mártires del 19 de Julio de 1979. En el período - de abril a julio de 1986.

Se admitieron en el estudio todos los consultantes de la clínica de ETS así como las referidas por todos los demás servicios de la unidad de salud; independientemente de -- que presentaran o no sintomatología de infección gonococica.

A cada paciente se le efectuó entrevistas, examen físico-general y ginecológico, a la vez que se le tomo muestra - de sangre para VDRL, muestra de endocervix para frotis directo con tinción de gram y siembra en medio de cultivo - de Thayer Martin y Agar Chocolate.

Todos los cultivos fueron incubados a una temperatura de 36 °C, 37°C con una atmósfera de CO₂ por el método de la vela por un espacio de 24 - 48 horas. A los cultivos con crecimiento de colonias típicas con diplococos intracelulares - gram negativos se les aplicó la prueba de la oxidasa y los azúcares para establecer el Diagnóstico de Gonorrea.

6.1.4.- Plan de Análisis.

A todos los resultados obtenidos de las tablas o cuadros de salida de cada uno de los objetivos se les practicó; tratamiento estadístico descriptivo y algunos de ellos, tratamiento analítico.

6.1.5.- Tablas de Salida.

6.2.- Objetivo 2.

6.2.1.- Universo, muestra y unidades de observación

El universo estuvo constituido por el -- 100% de los casos positivos de sífilis y gonorrea de las consultantes de la clínica de ETS de los Centros de Salud Francisco Buitrago y Héroes y Mártires del 19 de Julio de 1979, así como de sus contactos, sospechosos y asociados; en el período Abril-julio de 1986.

6.2.2.- Instrumento y técnicas de recolección de la información.

6.2.2.1.- Instrumento.

A.- Sífilis. a) VDRL, en láminas cualitativo-cuantitativo. (anexo 4).

b) Formulario No. 1 (anexo 2)

B.- Gonorrea. a) Thayer Martin (anexo 4)

b) Formulario No. 1 (anexo 2)

6.2.2.2.- Técnica de Recolección de la Información.

- A.- Sífilis: a) Encuesta serológica.
 b) Entrevista (anexo I)
- B.- Gonorrea a) Toma de muestra directa.
 b) Entrevista (anexo I)

6.2.3.- Procedimiento.

Se efectuaron las coordinaciones con las autoridades y personal de salud ya descritas para el objetivo I,

Se seleccionó personal de enfermería que además de los conocimientos básicos sobre la enfermedad deberá tener características personales tales como:

Discreción, facilidad de comunicación, que logre establecer una relación de simpatía, confianza y seguridad con la persona entrevistada de tal manera que le permita obtener la información objeto de la entrevista.

Partiendo del hecho de que este tipo de entrevista tiene una connotación tan delicada requiere de gran habilidad y psicología por parte del entrevistador para poder de esta manera afrontar -

Técnica de la entrevista. Ver anexo.

6.2.4.- Plan de análisis.

A los resultados obtenidos de las tablas o cuadros de salida del objetivo 2 se les practicó:

Tratamiento estadístico descriptivo.

6.2.5.- Tablas o cuadros de salida para el objetivo 2.

6.3.- Objetivo 3.

6.3.1.- Universo, muestra y unidades de observación.

El 100% de los casos egresados, registrados con diagnóstico de:

Inflamación pélvica aguda, embarazo ectópico, en los hospitales Bertha -- Calderón, Manolo Morales, Manuel de -- Jesús Rivera, Fernando Vélez Páiz, Antonio Lenín Fonseca, de la Ciudad de Managua en el período comprendido de 1983 - 1985.

6.3.2.- Instrumento y técnica de recolección de la información.

6.3.2.1.- Instrumento.

Expediente Clínico.

6.3.2.2.- Técnica de Recolección de la información.

Revisión de expediente clínico.

6.3.3.- Procedimiento.

Previa coordinación con la Dirección-

las diferentes características personales, culturales y de cooperación de las personas sujetas a entrevistas, que permitan la investigación.

El adiestramiento del personal seleccionado para la entrevista estuvo a cargo de una enfermera graduada con especialización en este tipo de técnica epidemiológica, quien a partir de una metodología tipo taller y demostración, con una duración de una semana de capacitación a las participantes en los diferentes procedimientos a seguir en el momento de la entrevista, contemplando todos los aspectos pertinentes de la misma.

a) Ejecución.

El tiempo de ejecución fue de abril-Julio de 1986. Tomando como base los casos positivos detectados y registrados en un libro control en donde anotó, número de expediente, nombre del paciente, domicilio particular, exámenes de laboratorio realizados y resultados en cuanto a número de contacto sospechoso y asociado positivos y negativos al examen de laboratorio. Se procedió a la localización del caso índice y su red con el fin de realizar la entrevista epidemiológica y exámenes de laboratorio pertinentes, los cuales estuvieron sujetos a control de calidad por el Laboratorio del C.N.H.E.

del Hospital, y con el Responsable de Estadística y Registros Médicos., se hizo recolección de datos de fuentes secundarias, mediante la revisión de expedientes clínicos, vertiendo los datos obtenidos de éste en un formato previamente elaborado con las variables de interés contempladas para cada una de las complicaciones.

Este aspecto de la investigación se realizó en el período de abril-mayo 1986. Durante el cual se efectuó revisión de la información registrada correspondiente a los años 1983 - 1985.

Plan de Análisis.

A los resultados obtenidos de las tablas o cuadros de salida correspondientes al objetivo 3, se les practicó, tratamiento estadístico descriptivo.

En todo el desarrollo de la investigación la supervisión estuvo a cargo del grupo de investigadores, recibiendo apoyo y asesoría por el C.N.H.E. y CIES.

7.- RESULTADOS POR OBJETIVO

OBJETIVO 1:

Se examinaron 769 mujeres a las que se les efectuó toma de muestra de sangre para examen de VDRL.

La reactividad serológica reportada por Laboratorio varió cuantitativamente en los diferentes casos desde 1 dilución a 32 diluciones. Los que presentaron bajos niveles (1 - dils ó 2 dils) se les efectuó un nuevo VDRL y entrevista médica a fin de poder descartar los falsos positivos eventuales. Una vez confirmada la ausencia de falsos positivos biológicos, se procedió a hacerles entrevista y examen médico, a fin de que a través de los parámetros clínicos y epidemiológicos se pudiera establecer el diagnóstico de infección sifilítica y su correspondiente clasificación según fase de evolución.

En todos los casos aunque no era objeto de la investigación, se les dió a los casos positivos tratamiento médico y control serológico, observándose en los mismos una disminución progresiva de los títulos, como respuesta efectiva a la terapia administrativa.

Los resultados en cuanto a reactividad serológica al VDRL

fue del 3%, llegándose en forma coincidente al diagnóstico de sífilis en los mismos 20 casos serológicamente positivos, correspondiendo según la clasificación internacional a la fase conocida como sífilis latente temprana.

Para cada unidad de salud estudiada, la frecuencia de sífilis fue: Centro de Salud Francisco Buitrago, 2.3% y Centro de Salud Héroe y Mártires del 19 de Julio de 1979 - del 3.1% (Cuadro 1).

De acuerdo a las características epidemiológicas estudiadas se obtuvo lo siguiente:

EDAD:

La mayor frecuencia porcentual encontrada en relación a los pacientes examinados se dió en el grupo de 35 y más años con un 5.3%, dentro de este grupo el mayor número de casos se dió entre los 40 y 44 años de edad. Siguiendo en orden descendente el grupo de 25 - 34 años con 2.8%. El grupo de menor frecuencia fue el de 15 - 24 con 1.3% (Cuadro 2 y 3, gráfica 1).

OCUPACION:

El mayor número de casos positivos se dedicaba a actividades del hogar con un 50%, siguiéndole en orden de fre-

cuencia las mujeres dedicadas a administración de servicios (empleados estatales, oficinistas, encargadas de limpieza, cocina, despachadoras), con un 30%, y por último las dedicadas a actividades comerciales locales con un 20% (Cuadro 4, gráfica 2).

La mitad de la población estudiada era económicamente activa.

ESCOLARIDAD:

Los casos positivos encontrados tenían un bajo nivel de escolaridad, como se puede observar en los resultados obtenidos, en los cuales el 40% eran mujeres analfabetas y el 50% mujeres con un nivel primario (Cuadro 5).

Relacionando las variables ocupación y escolaridad, se observó que las amas de casa, que constituyó el grupo mayoritario, refieren en un 60% un nivel de escolaridad clasificado como analfabeta.

En cambio las dedicadas a servicios administrativos y actividades comerciales el nivel de escolaridad máximo de primaria, fue predominante (83%) difiriendo significativamente (F^* , $P=0.05$) en escolaridad con las amas de casa (Cuadro 6 gráfica 3)

ESTADO CIVIL:

El 45% de los casos positivos correspondió a mujeres que refirieron unión libre, siguiéndoles las casadas con un 30%, y las solteras con un 15%. El porcentaje más bajo fue referido por las viudas y divorciadas con 5% cada una.

En forma general, el 70% de los casos estuvo conformado por mujeres con una relación de pareja no legalizada. -- (Cuadro 7).

COMPORTAMIENTO SEXUAL:

El 60% de los casos refiere haber iniciado su vida sexual activa antes o durante los 16 años de edad, el 25% entre los 17 y 20 años y solamente el 15% después de los 21 -- años (Cuadro 7).

Al relacionar el V.S.A. con el estado civil se observa que dentro del grupo unión libre el 56% había iniciado su actividad sexual antes o durante los 16 años de vida (gráficas 4 y 5).

La mayoría (65%) tuvo su menarquía entre los 11 y 13 años de edad y de éstos el 61% había iniciado su actividad -- sexual antes de los 17 años. (Cuadro 8, gráfica 6).

La relación entre menarquia e inicio de la actividad sexual fue positivo ($r=0.6$): a menor edad de la menarquia se dió un inicio de la actividad sexual en etapas más tempranas.

CUADRO 1

FRECUENCIA DE SIFILIS EN LAS CONSULTANTES DE LA CLINICA-
DE ETS. CENTROS DE SALUD FRANCISCO BUITRAGO Y HEROES Y -
HEROES Y MARTIRES DEL 19 DE JULIO DE 1979. ABRIL-JUNIO-
DE 1986.

CENTRO DE SALUD	EXAMINADOS	CASOS DE SIFILIS	
		No.	%
FRANCISCO BUITRAGO	511	12	2.3
HEROES Y MARTIRES- DEL 19 DE JULIO DE 1979.	258	8	3.1
T O T A L	769	20	2.6

$$x^*2 < x^2$$

$$P= 0.05$$

CUADRO 2

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD DE LOS CASOS DE SIFILIS -
EN LAS CONSULTANTES DE LA CLINICA DE E.T.S. CENTROS DE -
SALUD FRANCISCO BUITRAGO Y HEROES Y MARTIRES DEL 19 DE --
JULIO DE 1979, MANAGUA. ABRIL-JUNIO DE 1986.

GRUPOS DE EDAD	MUJERES EXAMINA DAS.	CASOS DE - SIFILIS -- (V.D.R.L.)	PORCENTAJE
15-19	110	2	2
20-24	193	2	1
25-29	222	8	4
30-34	132	2	2
35-39	52	2	4
40-44	29	2	7
45-49	31	2	6
TOTAL	769	20	3

$\bar{X} = 31$
 $S = \pm 8.8$

CUADRO 3

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD DE LOS CASOS DE SIFILIS-
EN LAS CONSULTANTES DE LA CLINICA DE ETS. CENTROS DE SA-
LUD FRANCISCO BUITRAGO Y HEROES Y MARTIRES DEL 19 DE JU-
LIO DE 1979, MANAGUA, ABRIL-JUNIO 1986.

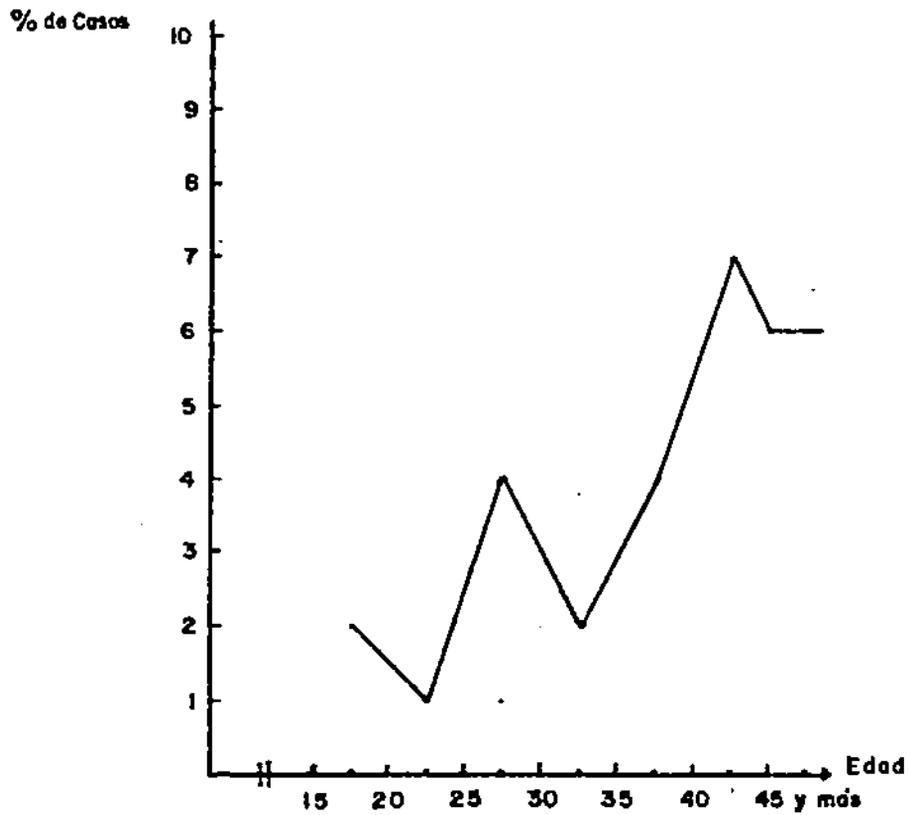
GRUPOS DE EDAD	EXAMINADOS	POSITIVIDAD	
		No.	%
15 - 24	303	4	1.3
25 - 34	354	10	2.8
35 y MAS	112	6	5.3
T O T A L	769	20	2.6

χ^2 χ^2

P= 0.05

GRAFICA 1

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD DE LOS CASOS DE SIFILIS EN LAS CONSULTANTES DE LA CLINICA DE E.T.S. CENTROS DE SALUD FCO. BUITRAGO Y HEROES Y MARTIRES DEL 19 DE JULIO DE 1979 MANAGUA, ABRIL JUNIO DE 1986.-



Fuente: Cuadro 2

CUADRO 4

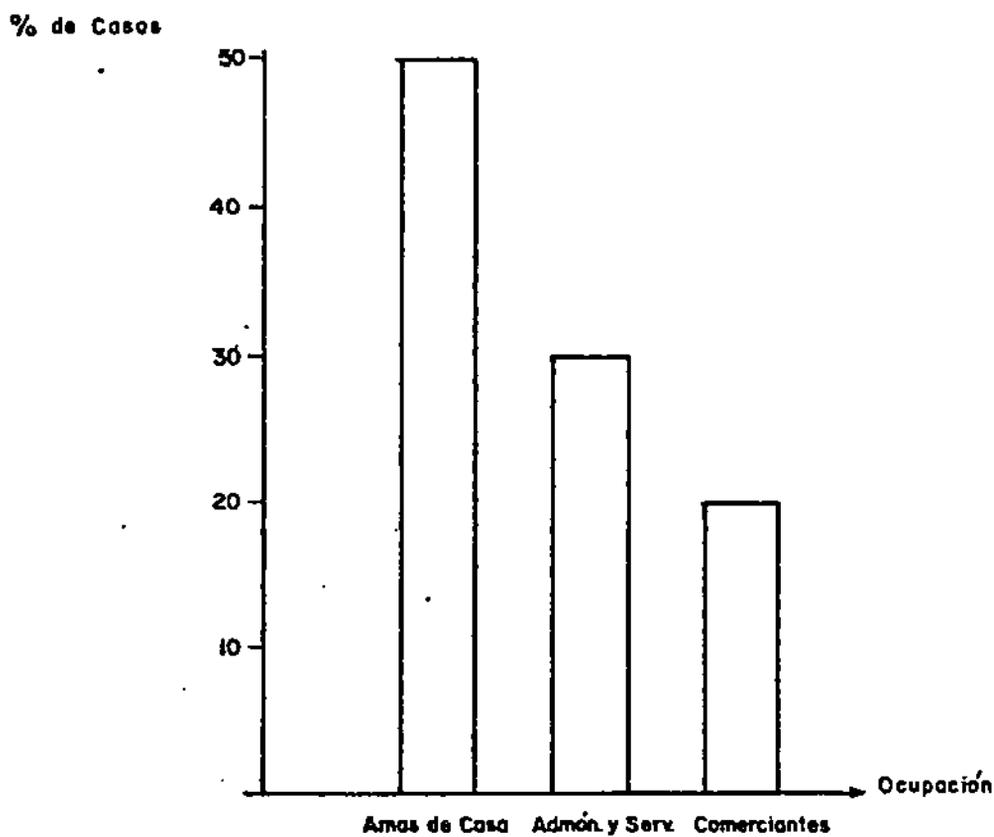
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS DE SIFILIS EN LAS -
CONSULTANTES DE LAS CLINICAS ETS, SEGUN OCUPACION. CEN-
TRDS DE SALUD FRANCISCO BUITRAGO Y HEROES Y MARTIRES DEL
19 DE JULIO DE 1979. MANAGUA, ABRIL-JUNIO DE 1986.

OCUPACION	CASOS DE SIFILIS	
	No.	%
HOGAR	10	50
ADM. Y SERVICIOS	6	30
COMERCIANTE	4	20
T O T A L	20	100

GRAFICA 2

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS DE SIFILIS EN LAS CONSULTANTES DE LA CLINICA E.T.S SEGUN OCUPACION. CENTROS DE SALUD FCO. BUITRAGO Y HEROES Y MARTIRES DEL 19 DE JULIO DE 1979. MANAGUA, ABRIL JUNIO

1986



Fuente: Cuadro 4

CUADRO 5

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS DE SIFILIS EN LAS -
CONSULTANTES DE LA CLINICA DE ETS SEGUN ESCOLARIDAD. --
CENTROS DE SALUD FRANCISCO BUITRAGO Y HEROES Y MARTIRES-
DEL 19 DE JULIO DE 1979. MANAGUA, ABRIL-JUNIO DE 1979.

ESCOLARIDAD	CASOS DE SIFILIS	
	No.	%
ANALFABETA	8	40
PRIMARIA	10	50
SECUNDARIA	-	-
TECNICA	1	5
SUPERIOR	1	5
T O T A L	20	100

CUADRO 6

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS DE SIFILIS EN LAS CONSUL-
TANTES DE LA CLINICA DE ETS, SEGUN OCUPACION Y ESCOLARIDAD. -
CENTROS DE SALUD FRANCISCO BUITRAGO Y HERDES Y MARTIRES DEL 19
DE JULIO DE 1979. MANAGUA, ABRIL-JUNIO DE 1986.

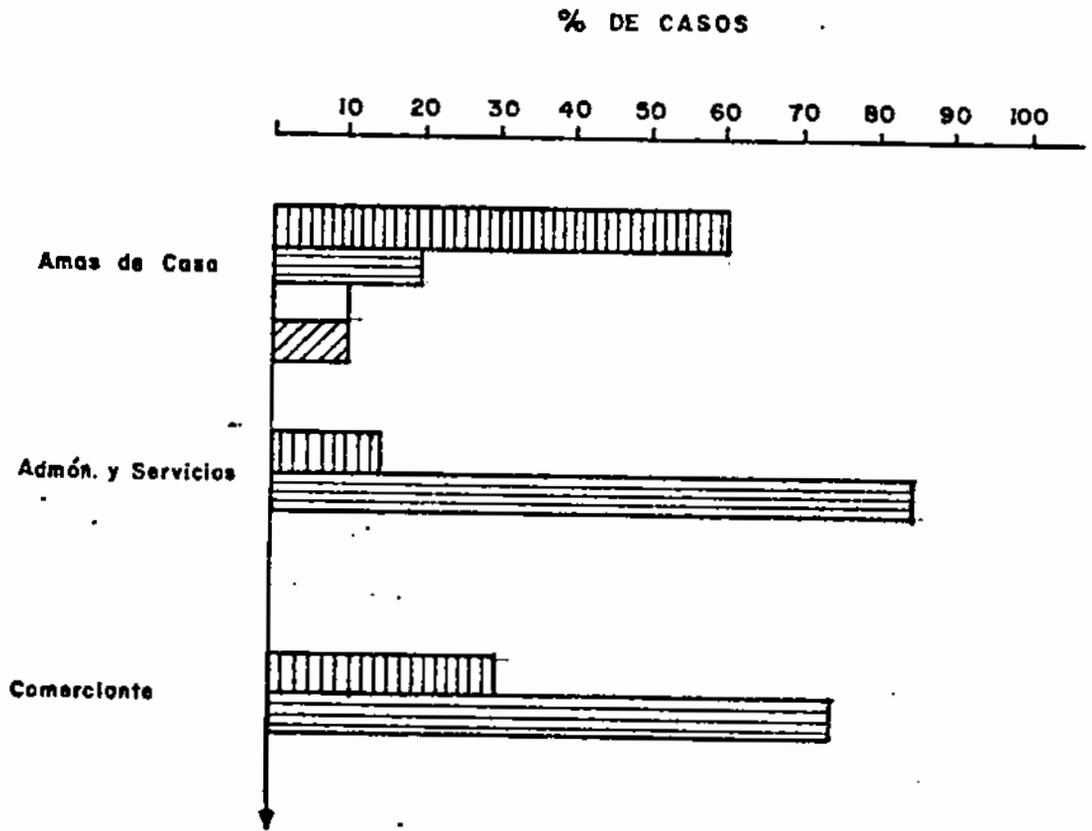
OCUPACION	E S C O L A R I D A D							
	ANALFABETA		PRIMARIA		TECNICA		SUPERIOR	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
HOGAR	6	60	2	20	1	10	1	10
ADM. Y SER VICIOS.	1	17	5	83	-	-	-	-
COMERCIANTE	1	25	3	75	-	-	-	-

F* F

P= 0.05

GRAFICA 3

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS DE SIFILIS EN LAS CONSULTANTES DE LA CLINICA E.T.S SEGUN OCUPACION Y ESCOLARIDAD. CENTROS DE SALUD FCO. BUITRAGO Y HEROES Y MARTIRES DEL 19 DE JULIO DE 1979. MANAGUA
ABRIL JUNIO DE 1986



Fuente: Cuadro 6

SIMBOLOGIA



Analfabeta



Técnica



Primaria



Superior

CUADRO 7

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS DE SIFILIS EN LAS CONSUL-
TANTES EXAMINADAS DE LA CLINICA DE ETS; SEGUN ESTADO CIVIL Y -
EDAD DE INICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL. CENTROS DE SALUD FRAN-
CISCO BUITRAGO Y HEROES Y MARTIRES DEL 19 DE JULIO DE 1979. -
MANAGUA, ABRIL - JUNIO DE 1986.

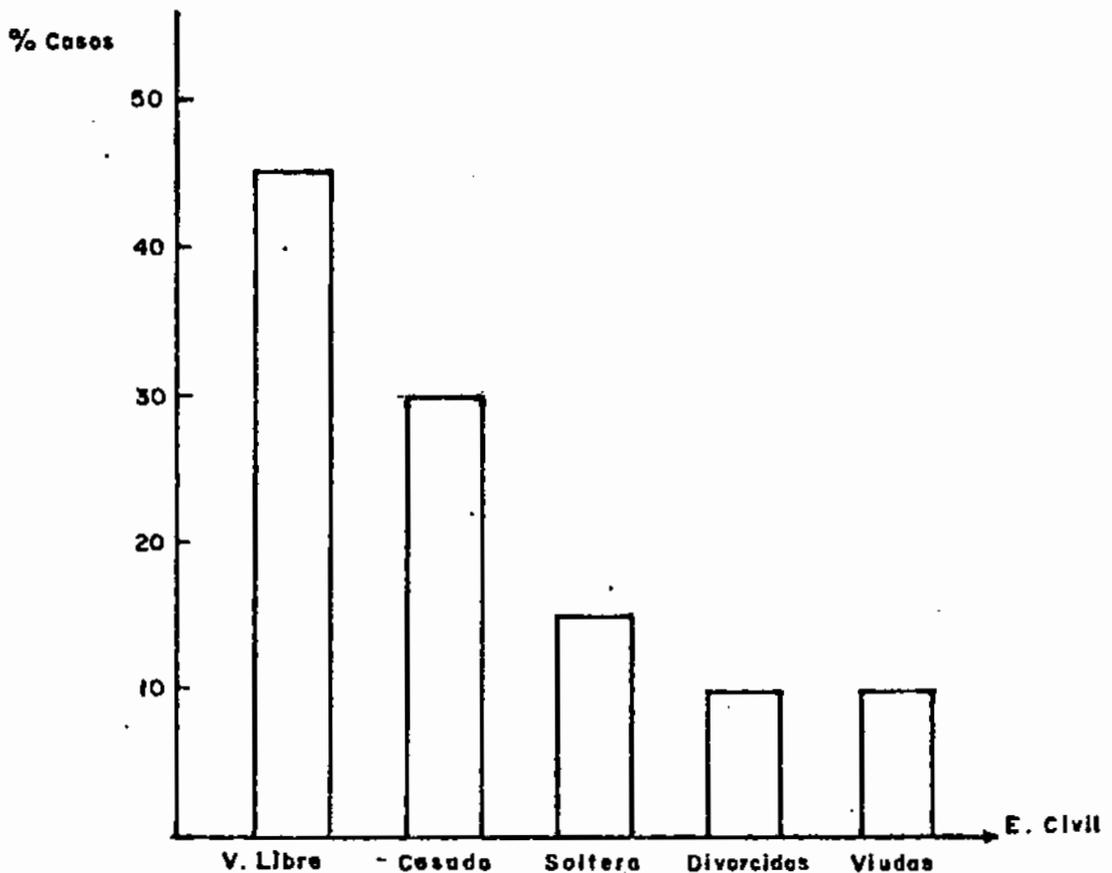
ESTADO CIVIL	EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL (AÑOS)						TOTAL	
	-15 a 16 años		17-20 años		21 y más		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
CASADAS	3	50	1	17	2	33	6	30
SOLTERAS	2	66	1	34	-	-	3	15
DIVORCIADAS	1	100	-	-	-	-	1	5
VIUDAS	1	100	-	-	-	-	1	5
UNION LIBRE	5	56	3	33	1	11	9	45
T O T A L	12	60	5	25	3	15	20	100

F* < F

p=0.05

GRAFICA 4

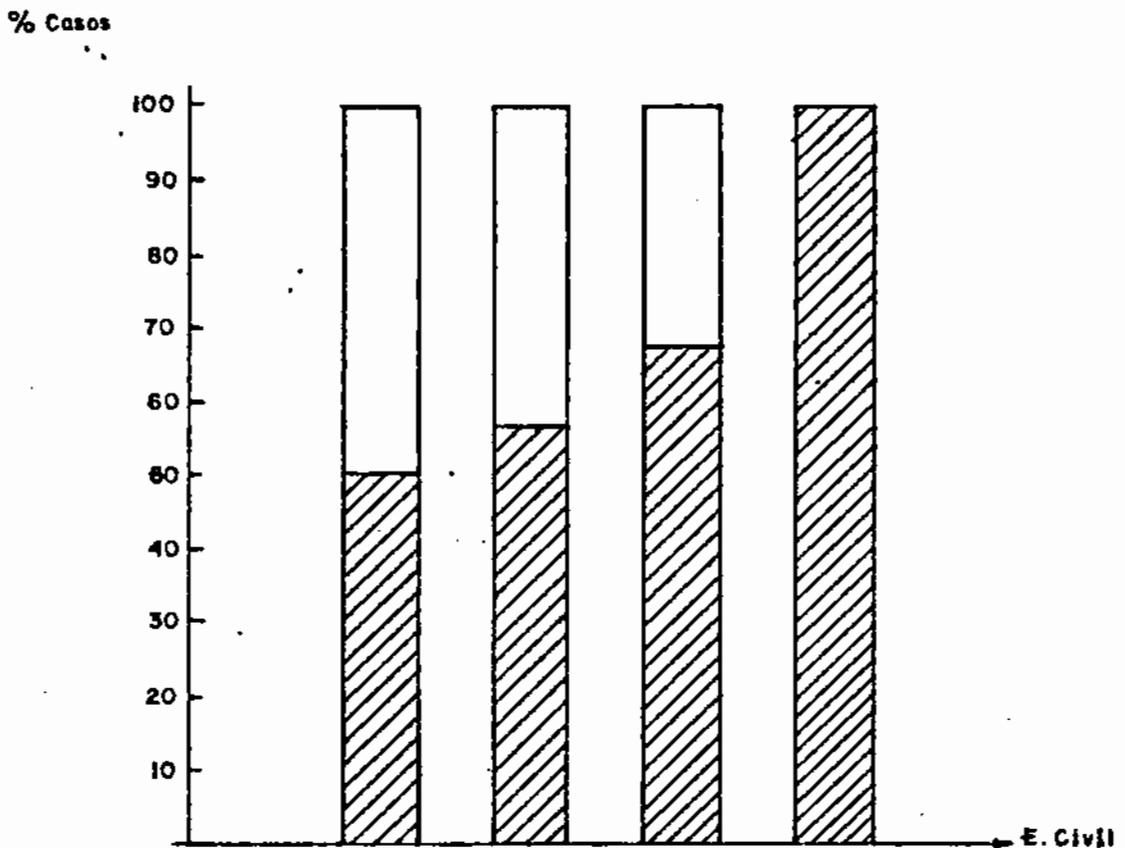
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS DE SIFILIS EN LAS CONSULTANTES EXAMINADAS DE LA CLINICA DE E.T.S. SEGUN ESTADO CIVIL. CENTROS DE SALUD FCO. BUITRAGO Y HEROES Y MARTIRES DEL 19 DE JULIO DE 1979. MANAGUA, ABRIL JUNIO 1986



Fuente: Cuadro 7

GRAFICA 5

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS DE SIFILIS EN LAS CONSULTANTES EXAMINADAS DE LA CLINICA DE E.T.S SEGUN ESTADO CIVIL Y EDAD DE INICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL. CENTROS DE SALUD FCO. BUITRAGO Y HEROES Y MARTIRES DEL 19 DE JULIO DE 1979. MANAGUA, ABRIL JUNIO DE 1986.-



Fuente: Cuadro 7

SIMBOLOGIA

I. V. S. A.

 ≤ 16 años

 ≥ 17 años

CUADRO 8

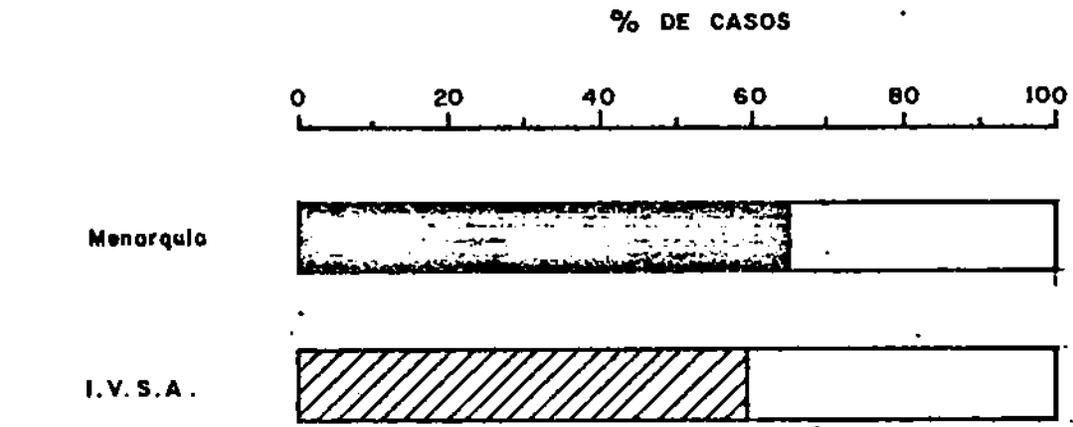
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS DE SIFILIS EN LAS CONSUL-
TANTES EXAMINADAS DE LA CLINICA DE ETS., SEGUN MENARQUIA Y --
EDAD DE INICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL. CENTRO DE SALUD FRAN -
CISCO BUITRAGO Y HEROES Y MARTIRES DEL 19 DE JULIO DE 1979. --
MANAGUA, ABRIL-JUNIO DE 1986.

EDAD MENARQUIA	EDAD INICIO DE VIDA SEXUAL				TOTAL		
	1-13	14-16		17 y más		No.	%
		No.	%	No.	%		
11 - 13	-	8	61	5	38	13	65
14 - 16	-	4	57	3	43	7	35
17 y más	-	-	-	-	-	-	-
T O T A L	-	12	60	8	40	20	100

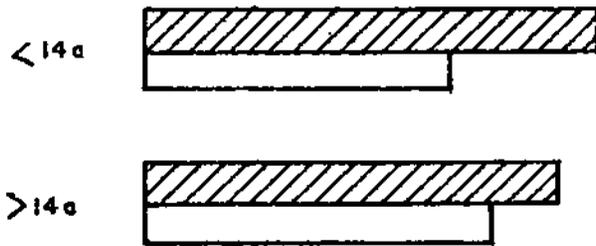
rs= 0.6

GRAFICA 6

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS DE SIFILIS EN LAS CONSULTANTES EXAMINADAS DE LA CLINICA E.T.S SEGUN MENARQUIA Y EDAD DE INICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL. CENTRO DE SALUD FRANCISCO BUITRAGO Y HEROES Y MARTIRES DEL 19 DE JULIO DE 1979, MANAGUA, ABRIL JUNIO DE 1986.-



I.V.S.A. Según Menarquia



Fuente: Cuadro B

SIMBOLOGIA

-  Menarquia < 14 a
-  I.V.S.A. < 16 a
-  I.V.S.A. > 16 a

CUADRO 9

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS DE SIFILIS EN LAS CONSUL-
TANTES EXAMINADAS DE LA CLINICA DE ETS., SEGUN NUMERO DE COM -
PAÑEROS SEXUALES. CENTROS DE SALUD FRANCISCO BUITRAGO Y HEROES
Y MARTIRES DEL 19 DE JULIO DE 1979. MANAGUA, ABRIL-JUNIO DE --
1986.-

No. CROS. SEXUALES	CASOS DE SIFILIS	
	No.	%
1	9	45
2 - 3	10	50
4 - 5	1	5
T O T A L	20	100

CUADRO 10

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS DE SIFILIS EN LAS CONSUL-
TANTES EXAMINADAS DE LA CLINICA DE ETS, SEGUN NUMERO DE COMPA-
REROS SEXUALES Y FRECUENCIA DE RELACIONES SEXUALES. CENTROS -
DE SALUD FRANCISCO BUITRAGO Y HEROES Y MARTIRES DEL 19 DE JU -
LIO DE 1979. DE LA CIUDAD DE MANAGUA. ABRIL-JUNIO DE 1986.

No. CROS.	FRECUENCIA RELECIONES SEXUALES					
	DIARIO		SEMANAL		MENSUAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
1	-	-	6	67	3	33
2 - 3	2	20	4	40	4	40
4 - 5	-	-	1	100	-	-
T O T A L	2	10	11	55	7	35

CUADRO 11

FRECUENCIA DE GONORREA EN LAS CONSULTANTES DE LA CLINICA DE -
ETS., CENTROS DE SALUD FRANCISCO BUITRAGO Y HEROES Y MARTIRES
DEL 19 DE JULIO DE 1979. MANAGUA, ABRIL-JUNIO DE 1986.

CENTRO DE SALUD	EXAMINADOS	CASOS DE GONO- RREA. No. %	
FRANCISCO BUITRAGO	511	2	0.4
HEROES Y MARTIRES-			
DEL 19 DE JULIO DE			
1979.	258	-	-
T O T A L	769	2	0.3

CUADRO 12

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE LA TECNICA DE TINCION DE GRAM
CON RELACION AL CULTIVO THAYER MARTIN EN LOS CASOS DIAGNOSTI-
CADOS DE GONORREA. CENTROS OE SALUD FRANCISCO BUITRAGO Y HE-
ROES Y MARTIRES DEL 19 DE JULIO DE 1979, MANAGUA, ABRIL-JUNIO
DE 1986.-

		T I N C I O N D E G R A M		
		POSITIVO	NEGATIVO	TOTAL
C U L T I V O	POSITIVO	2	-	2
	NEGATIVO	8	759	767
	T O T A L	10	759	769

SENSIBILIDAD - 100 %

ESPECIFICIDAD - 99 %

OBJETIVO 2:

Se realizó estudio epidemiológico de cada uno de los 20 casos encontrados positivos para sífilis, el cual dió origen a la investigación de 37 personas, de las cuales eran referidas como contactos 24, sospechosos 5 y asociados 8; lo que en términos generales dió un promedio de 2 contactos por cada paciente (caso positivo) entrevistado (cuadro 13, esquema A).

Obteniéndose por cada unidad de salud, los siguientes indicadores:

A.- Centro de Salud Francisco Buitrago:

- a) Índice de contactos de 1.25, sospechosos 0.25 y asociados 0.08.
- b) Porcentaje de localización: contactos 33.3%, sospechosos 66.6% y asociados 100%.
- c) Rendimiento de: 0.20 para contactos, 0.66 para -- sospechosos y de 1 para asociados.

B.- Centro de Salud Héroes y Mártires del 19 de Julio de 1979.

- a) Índice contactos 1.12, sospechosos 0.25 y asociados 0.87.
- b) Porcentaje de localización de: contactos 77.7% - sospechosos (-) y asociados 14.28%.
- c) Rendimiento de: 0.55 para contactos y 0.14 para asociados.

Tomándose en conjunto las dos unidades de salud se obtuvieron:

- a) Índice de: Contactos 1.2, sospechosos 0.25 y -- asociados 0.4.
- b) Porcentaje de localización de: Contactos 50%, - sospechosos 40% y asociados 25%.
- c) Rendimiento según examinados/referidos de: 0.33 para contactos, 0.40 para sospechosos y 0.25 para asociados.
- d) Rendimiento según examinados/localizados de: 0.67 para contactos, 1 para sospechosos y 1 para asociados.

En términos generales, del total de los 37 sujetos referidos como producto de la entrevista epidemiológica; se localizó el 43% y de éstos fueron examinados 12, lo que constituyó un rendimiento de 0.32 en relación a los referidos y de 0.75 en relación a los localizados (Cuadro 13 y Cuadro 14).

Consideramos importante señalar que en ninguno de los casos estudiados, como producto de la entrevista epidemiológica se llegó al diagnóstico de sífilis, por lo que el índice epidemiológico (índice de infección) fue negativo.

Características epidemiológicas de los contactos, sospechosos y asociados:

EDAD:

En relación a la distribución por grupos etáreos de los contactos, sospechosos y asociados; se observó que el mayor número de casos pertenecía a personas de más de 34 años de edad con un 75% (Cuadro 15, gráfica 7.)

La edad promedio de los casos estudiados fue de 38 años, con una desviación estándar (s) de \pm 5 años.

ESTADO CIVIL:

La variable estado civil; en el total (12) de los contactos, sospechosos y asociados, reveló que el 58.3% eran casados, siguiéndoles en orden de importancia el grupo clasificado como unión libre 33.3%. Los solteros encontrados dentro de la red epidemiológica solo representaron un 8.3% (Cuadro 16, gráfica 8).

ESCOLARIDAD:

Al igual que los resultados obtenidos en los casos índices en relación al nivel de escolaridad, en los contactos estudiados se encontró un bajo nivel de instrucción; constituyendo los analfabetos un 17%, y los que tenían una educación primaria un 75%, dando ambos el 92% de los casos (Cuadro 17).

OCUPACION:

Al estudiar el tipo de ocupación a que se dedicaban los contactos investigados se observó que el 50% de ellos se dedicaban a actividades relativas a administración de servicios en sus diferentes variantes, y el otro 50% a actividades comerciales. Al relacionarlos con la escolaridad, nos encontramos que el primer grupo referido el 100% tenía un nivel primario y en el segundo grupo de es

colaridad varió para analfabetas con un 33%, primaria 50% y superior con 17% (Cuadro 18, gráfica 9).

COMPORTAMIENTO SEXUAL:

El 58% de los contactos estudiados (7) revelaron que iniciaron su vida sexual activa a la edad de 16 años o antes (cuadro 19):

En los contactos estudiados se observó que el 83% de ellos tenían más de un compañero sexual, siendo dentro de este grupo más frecuente (75% de los casos), los que declararon de 2 a 3 compañeros sexuales (Cuadro 20).

El promedio y mediana de compañeros sexuales referidos por los contactos fue de 2.

En cuanto a la frecuencia actual de relaciones sexuales de los 12 contactos; 6 refirieron periodicidad semanal y 6 mensual; manteniéndose igual proporción independientemente del número de compañeros sexuales referidos (Cuadro 21).

Relacionando el estado civil con la edad de inicio de la actividad sexual, observamos que el 57% de los casados y el 75% de los que refirieron unión libre, habían iniciado su actividad sexual antes de los 16 años de edad. (Cuadro 22 y gráfica 10).

CUADRO 13

INDICADORES DE LOCALIZACION Y RENDIMIENTO DE LOS CONTACTOS, SOSPECHOSOS Y ASOCIADOS REFERIDOS POR LOS CASOS POSITIVOS - DE SIFILIS; SEGUN ENTREVISTA EPIDEMIOLOGICA. CENTROS DE -- SALUD FRANCISCO BUITRAGO Y HEROES Y MARTIRES DEL 19 DE JU-- LIO DE 1979. MANAGUA, ABRIL-JULIO DE 1986.

RED EPIDEMIO LOGICA.	REFERIDOS	LOCALIZADOS		RENDIMIENTO		
		No.	%	EXAMI NADOS.	%*	%**
CONTACTOS	24	12	50	8	33	67
SOSPECHO- SOS	5	2	40	2	40	100
ASOCIADOS	8	2	25	2	25	100
T O T A L	37	16	43	12	32	75

FUENTE:

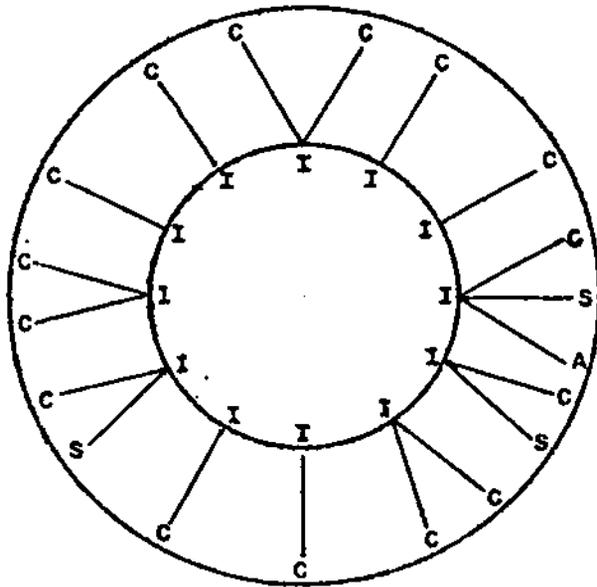
Nota: * Examinados/Referidos.

** Examinados/Localizados.

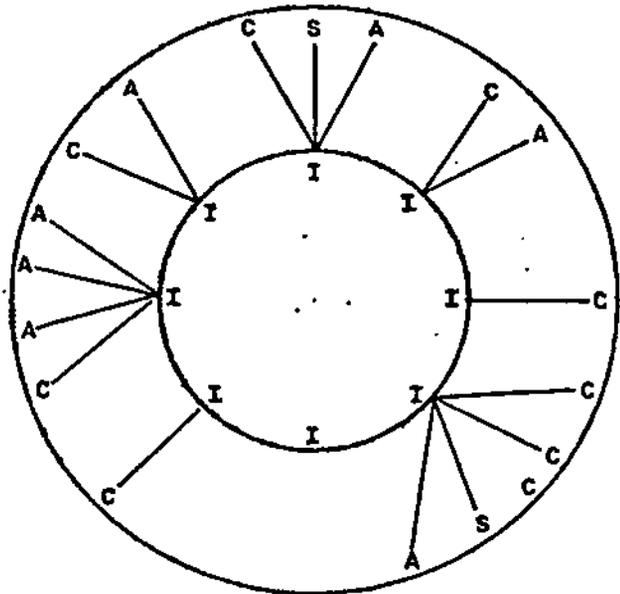
\bar{X} = 2 Contactos por caso.

ESQUEMA A

RED DE CONTACTOS, SOSPECHOSOS Y ASOCIADOS A PARTIR DE LOS CA -
SOS POSITIVOS DE SIFILIS. CENTROS DE SALUD FCO. BUITRAGO Y
HEROES Y MARTIRES DEL 19 DE JULIO 1979. MANAGUA, ABRIL-JULIO
1986.



C/S FRANCISCO BUITRAGO



C/S HyM. 19 de JULIO

CUADRO 14

INDICADORES POR UNIDADES DE SALUD: PROMEDIO, LOCALIZACION Y RENDIMIENTO DE LOS CONTACTOS, SOSPECHOSOS Y ASOCIADOS:- SEGUN ENTREVISTA EPIDEMIOLOGICA DE LOS CASOS POSITIVOS DE SIFILIS. CENTROS DE SALUD FRANCISCO BUITRAGO Y MARTIRES- DEL 19 DE JULIO DE 1979. MANAGUA, ABRIL-JULIO DE 1986.

INDICADORES	CENTROS DE SALUD		
	FRANCISCO BUITRAGO.	H. Y M. 19 DE JULIO DE 1979	TOTAL
<u>PROMEDIO:</u>			
CONTACTOS	1.25	1.12	1.20
SOSPECHOSOS	0.25	0.25	0.25
ASOCIADOS	0.08	0.87	0.40
	1.58	2.25	2.0
<u>LOCALIZACION:</u>			
CONTACTOS	0.33	0.77	0.50
SOSPECHOSOS	0.66	-	0.40
ASOCIADOS	1.00	0.14	0.25
	0.42	0.44	0.43
<u>RENDIMIENTO:</u>			
CONTACTOS	0.20	0.55	0.33
SOSPECHOSOS	0.66	-	0.40
ASOCIADOS	1.00	0.14	0.25
	0.31	0.33	0.32

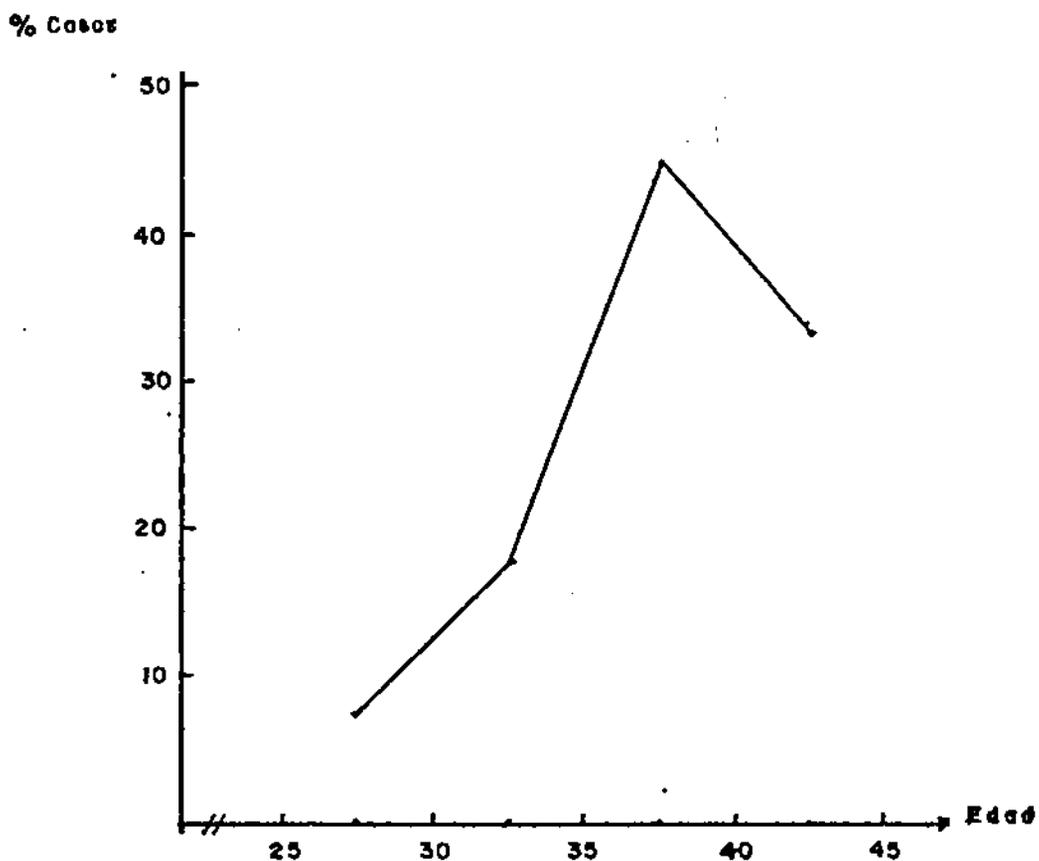
CUADRO 15

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA RED DE CONTACTOS, SOSPECHOSOS Y ASOCIADOS; SEGUN GRUPOS DE EDAD. CENTROS DE SALUD FRANCISCO BUITRAGO Y HEROES Y MARTIRES DEL 19 DE JULIO DE 1979. MANAGUA. ABRIL - JUNIO DE 1986.

GRUPO DE EDAD	RED DE C.S.A.	
	No.	%
25-29	1	8
30-34	2	17
35-39	5	42
40-44	4	33
TOTAL	12	100

GRAFICA 7

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA RED DE CONTACTOS, SOSPECHOSOS Y ASOCIADOS; SEGUN GRUPOS DE EDAD. CENTROS DE SALUD FCO. BUITRAGO Y HEROES Y MARTIRES DEL 19 DE JULIO DE 1979. MANAGUA, ABRIL - JUNIO DE 1986



Fuente: Cuadro 15

CUADRO 16

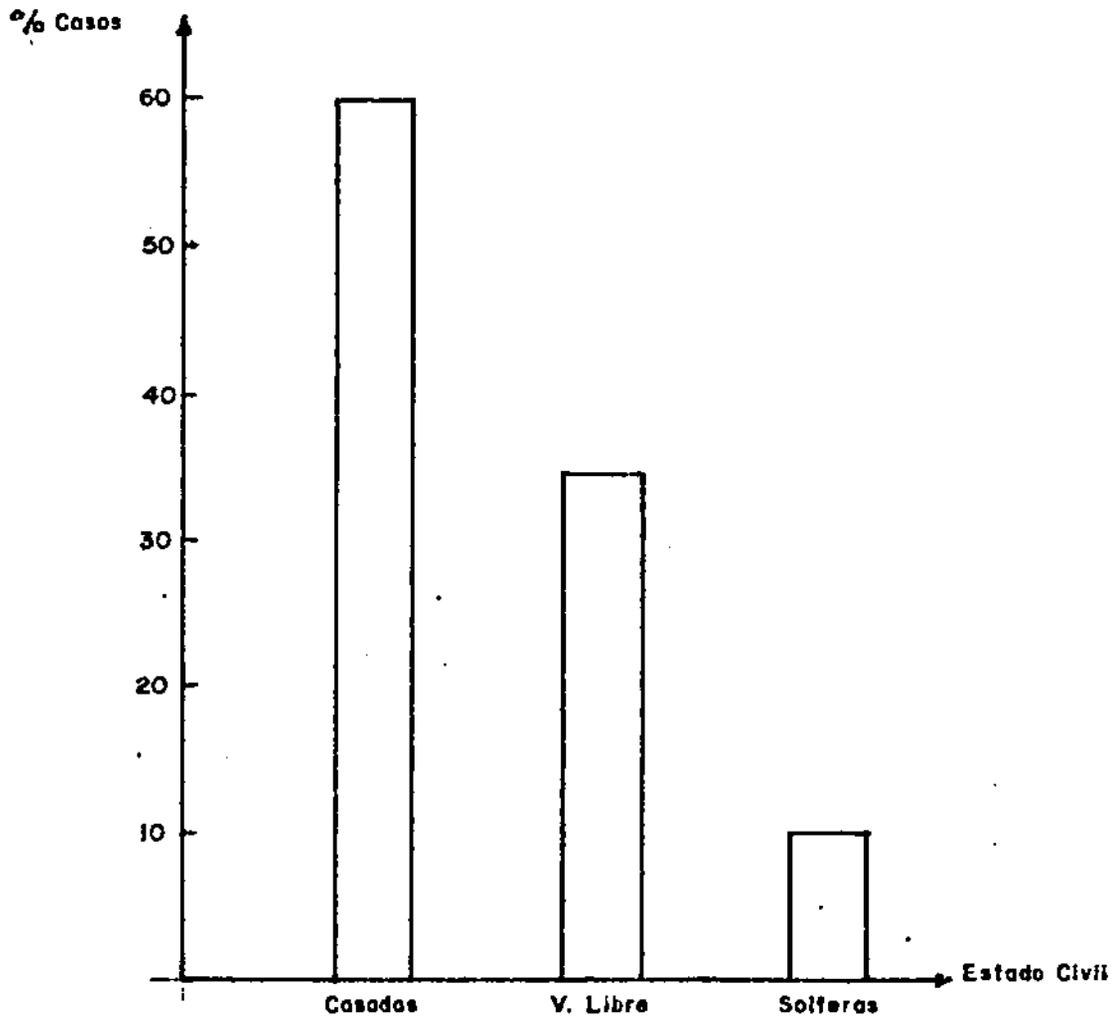
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA RED DE CONTACTOS, SOSPECHOSOS Y ASOCIADOS SEGUN ESTADO CIVIL. CENTROS DE SALUD FRANCISCO BUITRAGO Y HEROES Y MARTIRES DEL 19 DE JULIO DE 1979. MANAGUA. ABRIL-JULIO DE 1986.

ESTADO CIVIL	RED DE C.S.A.	
	No:	%
CASADOS	7	58.3
UNION LIBRE	4	33.3
SOLTEROS	1	8.3
T O T A L	12	100

- 212 -
GPAFICA 8

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA RED DE CONTACTOS, SOSPECHOSOS Y ASOCIADOS SEGUN ESTADO CIVIL. CENTROS DE SALUD FCO. BUITRAGO Y HEROES Y MARTIRES DEL 19 DE JULIO DE 1979. MANAGUA.

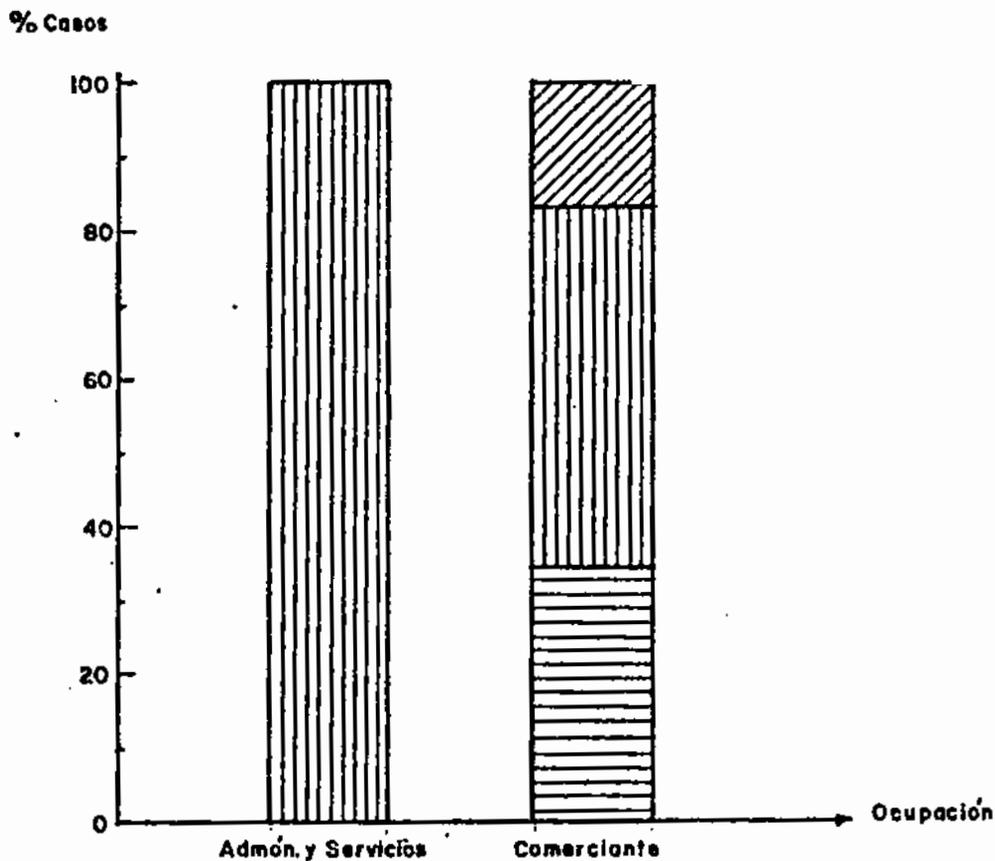
ABRIL - JUNIO DE 1986



Fuente: Cuadro 16

GRAFICA 9

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA RED DE CONTACTOS, SOSPECHOSOS Y ASOCIADOS; SEGUN OCUPACION Y ESCOLARIDAD. CENTROS DE SALUD FCO. BUITRAGO Y HEROES Y MARTIPES DEL 19 DE JULIO DE 1979
MANAGUA, ABRIL-JUNIO DE 1986



Fuente: Cuadro 17-18

SIMBOLOGIA

-  Analfabeta
-  Primaria
-  Superior

CUADRO 17

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA RED DE CONTACTOS, SOSPECHOSOS Y ASOCIADOS; SEGUN ESCOLARIDAD. CENTROS DE SALUD FRANCISCO BUITRAGO Y HEROES Y MARTIRES DEL 19 DE JULIO DE 1979 MANAGUA, ABRIL - JULIO DE 1986.

ESCOLARIDAD	RED DE C.S.A.	
	No.	%
ANALFABETAS	2	17
PRIMARIA	9	75
SECUNDARIA	-	-
TECNICA SUPERIOR	1	8
T O T A L	12	100

CUADRO 18

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA RED DE CONTACTOS, SOSPECHOSOS Y ASOCIADOS; SEGUN OCUPACION Y ESCOLARIDAD. - CENTROS DE SALUD - FRANCISCO GUITRAGO Y HEROES Y MARTIRES DEL 19 DE JULIO DE -- 1979. MANAGUA, JULIO DE 1986.

OCUPACION	E S C O L A R I D A D								TOTAL	
	ANALFAB.		PRIM.		SECUNDARIA		TEC. SUP.		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
ADM Y SERV.	-	-	6	100	-	-	-	-	6	50
COMERCIANTE	2	33	3	50	-	-	1	17	6	50
T O T A L	2	17	9	75	-	-	1	8	12	100

CUADRO 19

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA RED DE CONTACTOS, SOSPECHOSOS Y ASOCIADOS; SEGUN EDAD DE INICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL. CENTROS DE SALUD "FRANCISCO BUITRAGO" Y "HEROES Y MARTIRES DEL 19 DE JULIO DE 1979". MANAGUA. ABRIL-JULIO DE 1986.

EDAD I.V.S.A.	RED DE C.S.A.	
	No.	%
- 15	2	17
15-16	5	41
17-18	4	33
19-20	-	-
21-22	1	8
23 y más	-	-

CUADRO 20

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA RED DE CONTACTOS, SOSPECHOSOS Y ASOCIADOS; SEGUN NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES. --
CENTROS DE SALUD FRANCISCO BUITRAGO Y HEROES Y MARTIRES -
DEL 19 DE JULIO DE 1979. MANAGUA, ABRIL-JULIO DE 1986.

No. CROS. SEXUALES	RED DE C.S.A.	
	No.	%
1	2	17
2 - 3	9	75
4 - 5	1	8
T O T A L	12	100

\bar{X} - 2 CROS. SEXUALES

Mna. - 2 CROS. SEXUALES

CUADRO 21

DISTRIBUCION DE LA RED EPIDEMIOLOGICA DE CONTACTOS, SOS-
PECHOSOS SEGUN NUMERO DE PAREJAS SEXUALES Y FRECUENCIA -
DE RELACIONES SEXUALES. CENTROS DE SALUD FRANCISCO BUITRA-
GO Y HEROES Y MARTIRES DEL 19 DE JULIO DE 1979. MANAGUA, -
ABRIL-JULIO DE 1986.

No. DE PAREJAS SEXUALES. :	FRECUENCIA RELACIONES SEXUALES		CASOS INVESTIGA DOS.
	DIARIO	SEMANAL MENSUAL	
1	1	1	2
2 - 3	4	5	9
4 - 5	1	-	1
6 y más	-	-	-
T O T A L	6	6	12

CUADRO 22.

DISTRIBUCION DE LA RED DE CONTACTOS, SOSPECHOSOS Y ASOCIADOS: SEGUN ESTADO CIVIL Y EDAD DE INICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL. CENTRO DE SALUD FRANCISCO BUITRAGO Y HEROES Y MARTIRES DEL 19 DE JULIO DE 1979. MANAGUA. ABRIL-JULIO 1986.

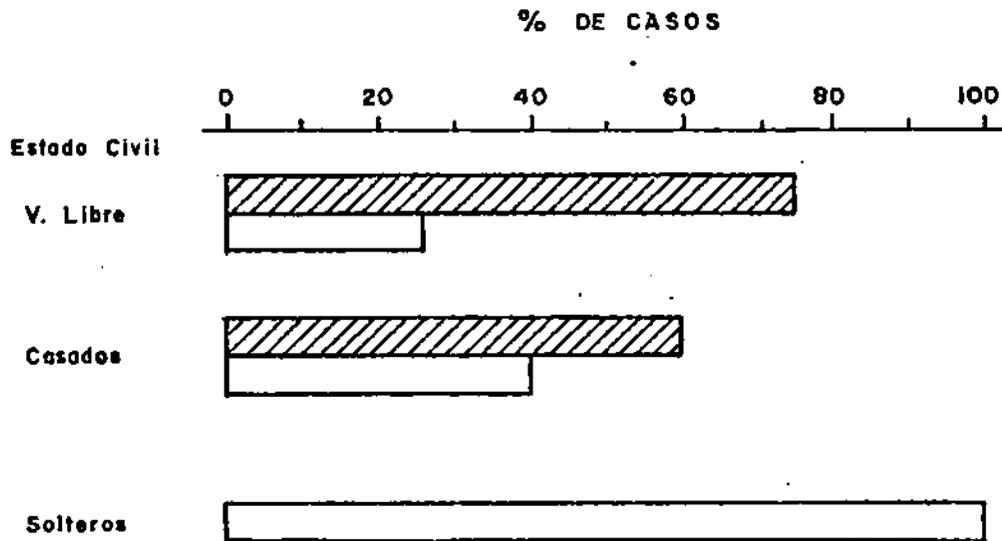
EDO. CIVIL.	EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL						TOTAL	
	-15-16a.		17-20		21 y más (años)		No.	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
CASADOS	4	57	2	29	1	8	7	5
SOLTEROS	-	-	1	100	-	-	1	
UNION LIBRE	3	75	1	25	-	-	4	3
T O T A L	7	58	4	33	1	8	12	100

F* < F

P= 0.05

GRAFICA 10

DISTRIBUCION DE LA RED DE CONTACTOS, SOSPECHOSOS Y ASOCIADOS:
SEGUN ESTADO CIVIL Y EDAD DE INICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL.
CENTROS DE SALUD FCO. BUITRAGO Y HEROES Y MARTIRES DEL 19 DE
JULIO DE 1979. MANAGUA. ABRIL - JUNIO DE 1986.-



Fuente: Cuadro 22

I.V.S.A.
▨ ≤ 16 años
□ ≤ 17 años

OBJETIVO 3

INFLACION PELVICA AGUDA:

Del total de 153 casos egresados y registrados como diagnóstico de inflamación pélvica aguda (IPA) en los hospitales Bertha Calderón y Fernando Vélez-Páiz en un período de tres años 1983-1985- se observó un incremento, que varió de 49 casos para 1983, 50 para 1984, hasta llegar a 54 casos egresados para 1985 (Cuadro 23).

MORBILIDAD:

La tasa de morbilidad de inflamación aguda por egresos de ginecología, registrada en el mismo período sufrió un aumento; pasando en el año de 1983 de una tasa de 10 casos por 1000 egresos a 1984 en que se registró una tasa de 32 x 1000 y a 1985 en que fue de 39 x 1000. La tasa de morbilidad en los 3 años estuvo comprendida en 20.4 casos de inflamación pélvica aguda por cada 1000 egresos registrados en el servicio de ginecología del hospital Bertha Calderón (Cuadro 24, gráfica 11).

La morbilidad por inflamación pélvica aguda originó una estancia hospitalaria con un rango de 32 días (1-33), -- siendo el promedio de 5 días (Cuadro 25).

EDAD:

De los casos egresados con diagnóstico de inflamación -- pélvica aguda, el grupo etáreo más frecuentemente afecta do fue el comprendido entre los 20-24 años (34%), estando el mayor número en los 20 años de edad. (Cuadro 26, - gráfica 12). en forma general la edad \bar{X} fueron los 27 años con una $S \pm 7$ años.

En el transcurso de los tres años estudiados. Se pre - sentó una variación en la afectación por grupos etáreos; observandose que en el año de 1983 el grupo de los 20-24 años fué el más afectado; en tanto que para el año de -- 1985 el grupo de los 25-29 años pasó a ser el de mayor - porcentaje (Cuadro 27, gráfica 13).

ESCOLARIDAD Y TIPO DE TRABAJO:

Del total de los casos ingresados, el mayor número de -- ellos se consignó con un nivel de escolaridad bajo: Anal - fabetas 13%, primaria 39% para un total del 52% en ambos niveles.

Al analizar el tipo de trabajo, observamos que el mayor - porcentaje (61%) tenía un trabajo no remunerado económi - camente, correspondiéndose en la mayoría de ellos a un -

nivel de escolaridad bajo ($P=0.05$) (Cuadro 28, Gráfica 14 y 15)

ESTADO CIVIL:

En el estudio de los casos según estado civil observamos que el grupo denominado como no casadas, representó un 68% siendo dentro de este grupo particularmente más frecuente las clasificadas como unión libre (50.4%) (Cuadro 29).

COMPORTAMIENTO SEXUAL:

Del total de egresados por inflamación pélvica aguda, se obtuvo que el 56% de los casos habían tenido más de un compañero sexual y dentro de este grupo el 51% con 2 a 3 compañeros.

Si relacionamos estado civil con el número de compañeros sexuales referidos, vemos que las mujeres con unión libre declararon un mayor número de compañeros sexuales ($P=0.05$) (Cuadro 29, gráfica 16, 17).

El promedio de compañeros sexuales por cada caso estudiado fue de 2.

Tomando como punto de referencia el inicio de la actividad

sexual, los casos estudiados se agruparon en tres categorías: (Cuadro 30, Gráfica 18 y 19).

PRIMERA CATEGORIA:

- Inicio de la actividad sexual antes o durante los 16 años de edad: 59% del total de los casos.
- De ellos el 37% con un solo compañero sexual, el 57% con 2-3, y el 6% con más de 4 compañeros.
- El 62% presentó su menarquía antes de los 14 años.

SEGUNDA CATEGORIA:

- Inició de la actividad sexual entre los 17 a 20 años de edad (30%).
- De ellos el 53% con un solo compañero sexual, el 44% con 2 a 3 y el 3% con más de 4 compañeros.
- El 51% presentó su menarquía antes de los 14 años.

TERCER CATEGORIA:

- Inicio de la actividad sexual después de los 21 años: el

11%.

- De ellos el 58% con un solo compañero sexual, el 42% con 2 a 3 y 0% para más de 4 compañeros.
- El 31% presentó su menarquía antes de los 14 años.

En términos generales el promedio de inicio de la actividad sexual fue a los 17 años de edad.

Partiendo del inicio de la actividad sexual y relacionando las variables número de compañeros sexuales, con la edad en los casos registrados de inflamación pélvica aguda, observamos que en el grupo de mujeres de 30-34 años, el 80% había tenido más de 2 compañeros desde el inicio de su actividad sexual; siguiéndole en orden de frecuencia el grupo de mujeres de 35-39 años de edad con un 73%. El grupo de los 15 a 19 años reveló en el 100% de los casos solamente un compañero sexual. (Cuadro 31, gráfica 20).

PARIDAD:

El promedio y moda del número de hijos fue de 3.

ABORTO:

El 39% de los casos tenían antecedentes de aborto.

PARIDAD Y ABORTO:

El 16% de los casos no habían tenido hijos y de éstos el 79% no tenían antecedentes de aborto. (Cuadro 32).

En lo que respecta al antecedente del uso de dispositivo intra-uterino (DIU), como método anticonceptivo, éste fue usado en el 42% de los casos que tuvieron inflamación pélvica aguda.

En el 8% de las mujeres estaba consignado en el expediente el antecedente de esterilidad, sin especificar si era primaria o secundaria; y en éstas el 50% tenía cuadros de inflamación pélvica aguda a repetición.

EMBARAZO ECTÓPICO:

Dado que el embarazo ectópico constituye una emergencia quirúrgica, su estudio partió de una revisión de los registros de los diferentes hospitales de Managua: Bertha Calderón, Vélez Páiz, Manolo Morales y Lenín Fonseca; en un período de tres años 1983-1985 recopilándose un total de 179 casos. La mayoría de estos casos correspondieron al Hospital Bertha Calderón por sus características de atención exclusiva a la mujer, sin embargo los resultados serán dados a conocer en forma global.

El embarazo ectópico se presentó en el período referido en una forma ascendente, pasando en 1983 con 52 casos, 1984 48

casos, hasta 1985 en que se registraron 79 casos (Cuadro 33).

Las tasas de morbilidad según egresos de el servicio de Ginecología en el mismo hospital referido, fueron en 1983 de 9.5 por 1000 egresos, en 1984 de 27.5 y en 1985 de 50 por 1000 -- egresos, con un incremento del 81% en los dos últimos años -- (cuadro 34 , gráfica 21).

La tasa específica de embarazo ectópico por partos atendidos en el Hospital Bertha Calderón en el período de tres años (1983 - 1985) fue de 2.8 embarazos ectópicos por mil partos atendidos, observándose un incremento del 28% en el transcurso de 1984 a 1985 (Cuadro 35 . Gráfica 22).

EOAD:

El grupo de edad más afectado fue el de 25-29 años con 31%, - siguiéndole en orden decreciente de frecuencia y con el mismo porcentaje (26%), los grupos de 20-24 y 30-34 años de edad. - (Cuadro 36). De todos los casos registrados la edad promedio fue de 28 años con una desviación standar de ± 6 años. (gráfica 23)

ESCOLARIDAD:

Del total de mujeres con embarazo ectópico, el 64% presentó un nivel de escolaridad bajo (menos de 6 años de instrucción) siendo del total de este grupo (87 casos), más representativo el nivel primario con un 84% (Cuadro 37 . Gráfica 24).

TIPO DE TRABAJO:

Considerando el tipo de trabajo, desde el punto de vista de su remuneración económica, el 67% de las mujeres con embarazo ectópico realizaban actividades clasificadas de no remunerativas (Cuadro 37).

ESCOLARIDAD/ TIPO DE TRABAJO:

Al ordenar las variables de escolaridad en las categorías de analfabeta a primaria, secundaria, técnica a superior y relacionarla con la variable tipo de trabajo; observamos las siguientes particularidades: al aumentar el nivel de escolaridad, aumentaba el porcentaje de personas con un trabajo remunerado (analfabeta-primaria en un 23%, secundaria en un 39% y técnica a superior en un 64%) situación inversa que se observó con el trabajo no remunerado asociado a un menor nivel de escolaridad, donde los porcentajes presentes en el mismo orden de categorías establecidas fue de 77%, 61% y 36% respectivamente ($p=0.05$). (Grafica 25).

COMPORTAMIENTO SEXUAL:

De todos los casos registrados como embarazo ectópico, vemos que el 88% de las mujeres presentaron su menarquía antes o durante los 14 años, iniciando su actividad sexual antes o durante los 16 años de edad el 49% de ellas. En cambio las que presentaron su menarquía después de los 14 años (12% del total de los casos) iniciaron su actividad sexual después de los 16 --

años el 86% ($p=0.05$) (Cuadro 38).

En términos generales la mediana de inicio de la actividad se xual fue a los 16 años y la moda a los 15 años de edad.

Del total de mujeres que sufrieron embarazo ectópico, el 48% refirió más de un compañero sexual y de éstas el 65% manifestó haber iniciado su actividad sexual a una edad igual o menor de los 16 años, contrastando con el 38% de las mujeres que inicia ron su actividad sexual a esa misma edad y refirieron un solo-compañero ($p=0.05$) (Cuadro 39. . gráfica 26.

El promedio de compañeros sexual fue de 2 por caso revisado. Relacionando las variables estado civil y parejas sexuales, en el total de los casos registrados de embarazo ectópico, observamos que el conjunto clasificado como no casados (solteras, - divorciadas, unión libre) constituyó el 67% en cambio las cas das constituyeron el 33% ($p=0.05$) (Cuadro 40 .Gráfica 27).

En el primer caso el sub-grupo más representativo fue el de -- unión libre, el que por si solo representó el 48% del total de casos, refiriendo el 56% de ellos, más de un compañero sexual. En cambio el grupo de casadas, solamente el 21% refirió más de una pareja sexual.

A partir del inicio de su actividad sexual, se observó -- que, en las mujeres de 35 - 39 años de edad con embarazo ectópico, 67% había tenido 2 y más compañeros sexuales si guiendo el grupo de 30 a 34 años con un 61% y en tercer lugar el grupo de 25 - 29 con un 46% ($P=0.05$) (Cuadro 41 -- gráfica 28).

El promedio de hijos en las mujeres con embarazo ectópico fue de 2.7 y la mediana de 1.5.

De todos los casos el 82% tenía antecedentes positivos de paridad, y de éstos el 48% refirió más de un compañero -- sexual. A como se puede observar en el grupo de mujeres -- que presentó mayor paridad (7 a 9 hijos), el 60% de ellas manifestó más de un compañero sexual (Cuadro 42).

De las mujeres con embarazo ectópico el 36% tenía antecedentes de aborto; por otra parte, se observa que en el 16% de las mujeres sin paridad, en el 88.5% era negativo el -- antecedente de aborto (cuadro 43).

Al comparar las variables aborto y número de parejas sexuales se observan las siguientes características: (Cuadro 44).

En el grupo de mujeres con antecedente de aborto, el porcentaje de las mismas con más de un compañero sexual representó un 57%, en cambio las que no tenían aborto, este mismo dato representó el 39%.

La situación se invierte con las mujeres que refirieron un solo compañero sexual, siendo mayor el antecedente negativo de aborto con un 61%, que el dato positivo el cual representó un 43%.

OTRAS VARIABLES:

Revisando los antecedentes ginecológicos de las mujeres que presentaron embarazo ectópico, nos encontramos que en el 11% de ellas, refirió haber presentado un episodio previo de inflamación pélvica aguda, y que el 8% de ellas usó como método anticonceptivo el dispositivo intra-uterino (DIU).

La localización tubárica representó el 95% de todos los casos de embarazo ectópico, teniendo el 58% de 4 a 9 semanas de gestación (Cuadro 45, esquema B).

CUADRO 23

DISTRIBUCION DE LOS CASOS REGISTRADOS DE INFLAMACION PEL-
VICA AGUDA EN LOS HOSPITALES BERTHA CALDERON Y FERNANDO -
VELEZ PAIZ DE LA CIUDAD DE MANAGUA EN EL PERIODO 1983 ---
1985.

AÑO	CASOS DE I.P.A.		T O T A L
	H.B.C.	H.F.V.P.	
1983	42	7	49
1984	50	-	50
1985	54	-	54
T O T A L	146	7	153

FUENTE: Estadística y Registros Médicos de los Hospitales
B. Calderón y V. Páiz. Expedientes clínicos

CUADRO 24

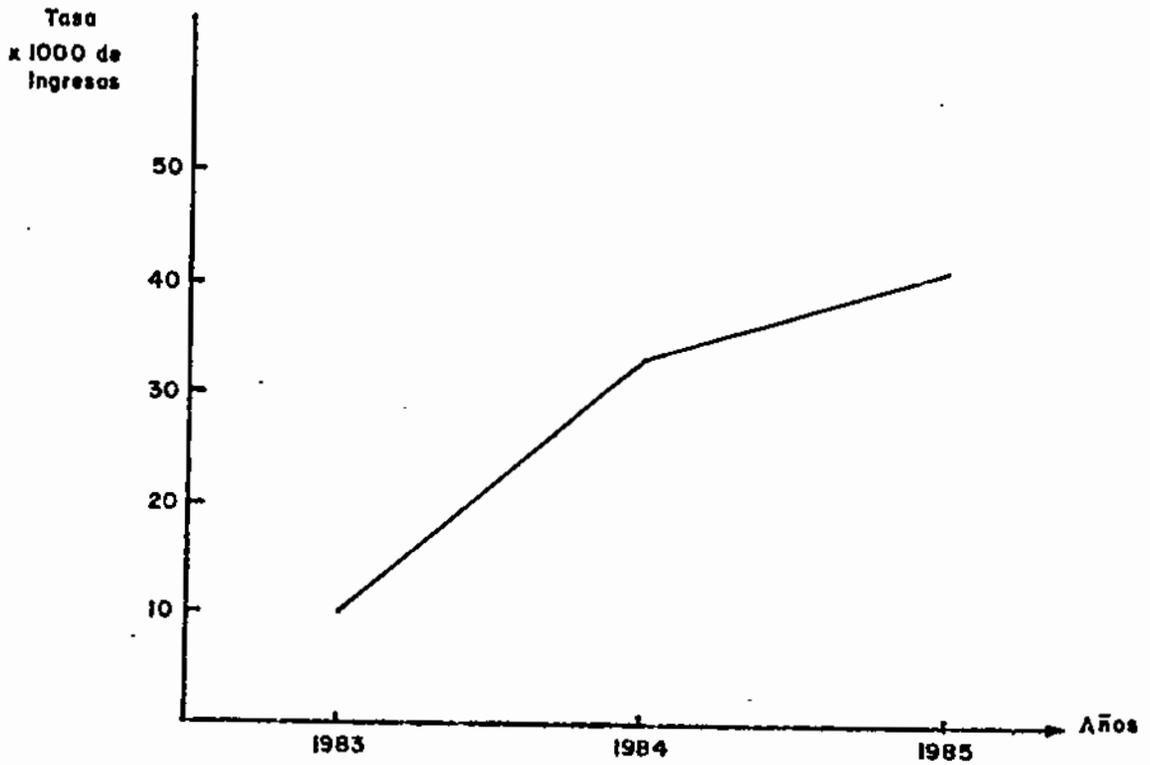
TASA DE MORBILIDAD DE INFLAMACION PELVICA AGUDA DEL HOS-
PITAL BERTHA CALDERON DE LA CIUDAD DE MANAGUA, EN EL ---
PERIODO 1983 - 1985.

ANOS	TOTAL EGRESOS GINECO- LOGIA HOSP. BERTHA -- CALDERON	CASOS DE I.P.A. - (EGRESOS)	TASA DE - MORBILIDAD
1983	4193	42	10
1984	1559	50	32
1985	1399	54	39
TOTAL	7151	146	20.4

FUENTE: Estadísticas y Registros Médicos del Hospital
Bertha Calderón.

GRAFICA 11

TASA DE MORBILIDAD DE INFLAMACION PELVICA AGUDA DEL HOSPITAL
BERTHA CALDERON DE LA CIUDAD DE MANAGUA, EN EL PERIODO DE
1983 - 1985



Fuente: Cuadro 24

CUADRO 25

DISTRIBUCION DE LOS CASOS DE INFLAMACION PELVICA AGUDA -
REGISTRADOS SEGUN DIAS ESTANCIA HOSPITALARIA. HOSPITALES
BERTHA CALDERON Y HOSPITAL FERNANDO VELEZ PAIZ DE LA CIU-
DAD DE MANAGUA EN EL PERIODO 1983 - 1985.

DIAS ESTANCIA HOSPITALARIA	CASOS DE I.P.A.
1 - 3	67
4 - 7	48
8 - 11	20
12 y más	18
T O T A L	153

FUENTE: Expedientes Clínicos.

\bar{X} = 5 días

R = 32 días.

CUADRO 26

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS REGISTRADOS DE INFLAMACION PELVICA AGUDA SEGUN GRUPOS DE EDAD. HOSPITALES ---
BERTHA CALDERON Y FERNANDO VELEZ PAIZ DE LA CIUDAD DE --
MANAGUA EN EL PERIDDO 1983 - 1985.

GRUPOS DE EDAD	CASOS DE I.P.A.	PORCENTAJE
15 - 19	15	10
20 - 24	52	34
25 - 29	41	27
30 - 34	21	14
35 - 39	14	9
40 y 44	10	6
T O T A L	153	100

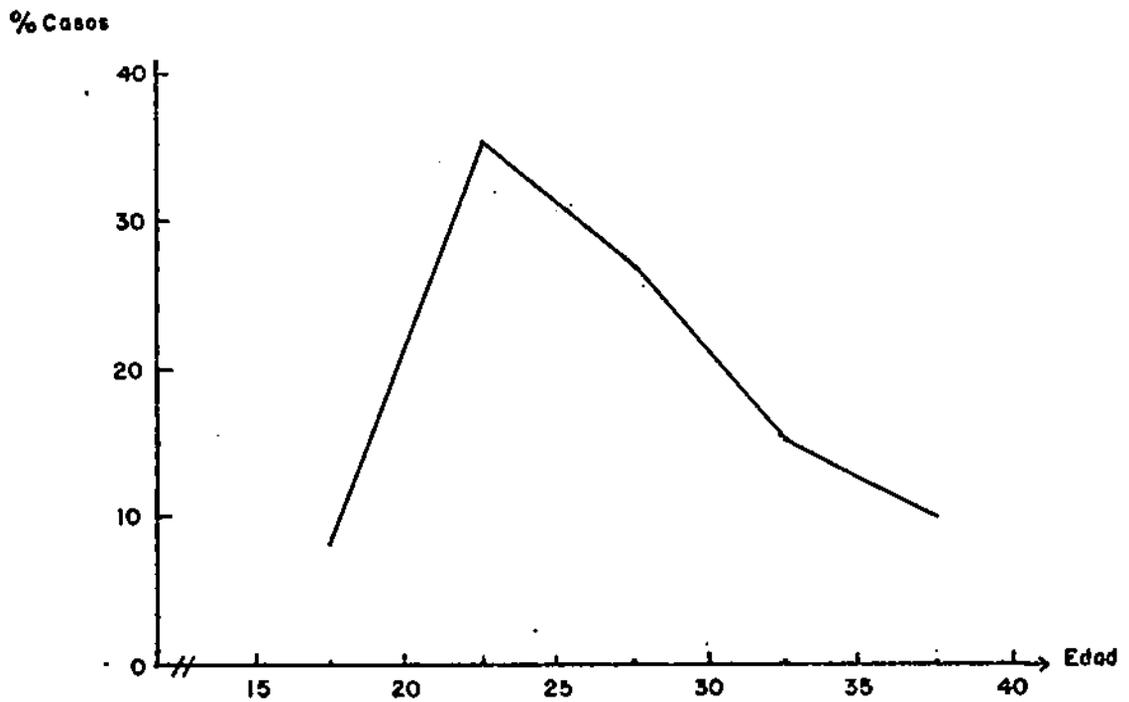
FUENTE: Expedientes Clínicos

$$\bar{X} = 27 \text{ años}$$

$$S = \pm 6.7$$

GRAFICA 12

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS REGISTRADOS DE INFLAMACION PELVICA AGUDA SEGUN GRUPOS DE EDAD. HOSPITALES BERTHA CALDERON Y VELEZ PAIZ DE LA CIUDAD DE MANAGUA EN EL PERIODO 1983-1985.-



Fuente: Cuadro 26

CUADRO 27

DISTRIBUCION ANUAL DE CASOS REGISTRADOS DE INFLAMACION -
PELVICA AGUDA, SEGUN GRUPOS DE EDAD. HOSPITALES BERTHA-
CALDERON Y FERNANDO VELEZ PAIZ. MANAGUA, 1983 - 1985.

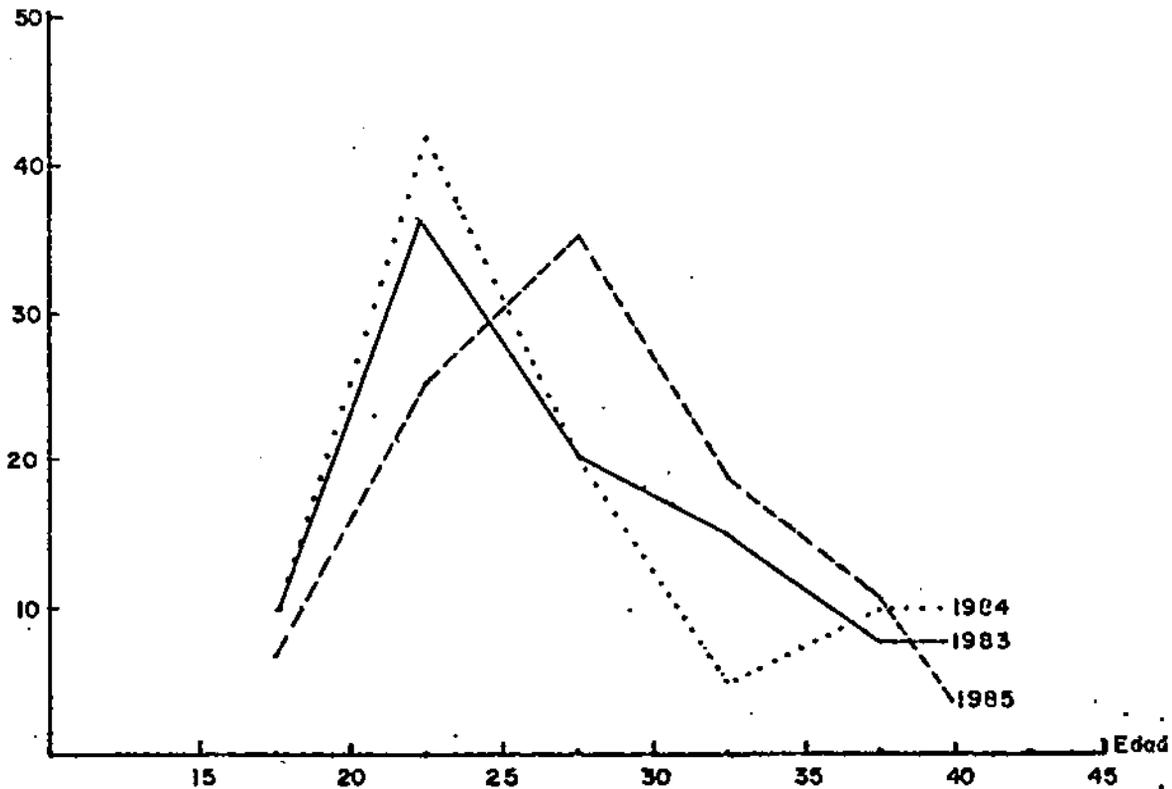
GRUPO DE EDAD	CASOS DE INFLAMACION PELVICA AGUDA					
	1983		1984		1985	
	No.	%	No.	%	No.	%
15-19	5	10	5	10	4	7
20-24	19	38	20	42	14	26
25-29	11	22	10	21	19	35
30-34	8	16	3	6	10	18
35-39	4	8	5	10	6	11
40-44	3	6	5	10	1	2

FUENTE: Expedientes Clínicos.

GRAFICA 13

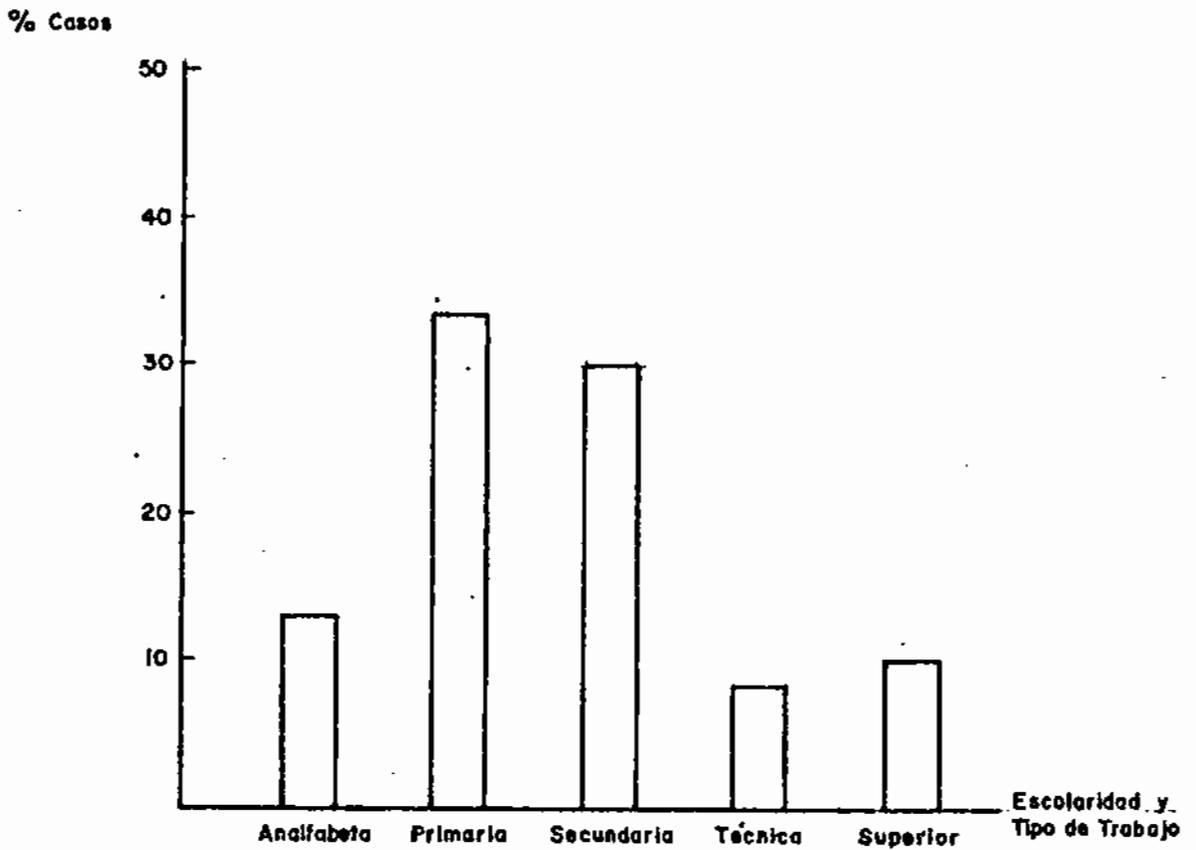
CASOS DE INFLAMACION PELVICA AGUDA, SEGUN GRUPO DE EDAD, DURANTE
LOS AÑOS 1983-1985. HOSPITALES BERTHA CALDERON, VELEZ PAIZ DE LA
CIUDAD DE MANAGUA. -

% de Casos



Fuente: Cuadro 27.-

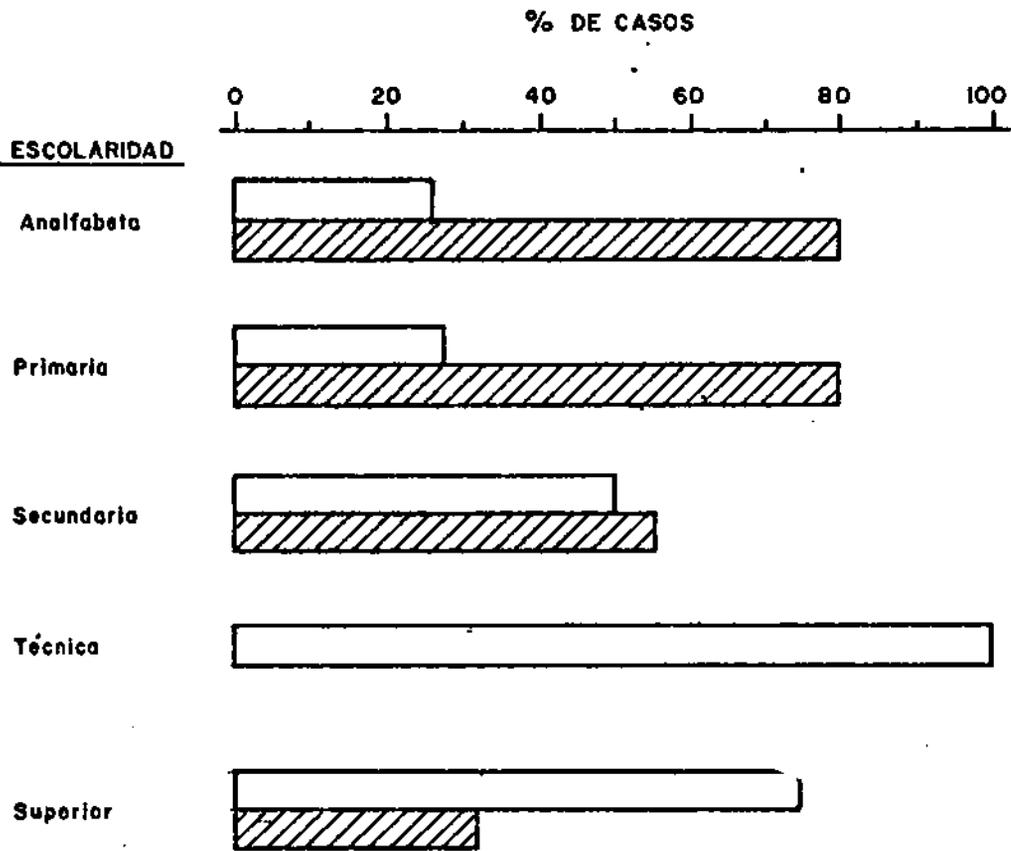
DISTRIBUCION DE CASOS REGISTRADOS DE INFLAMACION AGUDA;
SÉGUN ESCOLARIDAD. HOSPITALES BERTHA CALDERON Y F. VELEZ PAIZ
MANAGUA 1983-1985



Fuente: Cuadro 28

GRAFICA 15

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS REGISTRADOS DE INFLAMACION PELVICA AGUDA; SEGUN ESCOLARIDAD Y TIPO DE TRABAJO. HOSPITALES BERTHA CALDERON Y FERNANDO VELEZ PAIZ. 1983-1985.-



Fuente: Cuadro 28

Tipo de Trabajo



Remunerado



No Remunerado

CUADRO 28

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS REGISTRADOS DE INFLAMACION PELVICA AGUDA; SEGUN ESCOLARIDAD Y TIPO DE TRABAJO. HOSPITALES BERTHA CALDERON Y FERNANDO VELEZ PAIZ - 1983 - 1985. MANAGUA.

ESCOLARIDAD	TIPO DE TRABAJO		CASOS DE IPA	
	REMUNERADO	NO REMUNERADO	No.	%
ANALFABETA	3	11	14	13
PRIMARIA	9	32	41	39
SECUNDARIA	16	18	34	33
TECNICA	7	-	7	7
SUPERIOR	6	2	8	8
TOTAL	41	63	104	100

* Se ignoran 40 casos en lo referente a escolaridad y ocupación.

FUENTE: Expedientes Clínicos.

$$\chi^2 \geq \chi^2$$

$$P = 0.05$$

CUADRO 29

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS REGISTRADOS DE INFLAMACION PELVICA AGUDA; SEGUN ESTADO CIVIL Y COMPAREÑOS SEXUALES. HOSPITALES BERTHA CALDERON Y FERNANDO VELEZ PAIZ DE LA CIUDAD DE MANAGUA; EN EL PERIODO 1983 --- 1985.

EDO. CIVIL	Nº. DE COMPAREÑOS SEXUALES				TOTAL	
	1	2 - 3	4 - 5	No.	%	
CASADA	20	13	-	33	31	
SOLTERA	6	8	-	14	13	
DIVORCIADA	2	1	-	3	3	
VIUDA	2	-	-	2	2	
U. LIBRE	17	31	5	53	50	
T O T A L	47 (44%)	53 (51%)	5 (5%)	105	100	

FUENTE: Expedientes Clínicos.

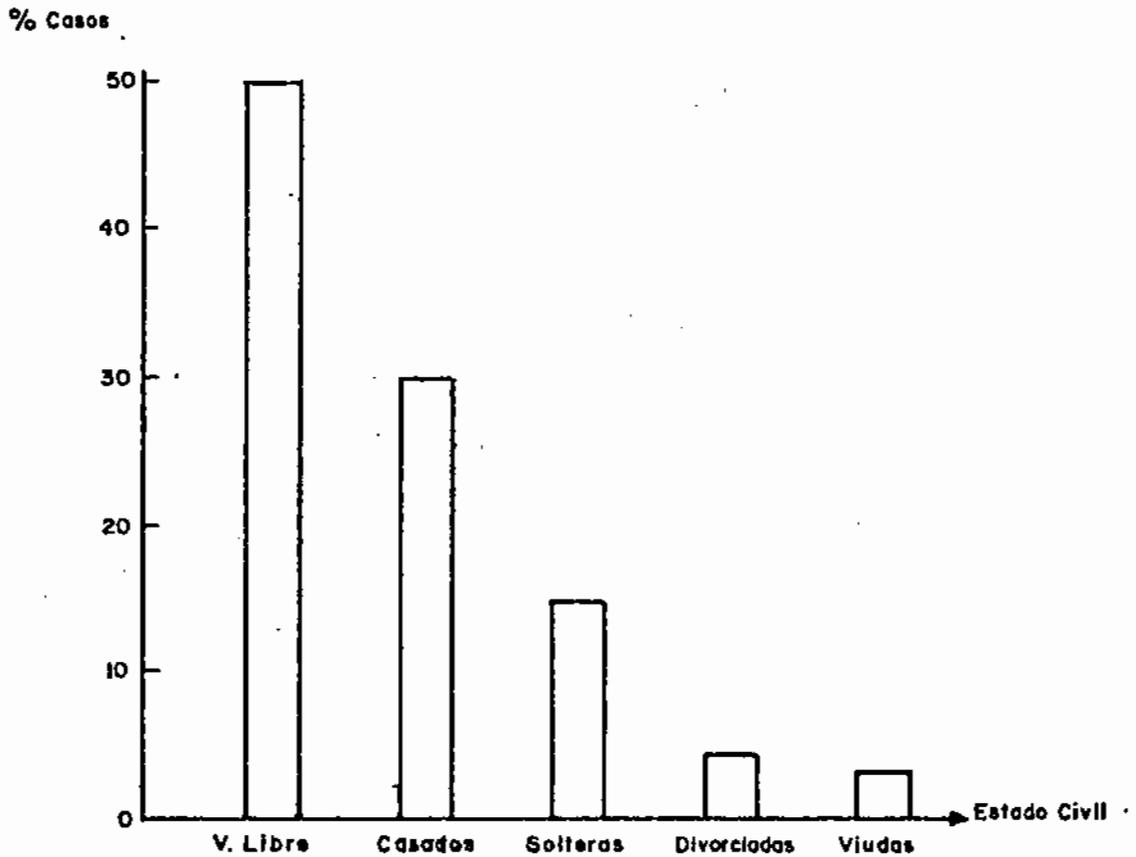
$\bar{X} = 2$ compañeros sexuales

$\chi^2 \rightarrow \chi^2$

P= 0.05

GRAFICA 16

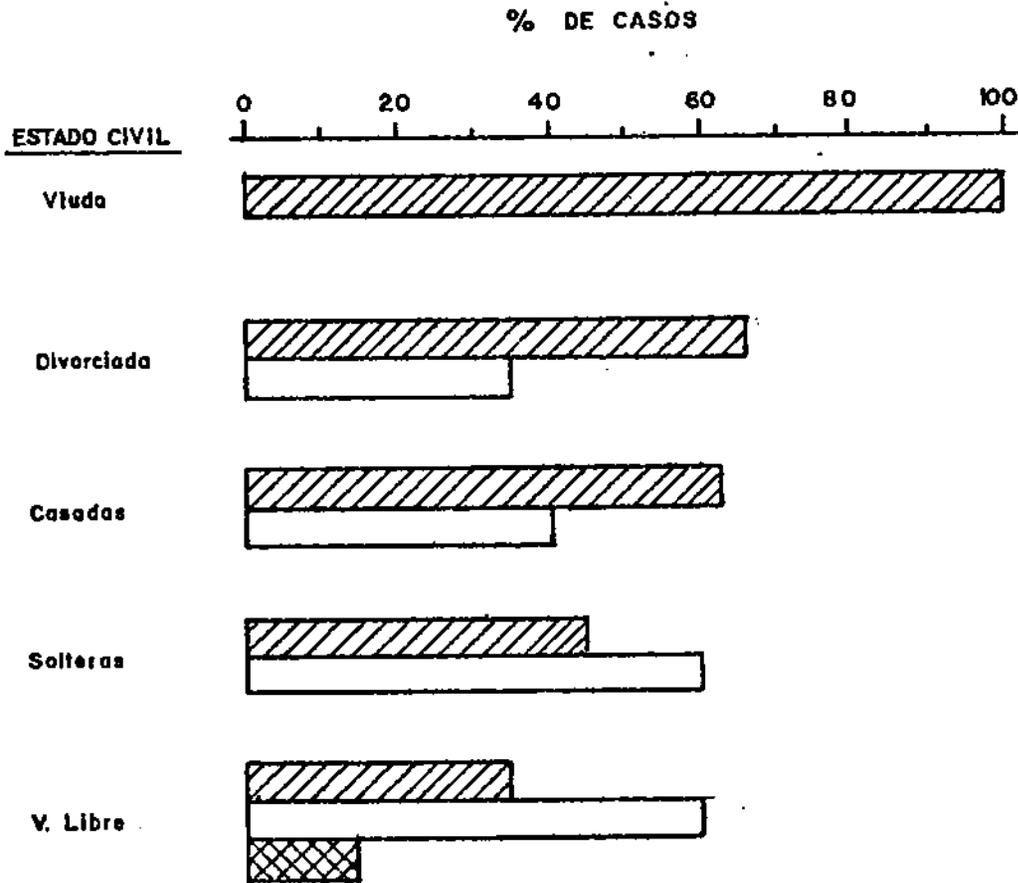
DISTRIBUCION POPCENTUAL DE LOS CASOS REGISTRADOS DE INFLAMACION PELVICA AGUDA; SEGUN ESTADO CIVIL. HOSPITALES BERTHA CALDERON Y FERNANDO VELEZ PAIZ, DE LA CIUDAD DE MANAGUA EN EL PERIODO DE 1983 - 1985



Fuente: Cuadro 29

GRAFICA 17

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS REGISTRADOS DE INFLAMACION PELVICA AGUDA; SEGUN ESTADO CIVIL Y NUMERO DE COMPANEROS SEXUALES HOSPITALES BERTHA CALDERON Y FERNANDO VELEZ PAIZ DE LA CIUDAD DE MANAGUA EN EL PERIODO DE 1983 - 1985.-



Fuente: Cuadro 29

SIMBOLOGIA

Nº Cros. Sexuales



1



2-3



4-5

CUADRO 30

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS REGISTRADOS DE INFLAMACION PELVICA AGUDA, SEGUN EDAD DE INICIO DE LA ACTIVIDAD -- SEXUAL RELACIONADA CON NUMERO DE COMPANEROS SEXUALES Y EDAD DE MENARQUIA. HOSPITALES BERTHA CALDERON Y FERNANDO VELEZ - PAIZ. DE LA CIUDAD DE MANAGUA. PERIODO 1983 - 1985.

COMPAREROS SEXUALES.	EDAD I.V.S.A.					
	< 16a		17-20		21 <	
	No.	%	No.	%	No.	%
1	23	37	17	53	7	58
2 - 3	36	57	14	44	5	42
4 - 5	4	6	1	3	-	-
T O T A L	63.	59	32	30	12	11

$\chi^2 < \chi^2$

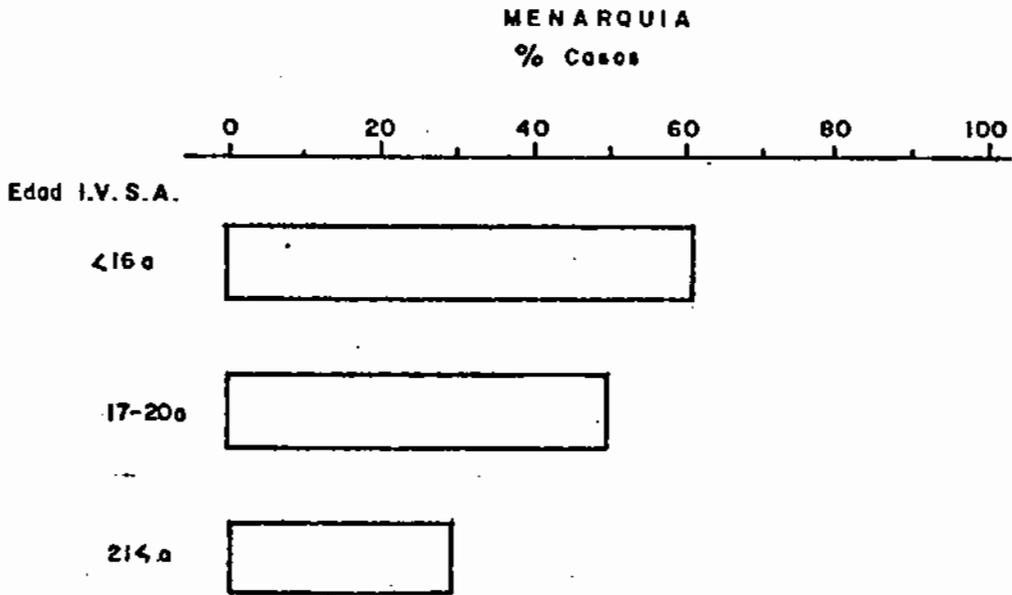
EDAD MENARQUIA	EDAD I.V.S.A.		
	$\leq 16a$	17-20	21 \leq
≤ 14 a.	47-62%	47-51%	13-31%

FUENTE: Expedientes Clínicos.

\bar{x} I.V.S.A. = 17 años.

GRAFICA 1B

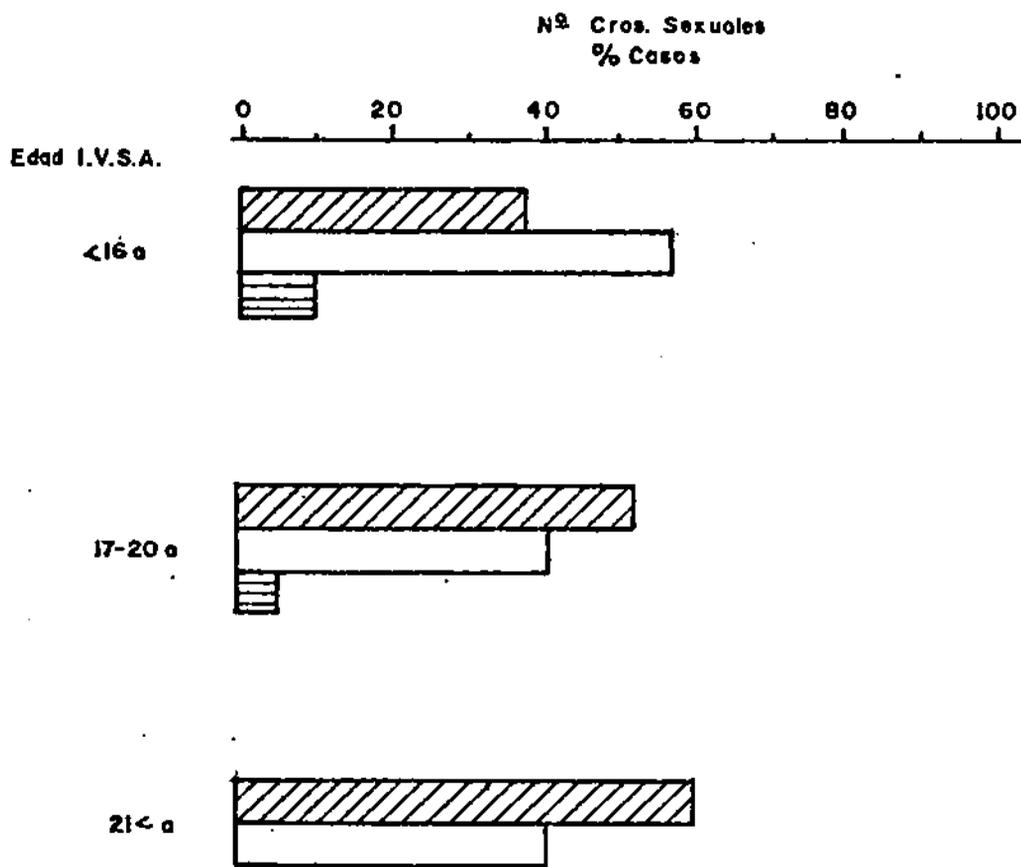
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS REGISTRADOS DE INFLAMACION PELVICA AGUDA, SEGUN EDAD DE INICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL. HOSPITALES B. CALDERON, F. V. PAIZ DE LA CIUDAD DE MANAGUA. PERIODO 1983-1985.



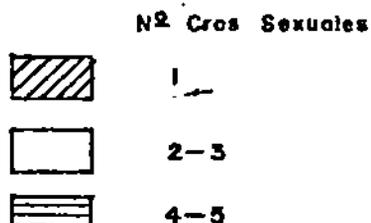
Fuente: Cuadro 30

GRAFICA 19

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS REGISTRADOS DE INFLAMACION PELVICA AGUDA, SEGUN EDAD DE INICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL RELACIONADO CON NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES Y EDAD DE INICIO DE MENARQUIA. HOSPITALES B. CALDERON Y V. PAIZ MANAGUA, 1983-1985.



Fuente: Cuadro 30



CUADRO 31

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS REGISTRADOS DE INFLAMACION PELVICA AGUDA; SEGUN EDAD DE LAS MUJERES SEXUALMENTE ACTIVAS Y NUMERO DE COMPAREROS SEXUALES. HOSPITALES -- BERTHA CALDERON Y FERNANDO VELÉZ PAIZ DE LA CIUDAD DE MANAGUA. PERIODO 1983 - 1985.

GRUPO DE EDAD.	COMPAREROS SEXUALES EN CASOS DE I.P.A.						TOTAL
	1		2 - 3		4 - 5		
	No.	%	No.	%	No.	%	
* 15-19	10	100	-	-	-	-	10
20-24	16	34	23	56	2	5	41
25-29	13	42	17	55	1	3	31
30-34	3	20	11	73	1	7	15
35-39	3	27	6	55	2	18	11
40-44	4	80	1	20	-	-	5

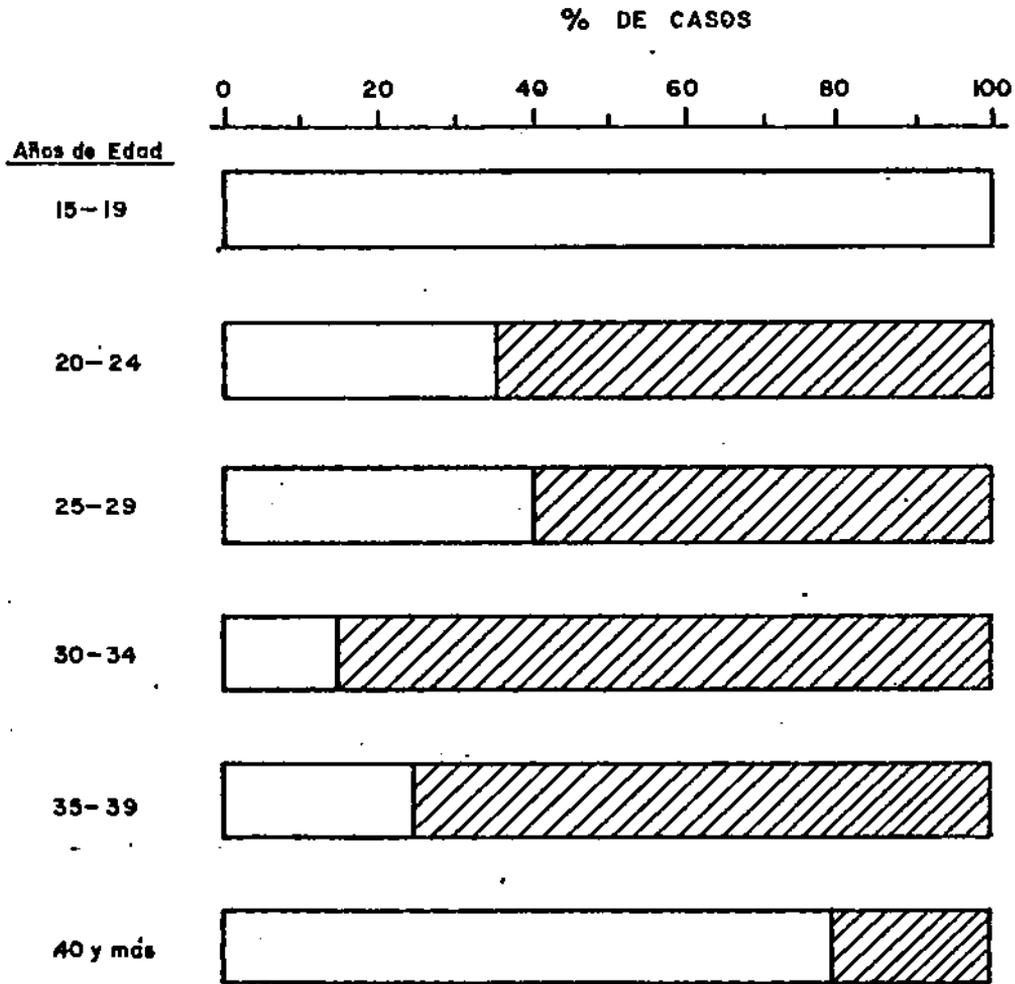
FUENTE: Expedientes Clínicos.

$$\chi^2 < \chi^2$$

$$P = 0.05$$

GRAFICA 20

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS REGISTRADOS DE INFLAMACION PELVICA AGUDA, SEGUN EDAD DE LAS MUJERES SEXUALMENTE ACTIVAS Y NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES. HOSPITALES B. CALDERON, Y V. PAIZ DE LA CIUDAD DE MANAGUA EN EL PERÍODO 1983-1985.



Fuente: Cuadro 31

Nº Cros. Sexuales



1



2 y más

CUADRO 32

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS REGISTRADOS DE INFLAMACION PELVICA AGUDA; SEGUN PARIDAD Y ABORTO. HOSPITALES-BERTHA CALDERON Y FERNANDO VELEZ PAIZ DE LA CIUDAD DE MANAGUA, PERIODO 1983 - 1985.

PARIDAD	ABORTO		TOTAL
	NO	SI	
NO	19-79%	5-21%	24 - 16%
SI	73-58%	53-42%	126 - 84%
TOTAL	92-61%	58-34%	150-100%

FUENTE: Expedientes Clínicos.

\bar{x} = 3 hijos.

CUADRO 33

DISTRIBUCION DE CASOS DE EMBARAZO ECTOPICO REGISTRADOS--
EN LOS HOSPITALES BERTHA CALDERON, MANOLO MORALES, VELEZ
PAIZ Y ANTONIO LENIN FONSECA DE LA CIUDAD DE MANAGUA EN-
EL PERIODO 1983 - 1985.

AÑO	CASOS DE EMBARAZO ECTOPICO				TOTAL
	H.B.C.	H.M.M.	H.F.V.P.	H.A.L.F.	
1983	40	1	9	2	52
1984	43	5	-	-	48
1985	70	7	2	-	79
TOTAL	153	13	11	2	179

FUENTE: Expediente Clínico.

CUADRO 34

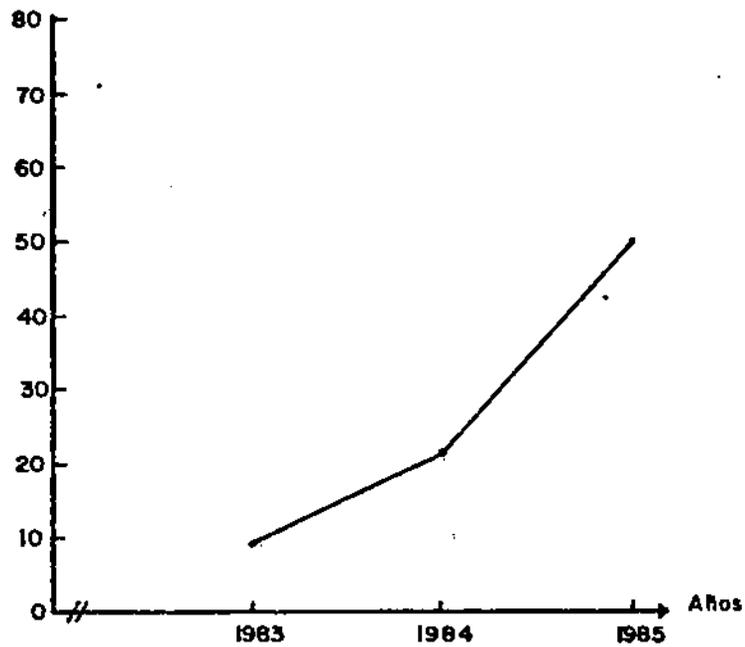
TASA DE MORBILIDAD ANUAL DE EMBARAZO ECTOPICO DEL HOSPI-
TAL BERTHA CALDERON DE LA CIUDAD DE MANAGUA, EN EL PERIO-
DO 1983 - 1985.

<u>AÑOS</u>	<u>TOTAL DE EGRESOS</u> <u>GINECOLOGIA</u>	<u>CASOS DE EMBARA</u> <u>ZO ECTOPICO ---</u> <u>(EGRESOS).</u>	<u>TASA DE</u> <u>MORBILI</u> <u>DAD POR</u> <u>1,000.</u>
1983	4193	40	9.5
1984	1559	43	27.5
1985	1399	70	50.0
T O T A L	7151	153	21.4

FUENTE: Estadísticas y Registros Médicos del Hospital
Bertha Calderón.

-GRAFICA 21

TASA DE MORBILIDAD ANUAL DE EMBARAZO ECTOPICO DEL HOSPITAL
BERTHA CALDERON DE LA CIUDAD DE MANAGUA, EN EL PERIODO
1983-1985.



Fuente: Cuadro 34

CUADRO 35

TASA DE EMBARAZO ECTOPICO, SEGUN PARTOS ATENDIDOS EN EL-
HOSPITAL BERTHA CALDERON DE LA CIUDAD DE MANAGUA, EN EL-
PERIODO 1983 - 1985.

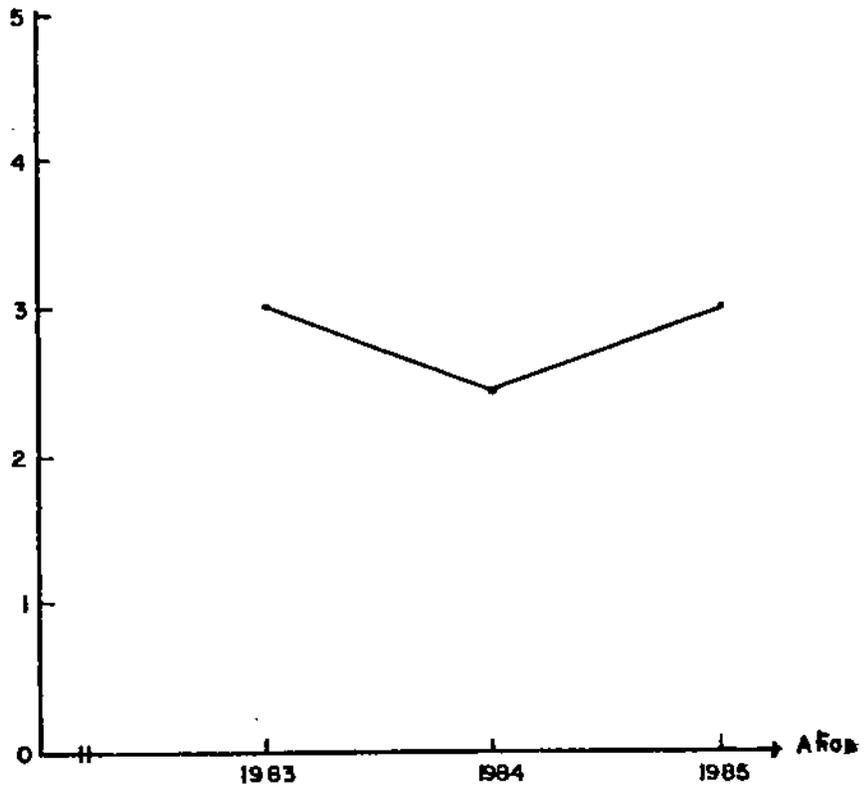
AÑOS	PARTOS ATENDIDOS	CASOS EGRESADOS DE EMBARAZO EC- TOPICO.	TASA POR 1000
1983	14297	40	2.8
1984	17480	43	2.5
1985	21977	70	3.2
T O T A L	53754	153	2.8

FUENTE: Expedientes Clínicos.

GRAFICA 22

TASA DE EMBARAZO ECTOPICO, SEGUN PARTOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON DE LA CIUDAD DE MANAGUA, EN EL PERIODO 1983-1985.

Tasa x 1000
Partos Atendidos



Fuente: Cuadro 35

CUADRO 36

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS REGISTRADOS DE EMBARAZO ECTOPICO, SEGUN GRUPOS DE EDAD. HOSPITALES BERTHA CALDE-
BDN, MANOLO MORALES, VELEZ PAIZ Y ANTONIO LENIN FONSECA-
DE LA CIUDAD DE MANAGUA EN EL PERIODO 1983-1985.

GRUPO DE EDAD	CASOS DE EMBARAZO ECTOPICO	PORCENTAJE.
15 - 19	11	6.0
20 - 24	46	26
25 - 29	54	31
30 - 34	46	26
35 - 39	18	10
40 - 44	2	1
T O T A L	177	100

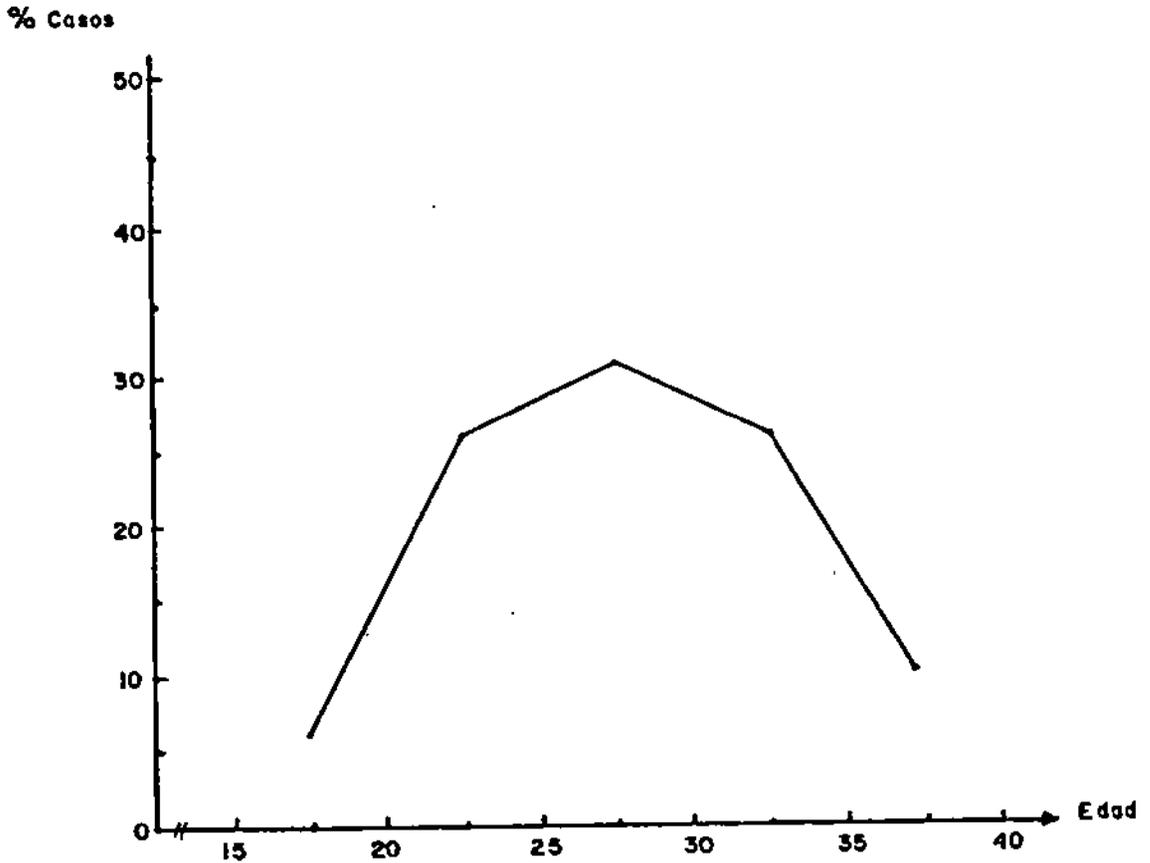
* Se ignora la edad en 2 casos.

FUENTE: Expedientes Clínicos.

\bar{x} = 28 años
s = 6

GRAFICA 23

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS REGISTRADOS DE EMBARAZO ECTOPICO, SEGUN GRUPOS DE EDAD. HOSPITALES B. CALDERON, V. PAIZ Y L. FONSECA DE LA CIUDAD DE MANAGUA EN EL PERIODO 1983-1985.



Fuente: Cuadro 36

CUADRO 37

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS REGISTRADOS EMBARAZO ECTOPICO, SEGUN ESCOLARIDAD Y TIPO DE TRABAJO. HOSPITALES BERTHA CALDERON, VELEZ PAIZ, MANOLO MORALES Y LENIN FONSECA DE LA CIUDAD DE MANAGUA, EN EL PERIODO 1983-1985.

ESCOLARIDAD	TIPO DE TRABAJO				T O T A L	
	REMUNERADO		NO REMUNERADO			
	No.	%	No.	%	No.	%
ANALPABETA- PRIMARIA.	20	23	67	77	87	64
SECUNDARIA	10	39	16	61	26	19
TEC. SUPERIOR	14	64	8	36	22	16
T O T A L	44	33	91	67	135	100

FUENTE: Expedientes Clínicos.

$$\chi^2 \quad \chi^2$$

$$P = 0.05$$

CUADRO 38

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS REGISTRADOS DE EMBA-
RAZO ECTOPICO, SEGUN MENARQUIA Y EDAD DE INICIO DE LA AC-
TIVIDAD SEXUAL. HOSPITALES BERTHA CALDERON, VELEZ PAIZ,-
MANOLO MORALES Y LENIN FONSECA DE LA CIUDAD DE MANAGUA EN
EL PERIODO 1983 - 1985.

EDAD MENAR QUIA.	EDAD I.V.S.A.						TOTAL No. %
	≤ 16		17-20		$21 \leq$		
	No.	%	No.	%	No.	%	
< 14 años	52	49	43	41	11	10	106 88
> 14 años	2	14	8	57	4	29	14 12
TOTAL	54	45	51	42.5	15	12.5	120 100

FUENTE: Expedientes Clínicos.

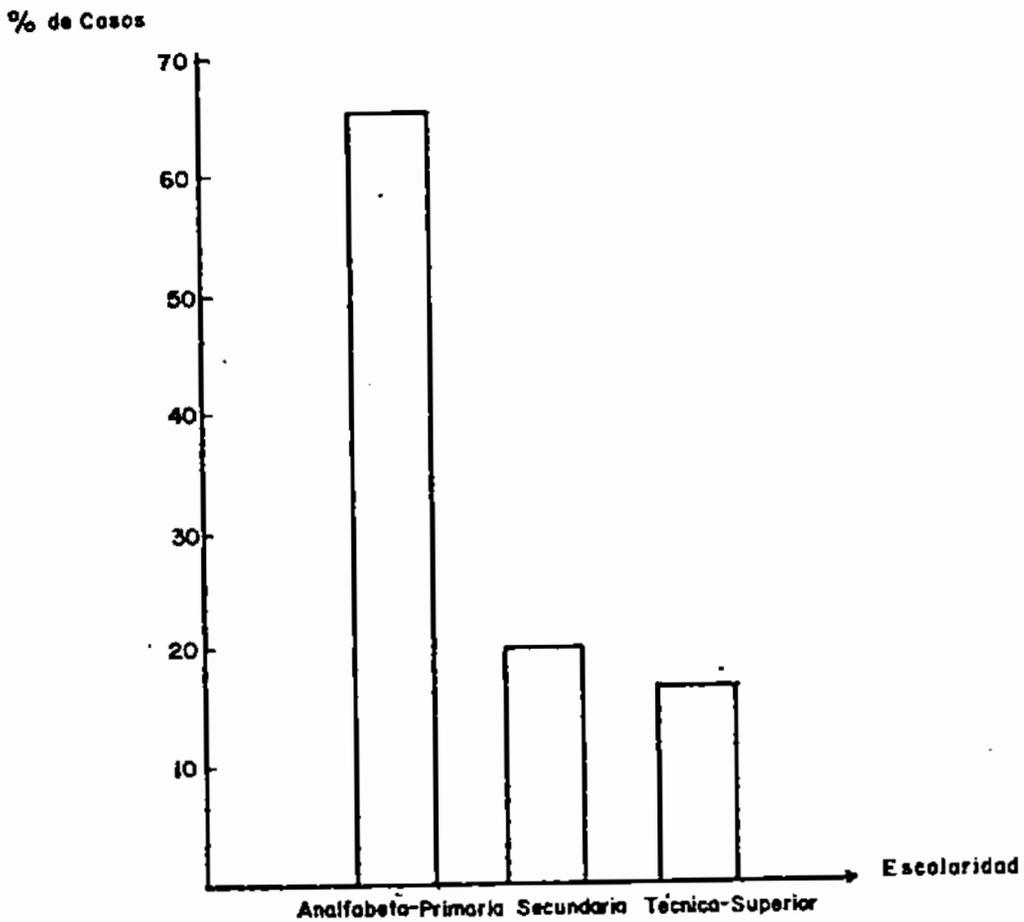
Mna. I.V.S.A. = 16 años

$$X^*2 \searrow X^2$$

P= 0.05

GRAFICA 24

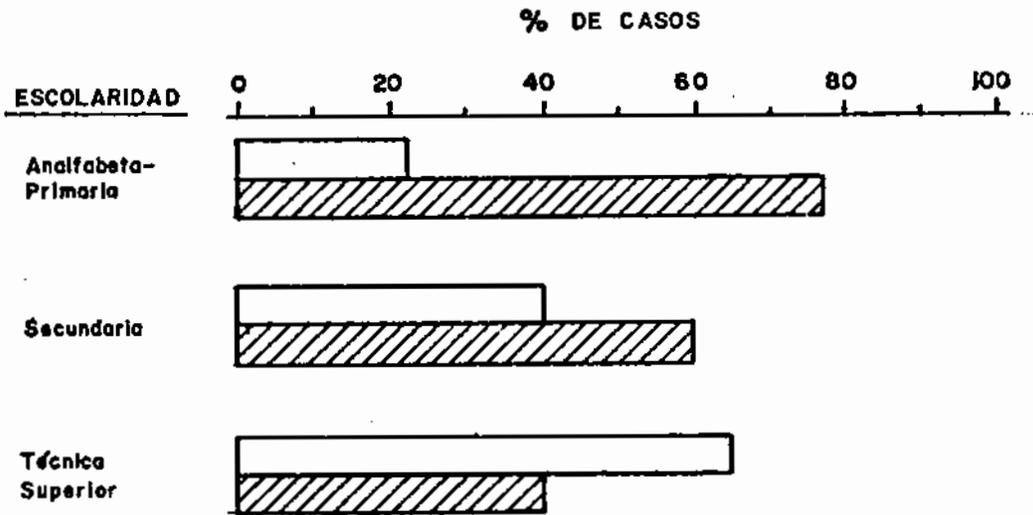
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS REGISTRADOS DE EMBARAZO
-ECTOPICO, SEGUN ESCOLARIDAD. HOSPITALES B. CALDERON, V. PAIZ,
M. MORALES Y L. FONSECA DE LA CIUDAD DE MANAGUA EN EL PERIODO
1983-1985.



Fuente: Cuadro 37

GRAFICA 25

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS REGISTRADOS DE EMBARAZO ECTOPICO, SEGUN ESCOLARIDAD Y TIPO DE TRABAJO. HOSPITALES B. CALDERON, V. PAIZ, M. MORALES Y L. FONSECA DE LA CIUDAD DE MANAGUA, EN EL PERIODO 1983-1985.



Fuente: Cuadro 37

SIMBOLOGIA

-  Trabajo Remunerado
-  Trabajo no Remunerado

CUADRO 39

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS REGISTRADOS DE EM-
BARAZO ECTOPICO, SEGUN NUMEROS DE COMPAÑEROS SEXUALES Y
EDAD DE INICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL. HOSPITALES BER-
THA CALDERON, VELEZ PAIZ, MANOLO MORALES Y LENIN FONSECA
DE LA CIUDAD DE MANAGUA EN EL PERIODO 1983-1985.

No. DE CROS. SEXUALES.	EDAD I.V.S.A.						TOTAL	
	≤ 16 a		17-20		21 ≤		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
1	18	38	22	47	7	15	47	52
2 y más	28	65	12	28	3	7	43	48
TOTAL	46	51	34	38	10	11	90	100

FUENTE: Expedientes Clínicos

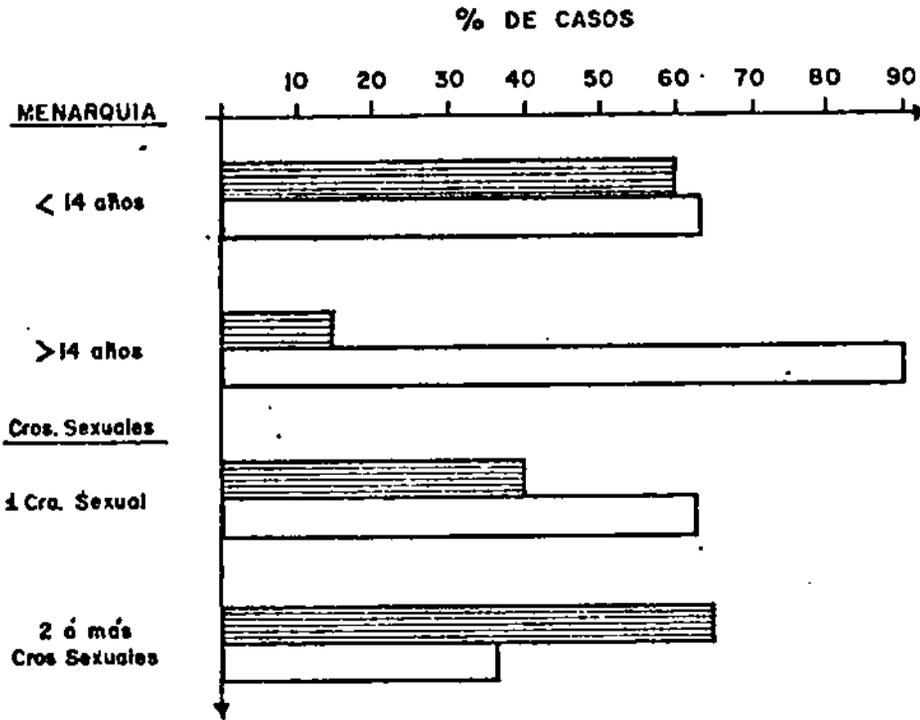
$\bar{X} = 2$ compañeros sexuales

$\chi^2 > \chi^2$

P= 0.05

GRAFICA 26

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS REGISTRADOS DE EMBARAZO ECTOPICO, SEGUN MENARQUIA, INICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL Y NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES. HOSPITALES B. CALDERON, V. PAIZ, M. MORALES Y L. FONSECA DE LA CIUDAD DE MANAGUA EN EL PERIODO 1983-1985.



Fuente: Cuadro 38 - 39

I. V. S. A
≤ 16 Años
≥ 17 Años

CUADRO 40

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS REGISTRADOS DE EMBARAZO ECTOPICO, SEGUN ESTADO CIVIL Y NUMERO DE COMPARE- ROS SEXUALES. HOSPITALES BERTHA CALDERON, VELEZ PAIZ, MANOLO MORALES Y LENIN FONSECA DE LA CIUDAD DE MANAGUA- EN EL PERIODO 1983 - 1985.

EDO. CIVIL	No. CROS. SEXUALES				TOTAL	
	1		1 y más		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
CASADA	26	79	7	21	33	33
SOLTERA	9	50	9	50	18	18
DIVORCIADA	-	-	1	100	1	1
U. LIBRE	21	44	27	56	48	48
TOTAL	56	56	44	44	100	100

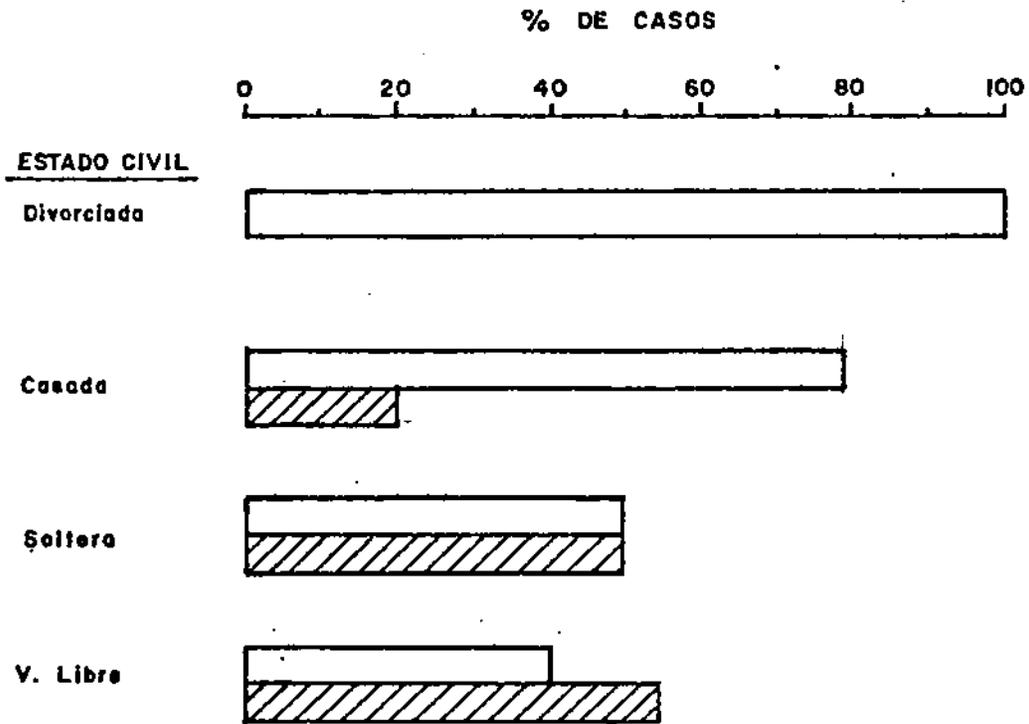
FUENTE: Expedientes Clínicos.

$$\chi^{*2} > \chi^2$$

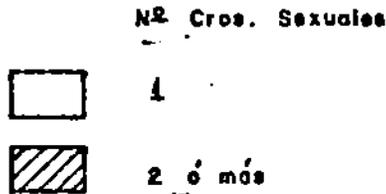
$$P = 0.05$$

GRAFICA 27

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS REGISTRADOS DE EMBARAZO ECTOPICO, SEGUN ESTADO CIVIL Y NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES. HOSPITALES B. CALDERON, V. PAIZ, M. MORALES Y L. FONSECA DE LA CIUDAD DE MANAGUA EN EL PERIODO 1983-1985.



Fuente: Cuadro 40



CUADRO 41

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS REGISTRADOS DE EMBARAZO ECTOPICO, SEGUN EDAD DE LAS MUJERES SEXUALMENTE-ACTIVAS Y NUMERO DE COMPANEROS SEXUALES, HOSPITALES BERTHA CALDERON, VELEZ PAIZ, MANOLO MORALES Y LENIN FONSECA DE LA CIUDAD DE MANAGUA EN EL PERIODO 1983-1985.

GRUPO DE EDAD	No. CROS. SEXUALES				TOTAL	
	1		2 y más			
	No.	%	No.	%	No.	%
15-19	6	86	1	14	7	7
20-24	23	72	9	28	32	31
25-29	15	54	13	46	28	27
30-34	10	39	16	61	26	25
35-39	3	33	6	67	9	9
40-44	1	100	-	-	1	1
TOTAL	58	56	45	44	103	100

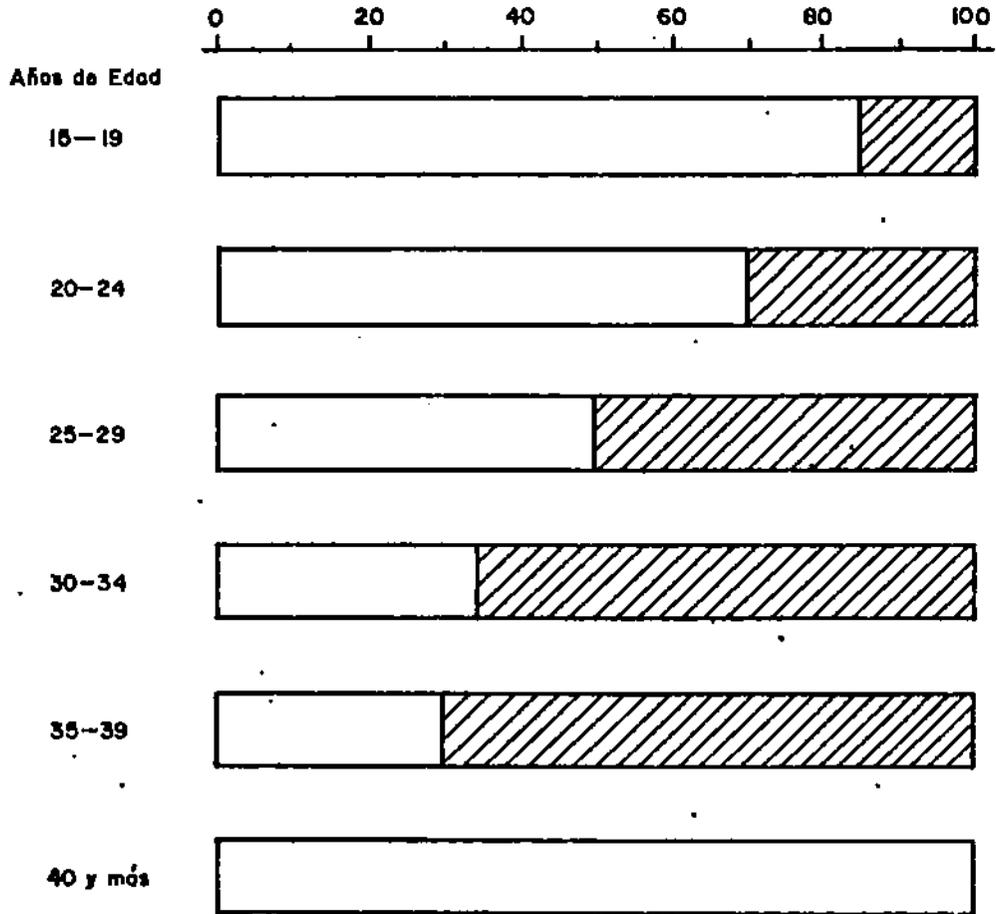
FUENTE: Expedientes Clínicos

$\chi^2 \rightarrow \chi^2$

P=0.05 --

GRAFICA 28

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS REGISTRADOS DE EMBARAZO ECTOPICO, SEGUN EDAD DE LA MUJERES SEXUALMENTE ACTIVAS Y NUMERO DE COMPANEROS SEXUALES. HOSPITALES B. CALDERON, V. PAIZ, M. MORALES Y L FONSECA. MANAGUA 1983-1985.



Fuente: Cuadro 41

NR. Cros. Sexuales



1



1 o más

CUADRO 42

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS REGISTRADOS DE EMBARAZO ECTOPICO, SEGUN PARIDAD Y NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES. HOSPITALES BERTHA CALDERON, VELEZ PAIZ, MANOLO MORALES Y LENIN FONSECA DE LA CIUDAD DE MANAGUA EN EL PERIODO 1983 - 1985.

PARIDAD	NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES					
	1		2 y más		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
NO	13	72	5	28	18	18
SI	43	52	39	48	82	82
1-3 hijos	25	53	22	47	47	47
4-6 hijos	14	56	11	44	25	25
7-9 hijos	4	40	6	60	10	10
T O T A L	56	56	44	44	100	100

FUENTE: Expedientes Clínicos.

\bar{X} de hijos = 2.7

Mna. de hijos = 1.5

CUADRO 43.

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS REGISTRADOS DE EM-
BARAZO ECTOPICO, SEGUN PARIDAD Y ABORTO. HOSPITALES --
BERTHA CALDERON, VELEZ PAIZ, MANOLO MORALES Y LENIN --
FONSECA DE LA CIUDAD DE MANAGUA EN EL PERIODO 1983-1985.

PARIDAD	ABORTO				TOTAL	
	SI		NO			
	No.	%	No.	%	No.	%
SI	5	40	81	60	136	84
NO	3	12	23	88.5	26	16
TOTAL	58	36	104	64	162	100

FUENTE: Expedientes Clínicos.

CUADRO 44

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS REGISTRADOS DE EM-
BARAZO ECTOPICO, SEGUN ABORTO Y NUMERO DE COMPANEROS --
SEXUALES. HOSPITALES BERTHA CALDERON, VELEZ PAIZ, MANO-
LO MORALES Y LENIN FONSECA DE LA CIUDAD DE MANAGUA EN EL
PERIODO 1983 - 1985.

ABORTO	No. CROS. SEXUALES				TOTAL	
	1		2 y más			
	No.	%	No.	%	No.	%
SI	12	43	16	57	28	28
NO	43	61	28	39	71	72
TOTAL	55	56	44	44	99	100

FUENTE: Expedientes Clínicos.

CUADRO 45

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS REGISTRADOS DE EMBARAZO ECTOPICO, SEGUN LOCALIZACION ANATOMICA. HOSPITALES BERTHA CALDERON, VELEZ PAIZ, MANOLO MORALES y LENINFONSECA DE LA CIUDAD DE MANAGUA EN EL PERIODO 1983-1985.

LOCALIZACION	CASOS EMBARAZO ECTOPICO	PORCENTAJE
TUBARICA	155	95
OVARICA	6	3
ABDOMINAL	3	2
TOTAL	164	100

FUENTE: Expediente Clínico.

CUADRO 46

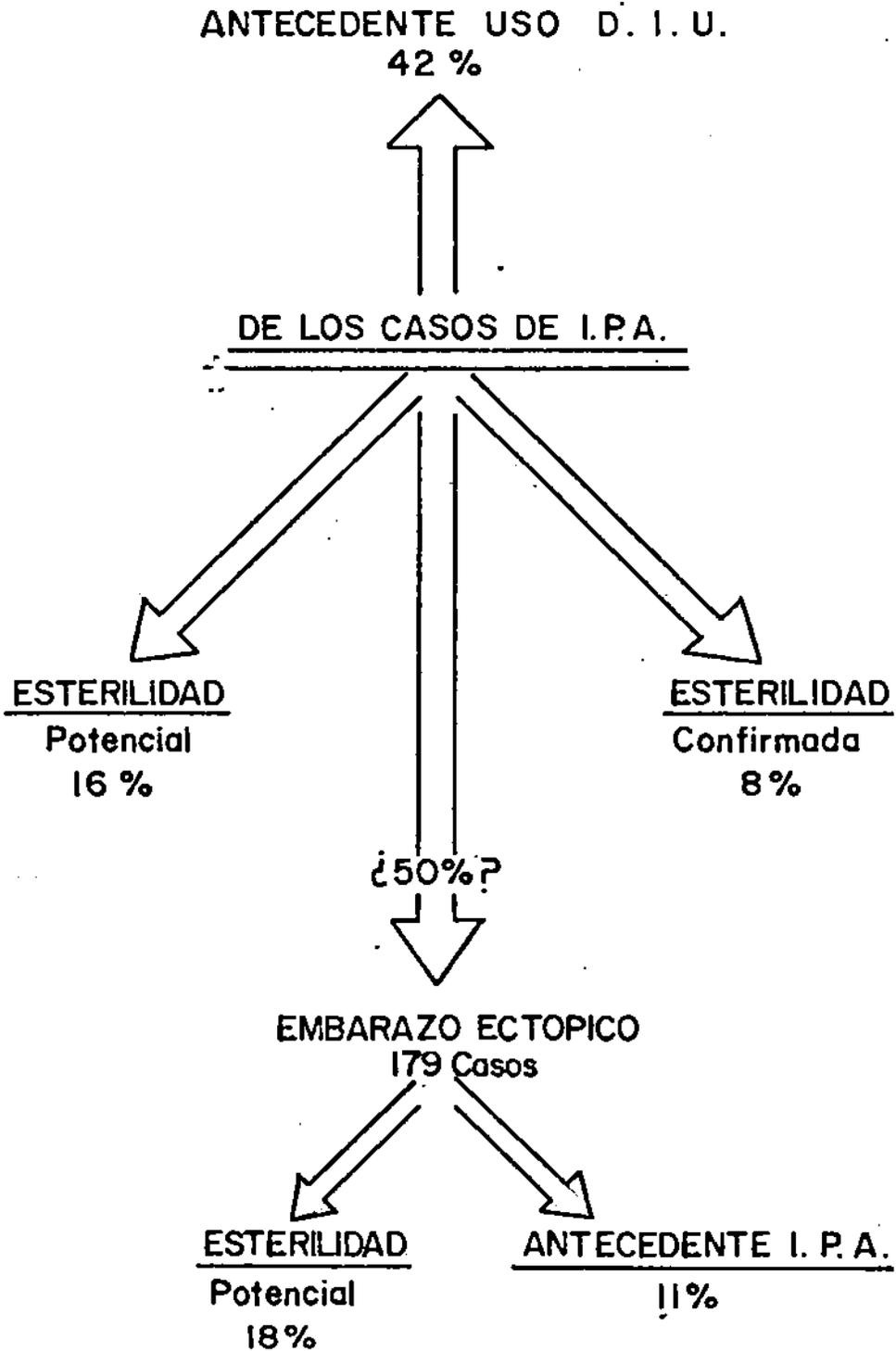
DISTRIBUCION DE LOS CASOS REGISTRADOS DE EMBARAZO ECTOPICO, SEGUN SEMANAS DE GESTACION. HOSPITALES BERTHA CALDERON, VELEZ PAIZ, MANOLO MORALES Y LENIN FONSECA DE LA CIUDAD DE MANAGUA EN EL PERIODO 1983 - 1985.

SEMANTAS DE GESTACION	CASOS DE EMBARAZO ECTOPICO	
	No.	%
< 4	16	11
4 - 9	87	58
10 - 15	38	26
16 - 20	8	5
T O T A L	149	100

FUENTE: Expediente Clínico

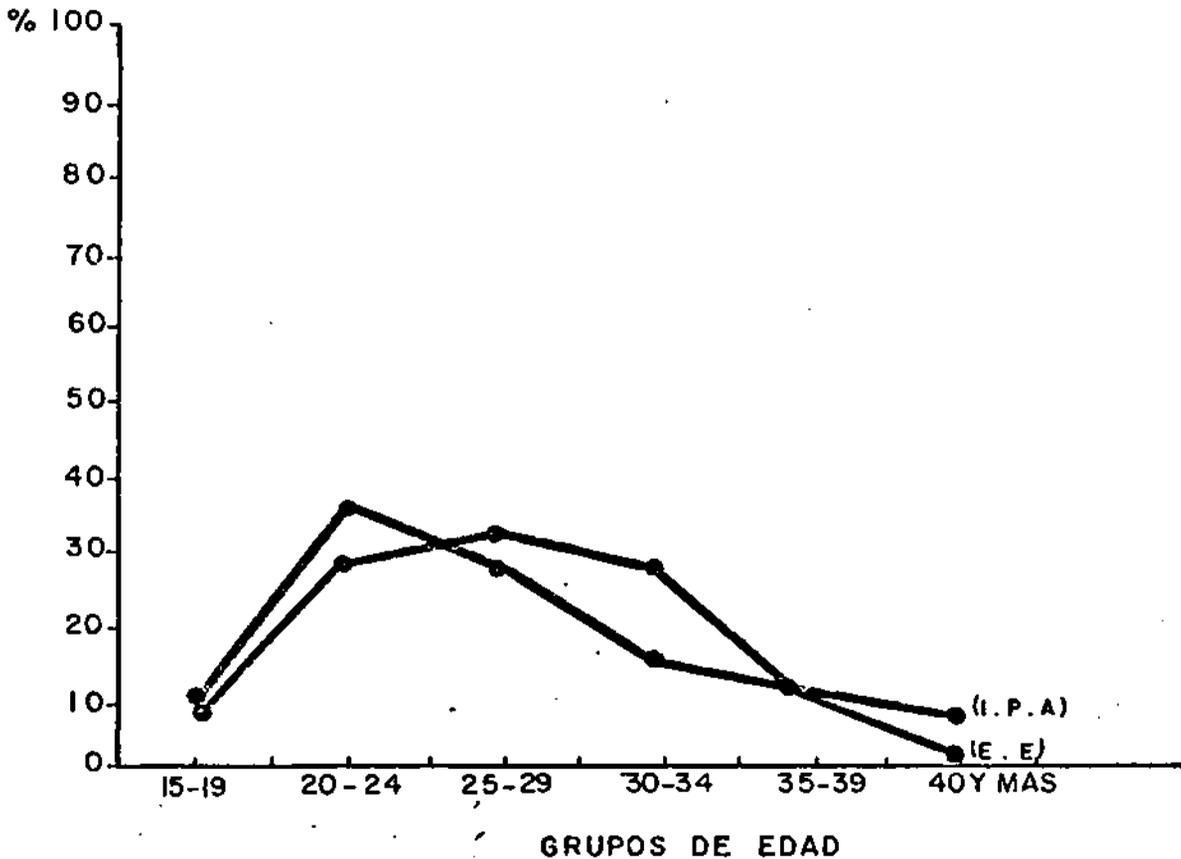
ESQUEMA B

OTRAS VARIABLES DE INTERES. INFLAMACION PELVICA AGUDA Y EMBA-
RAZO ECTOPICO. HOSPITALES B. CALDERON, V. PAIZ, M. MORALES Y L.
FONSECA. 1983-1985.



GRAFICA 29

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS DE INFLAMACION PELVICA AGUDA (I.P.A) Y EMBARAZO ECTOPICO (E.E), SEGUN GRUPOS DE EDAD, REGISTRADOS EN LOS HOSPITALES BERTHA CALDERON, VELEZ PAIZ, MONOLO MORALES Y LENIN FONSECA EN MANAGUA EN EL PERIODO 1983 - 1985 .



8.- CONSIDERACIONES GENERALES

La presente investigación tenía como finalidad lograr un acercamiento en el conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual sífilis y gonorrea a través de la experiencia recogida en las clínicas que controlan éstas dos enfermedades en los Centros de Salud Francisco Buitrago y Héroes y Martires del 19 de Julio de 1979, dado que las mismas son el punto de referencia de los otros servicios de atención, existentes en dichas unidades asistenciales.

Desde la perspectiva de conocer; la investigación fue realizada a un nivel descriptivo, como una de las primeras fases presentes en el proceso de todo conocimiento, comprendiéndose así en primera instancia las limitaciones inherentes en cuanto a su alcance; además de ser éste el primer estudio realizado en el área epidemiológica que aborda ésta problemática de salud.

Dentro de las otras consideraciones a tener presente en relación a ésta investigación, nos parece oportuno señalar en forma breve aquellas que estuvieron presentes en todas y cada una de las diferentes etapas del proceso investigativo: proyecto, implementación, ejecución y desarrollo.

Proyecto. En ésta fase se adoleció del bagaje y experiencia (teórica y/o empírica) que pudiese haber brindado un equipo de asesores a fin de que con sus conocimientos en la materia pudiesen haber enriquecido el proyecto, orientando y perfilando más objetivamente la investigación.

Implementación. Deficiencias en la estructura organizativa, tanto en lo administrativo como en lo programático, existentes en las dos unidades de salud, lo que obligó a que el equipo asumiera estas gestiones a nivel de las clínicas de ETS, las cuales aunque funcionan -- desde hace mucho tiempo, no contaban con una base logística de apoyo que las sustentará en lo teórico, en lo normativo y en lo práctico.

Lo anterior motivó que el equipo tuviese que prever y coordinar todo lo relacionado con:

El material y equipamiento tanto para las clínicas de ETS como para el laboratorio.

Actualización, y en muchos casos capacitación y -- adiestramiento del personal de las clínicas y de la boratolo a fin de optimizar su participación en la investigación.

Estructurar y ordenar el flujo de pacientes de los diferentes servicios a la clínica de ETS, así como tratar de coordinar y uniformar criterios de referencia, de diagnóstico y en muchos casos de terapia, con el personal médico.

Ejecución y Desarrollo:

En ésta etapa las limitaciones giraron en torno tanto a lo que concierne al apoyo logístico, expresado en falta de presupuesto, transporte, etc., como en los problemas derivados de su idiosincrasia presentada por los sujetos de estudio, en aspectos que variaban desde el no cumplimiento de los requisitos para los exámenes que se les iba a efectuar, hasta la poca o nula cooperación prestada a la entrevista para el llenado de los datos clínicos-epidemiológicos y de referencia de sus contactos. Durante la revisión de expedientes, la falta de datos en los mismos, se convirtió en uno de los principales obstáculos para el desarrollo de ésta fase.

Aunado a las limitaciones ya señaladas hay que tomar también en consideración el tiempo efectivo que requiere éste tipo de investigación en la consecución de una información más rica, que fundamente aún más los resultados, para de esta manera poderlos inferir a la población en general.

9.- DISCUSION Y ANALISIS

OBJETIVO 1:

SIFILIS

La frecuencia de sífilis encontrada en nuestro estudio, según reactividad serológica y positividad fue del 3% por lo que -- podríamos decir que está comprendida entre las consideradas -- altas en otros estudios similares como el de Wallin en Inglaterra (0.4%), España (3.2%), Chile (3.5%).

Analizando las variaciones presentadas de estas frecuencias, -- según las unidades de salud estudiadas, vemos que estas no son significativas ($p=0.05$) según la frecuencia encontrada y ha -- ciendo estimaciones en la región y para efectos de un programa cabría esperar que la población sujeta a control de esta enfermedad, sería de aproximadamente (según censo poblacional de 19 85) 12,000 mujeres mayores de 15 años de edad.

En nuestra investigación todos los casos positivos de sífilis, siguiendo los parámetros de clasificación mundialmente establecidos, correspondieron a sífilis adquirida latente, confirmando en cierta medida lo expresado por García y Perea, quienes -- afirman que en el sexo femenino el 95% de los casos de sífilis no son descubiertos en su fase inicial sintomática, siendo más difícil el descubrimiento del chancro o lesiones mucocutáneas--

características de la etapa primaria o secundaria, ya sea por localizaciones extragenitales atípicas o por medicación previa.

En diversos estudios efectuados, se observa que las edades más frecuentemente afectadas ha correspondido en orden de importancia a los grupos de 15-19, 20-24, 25-29 lo que significa que las personas menores de 30 años son las más involucradas en este tipo de enfermedad.

En nuestro estudio a pesar de que la mayor frecuencia porcentual encontrada estuvo en el grupo de 35 y más años en comparación con los grupos de menor edad, no podemos afirmar que exista una distribución en la infección sífilítica diferente según grupos de edad ($p=0.05$).

El hecho de que el 50% se dedicara a actividades intradomiciliares (amas de casa) y el otro 50% a actividades remunerativas y extradomiciliares donde se presupone mayor movilidad y riesgo, no nos permite establecer el grado de influencia de la ocupación sobre el riesgo de adquirir la enfermedad.

La escolaridad de los casos positivos fue baja en su mayoría -- (40% con menos de 6 años de instrucción) correspondiéndose a la escolaridad promedio-para la ciudad de Managua, siendo a su vez similar a la encontrada en un estudio efectuado en un período de tres meses en el hospital Bertha Calderón en 4,164 mujeres --

de Managua que acudieron a su atención del parto y en las que la escolaridad menor de 6 años encontrada fue del 38%.

La baja escolaridad encontrada en forma general, se expresó a lo singular en un elevado porcentaje de analfabetismo (60%) existente en las amas de casa quienes a su vez formaron el grupo mayoritario en nuestro estudio, por lo que podemos asegurar que a través de diferentes causas secundarias y derivadas de un bajo nivel de escolaridad, éste interfiere con un adecuado nivel sanitario incidiendo en la no demanda o demanda tardía de los servicios de salud.

Dado que el mayor porcentaje de mujeres refirieron como estado civil la unión libre, nos hace pensar, al menos en nuestra situación concreta, que la llamada "sexualidad liberada" sirva de justificación en el sexo masculino a su rechazo de todo aquello que considera restrictivo tal es el caso de la legalización a través del matrimonio.

Al estudiar el comportamiento sexual en los casos positivos de de sífilis, a través de determinadas variables, pensamos que: un inicio de la vida sexual a edades menores de los 17 años (60%), una menarquía antes de los 13 años (65%), una correlación positiva entre estos dos primeros acontecimientos que conllevan a una prolongación del tiempo biológico en la actividad sexual; un porcentaje elevado (55%) de poligamia y promiscui -

dad expresado en un mayor número de compañeros sexuales por persona y constituyen todas las características que se corresponden a los llamados factores sociales y de conducta que inciden en la incidencia y mantenimiento de las enfermedades de transmisión sexual en este caso la sífilis.

GONORREA:

De la incidencia para gonorrea de 0.3% encontrada en las mujeres investigadas, nos parece necesario recalcar dos aspectos:

- 1.- Que dicha incidencia es similar a la encontrada en otros estudios y en lo particular al de Adler-Inglaterra, quien halló una incidencia del 0.3% partiendo de un universo semejante al nuestro, conformado por mujeres derivadas de las clínicas ginecológicas de planificación, control prenatal y consulta general.

Otro estudio realizado en los Estados Unidos, reveló una incidencia de gonorrea que varió de 0.6 a 5.4% lo cual difiere de los resultados de Adler y del nuestro, siendo -- importante señalar que la investigación referida, partió de un universo sumamente grande (8 millones) heterogéneos y de servicios médicos variados donde acudían personas -- tanto de los servicios que estudiamos, como de otros destinados a pacientes considerados de alto riesgo.

En ambos estudios tomados como punto de referencia para el -- nuestro, se utilizó técnica de cultivo selectivo a partir de muestras de exudado endocervical.

2. Si analizamos nuestros resultados con:

La tasa de incidencia notificada para el país y en particular para la ciudad de Managua vemos que si -- bién es cierto, lo notificado refleja sólo una parte de la realidad de esta enfermedad; por fallas en el diagnóstico y notificación de los casos, aún así con todas estas deficiencias creemos que la incidencia -- encontrada es baja ya que esperábamos que esta fuese mayor, partiendo del hecho que se usaron medios diag-- nósticos más sensibles como el cultivo de Thayer Mar-- tin y por ser esta una investigación cuidadosamente-- dirigida y controlada.

La proporción mínima referida para la gonorrea en re-- lación a la sífilis 1:3 y que de acuerdo a los resul-- tados de esta última enfermedad, cabría haber encontra-- do una incidencia 30 veces mayor de gonorrea.

La no relación en esta proporción - gonorrea: sífilis -- presente en nuestro estudio es la misma observada his-- tóricamente a lo largo de la información estadística-- del país para ambas enfermedades, en la que siempre -

ha llamado la atención la relación inversa: mayor proporción de casos de sífilis que de gonorrea.

Las tasas registradas en nuestro país para IPA y EE -- (indicadores indirectos de la gonorrea) que revelan una frecuencia superior a la de los países con registros - confiables, cuestionando así la baja frecuencia de gonorrea ya referida.

Las posibles explicaciones de estos planteamientos, es probable sean debidas a que:

- 1.- El comportamiento epidemiológico de la gonorrea en nuestro país difiere ampliamente de lo establecido para -- otros países, - aspecto poco probable - lo cual para -- afirmarlo categóricamente requiere de una investigación epidemiológica más específica.
- 2.- O bien, dicho comportamiento no varía y entran en juego otros factores que irían desde el tipo de población estudiada, hasta deficiencias objetivas presentes en cualquiera de las técnicas empleadas y a nivel de cada una de las fases de su procedimiento: toma de muestra, procesamiento y lectura.

En particular e independientemente del tipo de técnica utilizada, creemos que las fallas en el procedimiento pudo haber constituido la limitación más seria, -

siendo la toma de muestra y lectura causas secundarias.

Esto último se confirma con los resultados obtenidos en el Centro de Salud Héroes y Mártires del 19 de Julio de 1979, donde el universo estudiado fue similar al del Centro de Salud Francisco Buitrago, se estandarizaron las mismas técnicas en lo referente a la toma y lectura; variando los resultados en una forma importante.

Estas fallas son comprensibles a la luz de la poca experiencia en este tipo de técnicas.

3.- O, habría que pensar que el aumento de la IPA no se deba al gonococo, sino a Chlamydia, lo que es aún más difícil de comprobarlo con nuestros medios diagnósticos.

OBJETIVO 2:

RED EPIDEMIOLOGICA DE CONTACTOS, SOSPECHOSOS Y ASOCIADOS:

La encuesta - entrevista en los casos positivos constituye - unos de los instrumentos epidemiológicos más útiles para el estudio de la red de contactos, sospechosos y asociados; lo que se confirma a través de la experiencia de los países que la utilizan.

Aplicada a una población considerada de alto riesgo (estudio realizado en Tennessee en 49 casos índices) la distribución -- fue de 8 contactos y 3 asociados; pudiéndose afirmar que los resultados obtenidos se triplican en rendimiento cuando se di rigen a este tipo de población.

De igual manera podemos decir que la eficiencia de la entrevista epidemiológica (en el mismo estudio de Tennessee) varía según sea la fase de la sífilis de los casos investigados, - siendo mayores para las fases primaria y secundaria, que para las latentes y otras formas de sífilis.

Por otra parte y como producto de la experiencia y estudios- previos en Cuba, se han estimado valores aproximados expresados en indicadores, de lo que se espera de una entrevista -- epidemiológica, tales como los llamados indicadores de loca- lización no menor del 80%.

Ahora bién, los datos obtenidos en nuestro estudio difieren de lo referido y esperádo para este tipo de instrumento epidemiológico, partiendo de los resultados encontrados de 1.2 contactos, 0.25 sospechosos y 0.4 asociados con un índice de localización del 50% para contactos, 40% para sospechosos y 25% para asociados; y un rendimiento efectivo (examinados/referidos) de 0.33 en contactos, 0.40 en sospechosos y 0.25 en asociados y finalmente con un resultado negativo en la detección de nuevos casos.

Debemos señalar que los resultados en la pesquisa epidemiológica, de acuerdo a la experiencia Cubana, se logran a partir de los resultados de los dos años de trabajo de un personal previamente adiestrado en esta técnica.

Haciendo el análisis de éstos indicadores obtenidos por unidad de salud, observamos que los mismos presentan algunas diferencias cuantitativas.

En términos generales en el Centro de Salud Héroes y Mártires del 19 de Julio de 1979, los resultados obtenidos fueron mayores que en el Centro de Salud Francisco Buitrago, tanto en el promedio general de la red referida por los casos positivos, así como en la localización y rendimiento de la misma.

En forma particular ésto se refleja en el estudio de los contactos (localización y rendimiento) los cuales epidemiológicamente revisten mayor importancia, por ser los más expuestos a riesgo de infección, dada su relación directa con el caso posi

tivo.

A pesar de lo dicho, no podemos afirmar de que ésto sea debido a diferencias entre las poblaciones correspondientes a estas unidades, en sus hábitos y comportamiento sexual; pero si podríamos pensar, tomando en cuenta que la entrevista fue realizada por la misma persona, que las causas de éstas diferencias, es posible atribuir las al tiempo dedicado por la entrevistadora cada unidad de salud, conocimiento geográfico del sector estudiado y concentración de la población.

Desde un punto de vista más general los bajos indicadores obtenidos en nuestra investigación, es posible explicarlos tomando en consideración dos componentes básicos de la entrevista epidemiológica: El entrevistador y el entrevistado.

ENTREVISTADOR:

- 1.- La encuesta - entrevista ha sido la primera experiencia realizada en el país, hasta el momento.
- 2.- La falta de preparación técnica y sobre todo operativa del entrevistador.

ENTREVISTADO:

- 1.- El concepto de lealtad hacia su contacto o fuente infectante.

2.- El temor de su conducta fuese conocida por terceras -
personas.

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LOS CONTACTOS, SOSPECHO-
SOS Y ASOCIADOS:

Se observa que en la red de contactos, sospechosos y asociados; las características biológicas estudiadas no varían de las analizadas para los casos índices, encontrándose que la mayoría de los contactos estaban dentro del grupo etáreo mayor de 34 años.

En lo que respecta a las variables socio-económicas. El grupo de casados constituyeron la principal fuente de contactos para los casos índices (mujeres), a diferencia de lo que se podría esperar de que dichos contactos fuesen en una mayor - proporción solteros u hombres con unión de pareja no legalizada. Sin embargo hay que tomar en cuenta que solo fue localizado el 43% de la red de contactos por lo que no es posible hacer inferencias en cuanto al estado civil en toda la - población de estudio. Al referir este grupo en su mayoría, de 2 a 3 parejas sexuales, nos permite suponer que se trata de un grupo cerrado, lo que sumado a la fase de enfermedad - en que se encontraba el caso índice (SRL), nos llevaría a -- explicarnos el porqué no detectamos nuevos casos en la red. Si bién la etapa latente en contagiosa, está demostrado que la infecciosidad de la sífilis disminuye en relación directa con el tiempo de duración de la mostruosa.

ción de la misma.

A pesar de que en los contactos predominó un nivel de escolaridad primario, éste continúa siendo académicamente bajo compartiendo así las mismas características que los casos índices; siendo oportuno señalar que el nivel de la población es bajo, similar al de los casos encontrados.

Consideramos de importancia hacer notar que el total de los contactos estudiados, tenían trabajo remunerado, mientras que los casos índices eran en su mayoría amas de casa. Es obvio que la movilidad de una ama de casa es menor que la de un trabajador o un comerciante, teniendo estos últimos mayores posibilidades de contactos sexuales.

COMPORTAMIENTO SEXUAL:

Al igual que en las otras características ya señaladas, el comportamiento sexual de los contactos estudiados conserva los mismos patrones observados en los casos índices. Ambos tienen toda una gama de rasgos que les imprimen un carácter de mayor susceptibilidad para las enfermedades de transmisión sexual, tal como lo refiere la literatura médica.

Armijo señala que la sífilis como enfermedad venérea es directamente proporcional al analfabetismo, estratificación económica, movilidad social, mayor inestabilidad de parejas y promiscuidad situaciones todas presentes en nuestro estudio.

OBJETIVO 3:

INFLAMACION PELVICA AGUDA (IPA) Y EMBARAZO ECTOPICO (EE)

Dentro de las complicaciones principales de la gonorrea se encuentran la inflamación pélvica aguda y el embarazo ectópico, constituyéndose ambas desde el punto de vista epidemiológico en indicadores indirectos de la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual y específicamente de la gonorrea.

Se estima que entre el 30 y el 37% de las mujeres con infección gonocócica desarrolla una salpingitis aguda, desencadenando posteriormente cuadros de inflamación pélvica a repetición, la que a pesar de que pueda tener como origen diversos agentes etiológicos; el 40 al 50% le corresponden al gonococo.

La inflamación pélvica se presenta en fases agudas que tienen por lo regular una evolución a la cronicidad, derivándose en otros problemas de salud para la mujer tales como el embarazo ectópico y la esterilidad involuntaria.

El riesgo de embarazo ectópico es de 6 a 10 veces más frecuentes en las mujeres con antecedentes de inflamación pélvica aguda, la cual causa la mitad (50%) de esta patología.

Según nuestro estudio la tasa específica de inflamación pélvica aguda promedio en el período 1983-1985, fué de 20 por 1,000 egresos, comparable con la que presentan otros países como -

Egipto y Filipinas de 1,3 y 2.3 respectivamente; siendo el doble de la tasa referida por Jonnes en los Estados Unidos, de 10 por mil admisiones hospitalarias.

El registro de inflamación pélvica aguda presenta un incremento del 21% en apenas un año (1984 a 1985), lo que nos índicaen forma indirecta el aumento notable de las enfermedades de transmisión sexual y particularmente la gonorrea, cuyas tasas en el país por 100,000 habitantes registradas en esos mismos años fue de 29.8 y 40.8 respectivamente. El ascenso para la inflamación pélvica coincide al observado para la gonorrea.

Para el embarazo ectópico, el incremento en los mismos años es 4 veces mayor que el observado para la inflamación pélvica aguda. En éste las tasas de morbilidad pasan del 27.5 al 50 por 1000 egresos en los años de 1984 a 1985. El incremento - tomando como base el año anterior es del 81%.

La tasa de embarazo ectópico por mil partos atendidos tuvo un aumento en el año 1985 del 28% con respecto al año anterior. La tasa registrada de embarazo ectópico se elevó de 2.5 a 3.2.

Esta desproporción en los incrementos de ambas patologías es sólo aparente. El registro del embarazo ectópico es más cercano a la realidad que el de inflamación pélvica aguda, dado que aquel requiere cirugía en todos los casos, mientras que -

la inflamación pélvica aguda no siempre requiere hospitalización. Por lo tanto esto nos permite afirmar que el conocimiento de embarazos ectópicos corresponde a la realidad (se registra en su mayoría) mientras que la inflamación pélvica aguda no.

Es importante remarcar que al no diagnosticarse la gonorrea en su forma temprana sintomática o asintomática, se oportunity a que ocurra su propagación ascendente y por ende al cuadro de inflamación pélvica aguda y su secuela el embarazo ectópico; lo que origina incapacidad de la paciente y demanda por otra parte mayor atención médica-especializada.

Según nuestro estudio las mujeres que padecieron esta afección y ameritaron hospitalización tuvieron una estancia hospitalaria promedio de 5 días para la inflamación pélvica y de 3 días para el embarazo ectópico. Esto es similar a la estancia promedio informada por Jonnes para inflamación pélvica aguda en los hospitales de Estados Unidos, la que varió de 6.2 a 6.6 días.

Según las estimaciones de Curran, los costos directos ocasionados por la inflamación pélvica aguda y el embarazo ectópico asociado (50% del total de los casos de IPA), calculados a partir de la estancia hospitalaria, atención

médico-quirúrgica, de anestesiología, laboratorio y terapia son considerablemente elevados.

Extrapolando estas estimaciones para nuestro país y a partir de los casos de IPA y EE., registrados en los años estudiados (1983 a 1985), podemos decir:

- Que los costos económicos directos derivados de estas complicaciones representaron una erogación de C\$ 153, 200 dólares, solamente en los hospitales asistenciales de Managua.
- Que probablemente estos costos se triplicarían para todo el país, significando así una parte importante del presupuesto nacional.

A pesar de que estas cifras pudieran resultar elevadas, en realidad no es así, ya que solamente revelan un estimado de los costos directos sin considerar los llamados costos indirectos: Salario perdido por la enfermedad, horas/hombre perdidas, muerte prematura etc, y los llamados costos intangibles tales como el sufrimiento, la privación de poder generar descendencia, destrucción del matrimonio etc.

Además debe de considerar el costo que implica el diagnóstico y tratamiento (reconstrucción tubárica, fertilización

artificial] de la infertilidad involuntaria, secuela fre
cuente de la inflamación pélvica.

J.- Consecuencias económicas de la afección inflamatoria
de la pelvis en los Estados Unidos.

Características Epidemiológicas:

Con el fin de poder conocer a partir de nuestra propia realidad, algunos aspectos epidemiológicos presentes tanto en la inflamación pélvica aguda como en el embarazo ectópico, utilizamos las variables más frecuentes tales como: edad, escolaridad, estado civil, ocupación y comportamiento sexual.

De los resultados obtenidos en el presente estudio (revisión de los casos de ambas complicaciones) y de acuerdo a cada una de las variables, nos es posible expresar lo siguiente:

Que la distribución por edad en las mujeres que padecieron estas complicaciones, siguió el mismo patrón esperado en cuanto al tiempo secuencial de su presentación. El grupo etáreo más afectado por la inflamación pélvica aguda estuvo representado por las mujeres de 20 - 24 años y dentro de éste, la edad de mayor ocurrencia fue a los 20 años.

Estos resultados coinciden con lo reportado en otros estudios e informes estadísticos internacionales, que refieren el grupo de edad de 20-24 años como el más frecuentemente afectado por la IPA y los 20 años como la edad promedio del primer episodio de esta patología.

Si bién es cierto que esto último no pudimos conocerlo en nuestra investigación (por falta de consignación específica en los expedientes revisados) sin embargo nos atrevemos a pensar que de haberse especificado, también hubiese coincidido. Afirmamos tal supuesto, basandonos en el hecho de que fue la edad de los 20 años la más afectada en nuestro estudio y donde cabría esperar en mayor número el primer cuadro mórbido de presentación de la inflamación pélvica aguda.

Por otra parte sí nos llama la atención el haber observado un aparente desplazamiento del perfil etáreo de esta complicación a edades mayores (25-29 años) en el período estudiado; dado que la tendencia con respecto a la edad, en otros países es hacia grupos poblacionales más jóvenes. Lo cual es confirmado por L. Westrom en su trabajo (1); Quién estima un riesgo de adquirir es la complicación es 10 veces. Esta complicación es 10 veces mayor en las mujeres menores de 16 años, comparado con las mujeres de 24 años.

El embarazo ectópico afectó mayoritariamente al grupo de los 25-29 años, presentandose logicamente en etapas posteriores, en relación a la aparición de la inflamación pélvica aguda.

(1). Incidencia, prevalencia y tendencia de la afección inflamatoria pélvica aguda y sus consecuencias en los países industrializados.

El bajo nivel de instrucción académica, menor de 6 años de escolaridad, y el predominio en la mayoría de los casos de un tipo de trabajo sin remuneración económica; -- así como la asociación positiva presentes en las dos complicaciones hacen aparecer a dichas variables como una característica constantemente encontrada en nuestro estudio.

Si bien es cierto que por lo general la deficiente escolaridad y el trabajo no remunerado se asocian en la génesis de las enfermedades transmisibles, como un sustrato de -- determinado grupo social, esto no es absoluto en el caso de las enfermedades de transmisión sexual y sus complicaciones, las que tanto en su incidencia como prevalencia -- giran en torno a determinada conducta sexual.

Comportamiento Sexual:

Analizando el comportamiento sexual en los casos de inflamación pélvica aguda y embarazo Ea través de las variables ya establecidas, fue notorio encontrar tres característi - cas comunes:

Menarquia temprana.

Inicio de la actividad sexual a edades más jóvenes.

Unión libre como estado civil presente en la mayoría - de las mujeres estudiadas y en la totalidad de las que tuvieron mayor número de compañeros sexuales.

En nuestro estudio se observó que en las mujeres, al aumentar la edad, aumenta el número de parejas siendo ésta relación estadísticamente significativa. Hay que hacer notar que la referencia sobre el número de compañeros sexuales se efectúa a partir del inicio de la actividad sexual de la mujer y ésta por lo general refiere como -- compañeros sexuales, a los relativamente constantes (maridos) sin hacer alusión a los de tipo casual; por lo que ésta situación no refleja el comportamiento sexual actual y por lo tanto no es comparable con el estudio de Westrom, en el que describen mayor frecuencia y número de parejas sexuales en las mujeres de menor edad.

No nos es posible afirmar que exista un cambio en el comportamiento sexual en la población en general ni de la investigación, al no poder establecer comparación con patrones establecidos por otros estudios que hayan abordado -- estos aspectos, pero sí podemos decir que los hábitos --- sexuales encontrados, pudiesen revelar aunque sea en forma indirecta un comportamiento considerado en cierta forma -- como promiscuo. A partir de estos hallazgos, podemos recordar lo expresado por Armijo de que "Las enfermedades venéreas se concentran en determinados estratos sociales de la población de hábitos sexuales promiscuos".

En las mujeres con embarazo ectópico el aumento de paridad y antecedentes de aborto, estaba en relación directa con un mayor número de parejas sexuales.

En un 11% de los casos de embarazo ectópico, se registró el antecedente de inflamación pélvica aguda y a repetición siendo probablemente un porcentaje bajo por la falta de consignación en el expediente clínico, de este dato.

En cuanto a la localización del embarazo ectópico, al igual que lo encontrado en la literatura médica mundial, la presentación tubárica fue la más frecuente.

Otras Variables:

En la revisión de casos encontramos un 42% son usuarias de dispositivos intrauterino (D.I.U.) que presentaron inflamación pélvica aguda.

En el 50% de las mujeres que presentaron esterilidad involuntaria, existía el antecedente de episodios a repetición de inflamación pélvica.

Por el número promedio de hijos en las mujeres estudiadas y que padecieron inflamación pélvica aguda, se puede pensar que la fecundidad promedio en dicho grupo es similar a la de la población en general. Sin embargo un 16% de las mujeres eran nulíparas por lo que en este grupo es posible el riesgo de esterilidad primaria involuntaria, como repercusión de la inflamación pélvica aguda y de sus probables cuadros repetitivos.

En los casos de embarazo ectópico, el promedio de hijos -- por mujer, fue de 3, el mismo encontrado para la inflamación pélvica, siendo de igual forma semejante el porcentaje de nulíparidad del 16%; por lo que las observaciones hechas anteriormente en relación a los riesgos de esterilidad, siguen siendo válidas en este caso, e inclusive el riesgo es mayor por la salpingectomía secundaria el embarazo ectópico.

10.- CONCLUSIONES.

- 1.- La frecuencia encontrada de sífilis (3%) fue elevada com
parada con otros estudios en poblaciones similares.
- 2.- La frecuencia de gonorrea de 0.3% se considera baja.
- 3.- Si bien el mayor número de positividad para sífilis se -
dió en las edades de 40 - 44 años y para gonorrea en las
edades de 20-24 años; no se puede afirmar de que estos -
sean los grupos mayormente afectados.
- 4.- La escolaridad analfabeta y primaria, es la más frecuente
mente encontrada en los casos de sífilis.
- 5.- El mayor número de mujeres con sífilis se detectó en amas
de casa.
- 6.- Se encontró más casos de sífilis en mujeres que refirieron
unión libre como estado civil, mayor números de com-
pañeros sexuales y una significativa relación entre una-
menarquía temprana y un inicio precoz de su actividad se
xual.
- 7.- El estudio epidemiológico de los contactos, sospechosos-
y asociados fue de bajo rendimiento.

- 8.- Tanto la tasa de morbilidad encontrada en los casos de inflamación pélvica aguda (20 x 1000 egresos), como la de embarazo ectópico (21.4 x 1000) son consideradas altas.
- 9.- Las tasas de inflamación pélvica aguda y embarazo ectópico en el período estudiado presentaron un registro ascendente.
- 10.- El promedio estadía hospitalaria fue de 5 días en los casos de inflamación pélvica aguda.
- 11.- El promedio estadía hospitalaria en los casos de embarazo ectópico fue de 3 días, lo que puede considerarse bajo.
- 12.- El costo directo anual de la inflamación pélvica aguda para los hospitales de Managua fue de 63,750 dólares, y el estimado para el país de 191,250 dólares.
- 13.- El costo directo anual de embarazo ectópico para los hospitales de Managua fue de 89,500 dólares, estimándose para el país en 268,500 dólares.
- 14.- La distribución por edades en las patologías estudiadas siguió el patrón esperado, en cuanto al tiempo --

secuencial de presentación de cada una de ellas siendo el grupo más afectado el de 20 - 24 años de edad para la inflamación pélvica aguda y 25 - 29 años de edad para el embarazo ectópico.

15.- El 50% de los casos con infertilidad involuntaria tenían antecedentes de inflamación pélvica aguda a repetición.

16.- Los expedientes clínicos no recogen la información necesaria para un estudio epidemiológico profundo.

ii.- RECOMENDACIONES

- 1.- Realizar estudios de frecuencia de infección sifilítica, en diferentes lugares del país para lograr un panorama epidemiológico más amplio de esta patología.
- 2.- Realizar estudios de frecuencia de infección blenorregica, poniendo especial énfasis en los distintos pasos de la técnica y procedimientos que garanticen un diagnóstico microbiológico de calidad óptima.
- 3.- Identificar dentro de la población general los grupos de riesgo para sífilis y gonorrea.
- 4.- Promover la educación para la salud en las enfermedades de transmisión sexual.
- 5.- Desarrollar un plan de adiestramiento para entrevistadoras que garanticen un estudio epidemiológico profundo de los casos de sífilis y gonorrea diagnosticados.
- 6.- Establecer un registro de morbilidad para inflamación -- pélvica aguda y embarazo ectópico a nivel hospitalario.
- 7.- Establecer los datos a recoger en los expedientes clínicos en los casos de inflamación pélvica aguda y embarazo ectópico.

- 8.- Analizar la evolución post egreso hospitalaria de las - mujeres intervenidas por embarazo ectópico, para determinar si el tiempo de estadía es adecuado.
- 9.- Desarrollar las actividades de prevención, mediante el diagnóstico temprano y tratamiento adecuado de blenorragia tendientes a disminuir la magnitud de las complicaciones y las consecuencias socio-económicas.
- 10.- Desarrollar estudios epidemiológicos tendientes a determinar con el máximo de precisión la participación de la blenorragia en los casos de infertilidad involuntaria.
- 11.- Consolidar en un programa específico todas las actividades dirigidas a lograr un control efectivo de la sífilis y gonorrea.

12.- RESUMEN

Nicaragua no escapa a la problemática en lo referente al deficiente conocimiento de la magnitud y trascendencia de sífilis y gonorrea. Las principales causas surgen del marcado subregistro y falta de uniformidad en los sistemas de notificación; aunado en nuestro país a la no existencia de un programa consolidado para el control y estudio que aborden estas dos patologías, sin embargo se sabe están dentro de las diez principales causas de morbilidad.

La interrogante que plantea este desconocimiento, motivó el presente estudio dirigido a conocer la frecuencia de infección de estas dos patologías, así como sus complicaciones: inflamación pélvica aguda y embarazo ectópico; algunos aspectos epidemiológicos y la red de contactos, sospechosos y asociados.

MATERIAL Y METODO:

Para determinar la prevalencia de sífilis y gonorrea, se partió de un universo conformado por la totalidad de las consultantes de la clínica de ETS, de los C/S Francisco Bultrago y H y M del 19 de julio de 1979; en el período abril-junio de 1986. Los instrumentos utilizados fueron exámenes de laboratorio de: VDRL, Tinción de Gram, Cultivo de T. Martín y A. Chocolate; encuesta con datos clínicos epidemiológicos. Se aplicó la técnica de pesquizado serológico, toma de muestra directa de exudado endocervical y la entrevista.

Para el estudio de la red de contactos, sospechosos y asociados, se tomó como universo el total de los casos positivos de sífilis, efectuándose a cada uno de ellos la entrevista-epidemiológica; cerrándose el estudio al obtenerse los resultados de laboratorio ya descritos, que confirmaran o no la presencia de infección sifilítica en los contactos estudiados.

El estudio de las complicaciones de la gonorrea, se realizó tomando como universo y unidad de análisis los casos egresados y registrados con estos diagnósticos en los hospitales de Managua: Bertha Calderón, Fernando Vélez Páiz, Manolo Morales y Lenín Fonseca; en el período 1983-1985. Utilizándose como instrumento el expediente clínico y como técnica la recolección; la revisión de los mismos.

RESULTADOS:

En 769 mujeres examinadas, se encontró una frecuencia de sífilis del 3% y de 0.3 en gonorrea.

De los casos positivos de sífilis se derivó una red de 37 personas entre contactos, sospechosos y asociados; con un promedio de 2 contactos por caso. El índice de localización de esta red fue del 43%, el índice de examinados del 75% con un rendimiento general de la entrevista de 0.32. No se encontra

ron casos positivos dentro de la red.

En los hospitales ya mencionados se registraron: 153 casos de inflamación pélvica aguda (IPA) y 179 casos de embarazo ectópico (E.E.); observándose una variación en la tasa de morbilidad de IPA de 10 por 1000 egresos en 1983 a 39 por 1000 en -- 1985. En los casos de E.E. la tasa por partos atendidos en los mismos años varió de 2.8 por 1000 a 3.2 embarazos ectópicos por 1000 partos en 1985.

Las variables socio-económicas y de comportamiento sexual presentaron características similares, tanto en los casos de sífilis y gonorrea, su red de contactos y en las mujeres con las complicaciones de IPA y EE., Escolaridad menor de 6 años, ocupación no remunerada, menarquía temprana (antes de los 13 años de edad), inicio precoz de la actividad sexual (antes o durante los 16 años), unión libre como estado civil y más de un compañero sexual.

CONCLUSIONES:

La frecuencia encontrada de gonorrea fue baja, en cambio la de sífilis se considera elevada comparada con otros estudios en poblaciones similares, correspondiendo los casos diagnósticos a la clasificación de sífilis adquirida latente temprana.

El estudio epidemiológico de los contactos, sospechosos y asociados en terminos generales fue de bajo rendimiento.

Las complicaciones de inflamación pélvica aguda y embarazo ectópico presentaron tasas de morbilidad elevadas, aunado a un comportamiento ascendente; estimándose el costo directo que ocasionan al sector salud en \$ 459,750 dólares anuales.

Tanto en los casos de sífilis como en las complicaciones de gonorrea, las variables escolaridad y ocupación revelaron un bajo nivel socio-económico y el comportamiento sexual, una conducta promiscua.

Los expedientes clínicos, documentos de gran valor no recogen los elementos necesarios para un estudio epidemiológico profundo.

RECOMENDACIONES:

Se establecen las recomendaciones tendientes a lograr un mayor conocimiento de las características epidemiológicas de las patologías estudiadas.

13.- BIBLIOGRAFIA
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- García, P.A.; Peña, P.E.
Enfermedades de Transmisión Sexual.
Universidad de Sevilla, Valladolid. Pág. 399.
- 2.- IBID, Pág. 324.
- 3.- Llopis, Alvaro
El problema de las Enfermedades Venéreas en las Américas.
O.P.S., OMS. Pub. Científica 220, Vol. LXX No. 1.
Pág. 21 - 500. Enero 1971.
- 4.- IBID; pág. 22
- 5.- Costa Rica, Ministerio de Salud.
Lo que usted debe saber sobre las Enfermedades de Transmisión Sexual, 1980.
- 6.- OPS, OMS.
Informe del Seminario Viajero Internacional sobre las --
Enfermedades Venéreas en los Estados Unidos de América.
Pub. Científica 280. 1984.
- 7.- Nicaragua, Ministerio de Salud, Dirección de Epidemiología.
Programa de control de ETS.

Informe de la Situación Actual del Programa de Control de enfermedades de Transmisión Sexual y Evaluación Semestral de los Casos de ETS presentados. Septiembre - 1985.

Pág. 5 Cuadro 1 "a".

8.- Castellano, Pedro Luis.

Introducción a la Epidemiología como Abordaje Integral del Proceso Salud Enfermedad en Poblaciones Humanas. MINSAL - CIES. Reproducción de Conferencias. Managua, Junio 1983, pág. 4

9.- IBID, pág. 8

10.- IBID, pág. 12 - 14

11.- IBID, pág. 15

12.- Alderequía Henríquez, Jorge

La Relación de lo Biológico y lo Sexual. Reproducción de la Conferencia "Teoría de Higiene Social". Instituto de Desarrollo de la Salud. La Habana 1982. Pág. 7 - 28

13.- Armijo Rojas, R. Epidemiología Básica. Concepto Salud Enfermedad. 2da. Edición, Buenos Aires, Argentina. Ed. Intermedica, 1978. Tomo 1, pág. 3.

- 14.- IBID, pág. 5.
- 15.- Cuba, Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Higiene y Epidemiología. Definición de Enfermedad. Texto Básico. La Habana, 1982.
- 16.- IBID, Pág. 109 - 122
- 17.- Armijo, Op. Cit. Pág. 113.
- 18.- Nicaragua, Ministerio de Salud. Proyecto Programa ETS Managua, 1982, pág. 1.
- 19.- Willcox, R.R. Tratamiento de las Enfermedades Transmitedas por Contacto Sexual. Guía para el Médico General. Traducido de Euro Reports and studies 12, 1979. pág. 13.
- 20.- IBID, pág. 61.
- 21.- MINSAP, Op. Cit, Pág. 2
- 22.- Periné, P.L.; Hopkins, D.R., Et al O.M.S. Manual de Trepanomatosis Endémica. España. Gráficas Reunidas, 1984. Pág. 14 - 16.
- 23.- Cuba, MINSAP. Vice-ministerio de Higiene y Epidemiolo-

- gía. Sífilis una Sinopsis. La Habana 1972. pág. 2.
- 24.- Harrison, T.R. Medicina Interna Infecciones Causadas - por Espiroquetas. Jra. Edición. México, D.F. Ed. Prensa Médica 1966. Sección 11, capítulo 163 pág. 1066.
- 25.- Sudny Olansky Diagnóstico Serológico de la Sífilis. - La Habana, Cuba. MINSAP, Ministerio de Higiene y Epidemiología 1973. Pág. 1.
- 26.- IBID, Pág. 2
- 27.- MINSAP, Op. Cit., pág. 17.
- 28.- Gay Prieto, J.; Guthe, Thorsten. Trepanomatosis y Enfermedades Venéreas. 4ta. Edición. Barcelona. Ed. Científico Médica, 1969. Pág. 19.
- 29.- IBID. pág. 18.
- 30.- MINSAP, Op. Cit., pág. 19.
- 31.- MINSAP, Loc. Cit.
- 32.- Jawetz, E.; Melnick, J.L.; etal. Manual de Microbiología Médica. Espiroquetas y otros Organismos Espirales. 4ta. edición, México. D.F., Ed. El Manual Moderno, SA

1970 pág. 263.

- 33.- E. Jawetz Loc. Cit.
- 34.- Ruíz de Zárate, S.; Apollinaire.; etal Diagnóstico de Sífilis Latente. Rev. CuE. de Higiene y Epid. Vol. 14 No. 2, pág. 105 - 109 Mayo - Agosto 1976.
- 35.- IBID, pág. 47 - 48.
- 36.- IBID, pág. 56.
- 37.- IBID, pág. 58 - 60
- 38.- Sudnny, Op. Cit, pág. 3.
- 39.- OMS. Lucha contra las Enfermedades de Transmisión Sexual. Pruebas utilizables para la detección precoz de las enfermedades de Transmisión Sexual. Bélgica. Vaumelle 1985. pág. 95 - 98.
- 40.- Wilcox, Op Cit, pág. 74.
- 41.- Jawetz, Op cit, pág. 265.
- 42.- MINSAP, Op. cit, pág. 68.

- 43.- MINSAP, Op. Cit, pág. 6
- 44.- Saul Amado. Lecciones de Dermatología. Sífilis 2da. Edición. México, D.F. Ed. Librería de Medicina, 1973 pág. 122.
- 45.- Armijo Rojas, R. Epidemiología Básica. Enfermedades que se propagan por contacto directo. 2da. Edición.- Buenos Aires, Argentina. Ed. Intermédico, 1978. Tomo II, Pág. 297.
- 46.- St. Bohn, R.K., Control de la Sífilis y la Blenorragia en Cuba. Rev. Cub. Hig. Epid. Vol. 18, No. 1, - pág. 81 - 90. Enero - Abril 1980.
- 47.- Benenson, A.S. El Control de las Enfermedades Transmisibles en el Hombre. Sífilis Venérea. Duodécima Edición. Washington, D.C., OPS, OMS, 1975. Pub. Científica No. 372. pág. 306.
- 48.- Benenson, A.S. El Control de las Enfermedades Transmisibles en el Hombre. Sífilis Venérea. Décima Tercera Edición. Washington, D.C. OPS, OMS 1980, Pub. Científica No. 442, pág. 220.
- 49.- Carbonell, C.Y. Blenorragia en Grupos Especiales. --

Frecuencia de Infección. Santiago de Cuba, 1983. pág. 14.

50.- IBID, pág. 16

51.- IBID, pág. 17.

52.- Berroa del Río, M. Zuazo, L. Diagnóstico de Laboratorio de la Neisseria Meningitidis. Instituto Nac. de Hig. y - Epid. La Habana 1978.

53.- Jawetz, Op. Cit. pág. 200.

54.- García, Op. Cit, pág. 17.

55.- Gay, Op. cit. pág. 252

56.- Guthe Thorstein, Tendencia Epidemiológica Mundial de la Sífilis y Blenorragia. Discusiones Técnicas de la XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana, Pub. Científica 220. pág. 4 - 18. Enero 1971.

57.- García, Op. cit., pág. 32 y 33.

58.- Gay, Op. cit., pág. 257 - 258.

59.- A. García, Loc. cit.

- 60.- Gay, Op. cit., pág. 264.
- 61.- García, Op. cit. pág. 5
- 62.- Gay, op. cit. pág. 266
- 63.- García, Op. cit., pág. 35 - 37
- 64.- Gay Op. cit. pág. 270
- 65.- A. García, Lcc. cit.
- 66.- Gay, Op. cit. pág. 249.
- 67.- Chipperfield y Col. Reevaluación de las Técnicas de Tinción de Gram y Cultivo para Diagnóstico de la Enorragia en la mujer. Act. en Hig. y Epid. Vol. 3, No. 2, pág. 37, 1981.
- 68.- IBID, pág. 40.
- 69.- IBID, pág. 70 - 72
- 70.- IBID, pág. 75
- 71.- Guthe, Op. cit. pág. 5

- 72.- Uranga Imaz. Obstetricia Práctica. Anomalías del Embarazo, 3ra. Edición, Buenos Aires, Argentina, Ed. Intermédica 1974, pág. 391 - 393.
- 73.- García, Op. cit, pág. 309.
- 74.- OPS. Aumento en la incidencia de las Enfermedades Venéreas. Gaceta Trimestral, Vol. 3 No. 2, pág. 7, 15 y 16. Abril - Mayo - Junio, 1971.
- 75.- Muir, D.G.; M.A. La Afección Inflamatoria Pélvica y sus Consecuencias en el Mundo subdesarrollado. Act. en Hig. y Epid. Vol. 4, No. 1, pág. 146-181, Enero, Marzo 1982.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1.- Alferi, B.; Maurel, D.N. Investigación de Contactos en Enfermos de Sífilis en Mar de Plata, Argentina. Bol. OPS, Vol. 95. No. 3, Septiembre 1983.
- 2.- Apolinaire, J.; Wertheim, L. Investigación de Contactos Sexuales. Rev. Cub. Hig. y Epid. Vol. 21 No. 2- Abril - Junio 1983.
- 3.- Armijo Rojas, R. Epidemiología Básica Enfermedades que se propagan por Contacto Directo. 2da Edición. Buenos Aires, Argentina. Ed. Intermédica, 1978. Tomo II.
- 4.- Barzizza; C.H. et al. Tratado de Microbiología. Buenos Aires. Librería Machette, S.A, 1935.
- 5.- Benenson, A.S. El control de las enfermedades Transmisibles en el Hombre. Sífilis Venérea. Duodécima Edición Washington D.C. OPS, OMS, 1975. Pub. Científica No. 372.
- 6.- Carbonell, C. y Blenorragia en Grupos Especiales. Frecuencia de Infección. Santiago de Cuba. 1983.
- 7.- Collins, C.H. Métodos Microbiológicos. Zaragoza. Ed. --

Académica. 1969.

- 8.- Cuba. Viceministerio de Higiene y Epidemiología. Sífilis una Sinopsis. La Habana, 1972.
- 9.- Cuba, MINSAP, Dirección Nacional de Estadística, Sistema de Información Estadística para el Programa de Control de Enfermedades Venéreas. 1975.
- 10.- Curram J.W. Consecuencias Sociales y Económicas de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica. Act. en Hig. y Epid. Vol. 3 No. 2 1981.
- 11.- Curram, JW, Consecuencias Económicas de la Afección Inflamatoria de la pélvis en los Estados Unidos. Act. en Hig. y Epid. Vol. 4, No. 1, Enero-Marzo 1982.
- 12.- Chipperfield y Cal. El Valor de la Tinción de Gram Cérvica en el Diagnóstico y Tratamiento de la Blenorragia, Act. en Hig. y Epid. Vol. 3 No. 2 1981.
- 13.- Dalzell, A.J.; Word. Venereal Disease. New Problems for the physician and the community. D.M. January, 1971.
- 14.- Dubelcco, D. Tratado de Microbiología. España. Ed. Salvat, 1978.
- 15.- Esesorte, E.; Bernal, A. Dirección y Control de la Ble-

- norragia en zonas de escasos Recursos Médicos, OPS. -
Vol. LXXVIII, No. 3, Marzo, 1975.
- 16.- Fiumora, N.J. Clinical Obstetricia and Gynecology. --
Syphilis in new born children. Vol. 18. No. 1, March,
1975.
- 17.- Flarer, F.; Serri, Cotton, D.W.K. Dermatology. Vene-
real Disease Micocutaneous signs of Early Infections-
Syphilis. Amsterdam. Excerpta Médica. 1974.
- 18.- García, D. Situación Epidemiológica del país. Bol. -
Nicaraguense de Hig. y Epid. Vol. J, No. 1, Enero-
Marzo, 1984.
- 19.- García, P.A.; Peña, P.E. Enfermedades de Transmisión-
Sexual, Sevilla. Ed. Secretariado de Publicaciones-
de la Universidad de Sevilla, 1980.
- 20.- Gay Prieto, J.; Guthe, Thorstein. Trepanomatosis y -
Enfermedades Venéreas 4ta. Edición, Barcelona. Ed. -
Científica Médica, 1969.
- 21.- Guthe Thorstein. Tendencia Epidemiológica Mundial de
la Sfilis y Blenorragia. Discusiones Técnicas de la
18 Conferencia Sanitaria Panamericana. Pub. Científi-
ca 220.

- 22.- Guthe, Thorstein. La crisis de las Enfermedades Venéreas. La cambiante situación de las enfermedades venéreas. La Habana, MINSAP. Vice-Ministerio de Higiene y Epidemiología, 1972.
- 23.- Hagar, W.D. Transplacentae, Transmission of spirochetes in congenital syphilis. A. New Perspective Sexually -- Transmitted Diseases. vol. 5. No. 3, July - September, 1978.
- 24.- Hernández, A. La Sífilis una Patología Actual. La Habana. Sub-dirección de Higiene y Epidemiología, 1973.
- 25.- Holder, W.R.; Knox, J.M. The Medical Clinics of North-American syphilis in Pregnancy. Vol. 56, No. 5, September, 1972.
- 26.- Jawetz, E. Melnick, J.L. et al Manual de Microbiología Médica. Espiroquetas y otros organismos Espirales.- 4ta. Edición, México, D.F.. Ed. El Manual Moderno, S.A. 1970.
- 27.- Libro ^VLebítico, cap. 15.
- 28.- Llopis Alvaro. El problema de las Enfermedades Venéreas en las Américas. Pub. Científica. No. 220. Vol.

50. No. 1. Enero, 1971.
- 29.- Miyor, A.P. *Blenorragia en la Mujer. Frecuencia de Infección en Unidades Asistenciales.* Santiago de Cuba. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología, 1981.
- 30.- Nicaragua, Instituto Nicaraguense de Seguridad Social y Bienestar. *La Prostitución de Nicaragua.* Managua; 1982.
- 31.- Nicaragua, Ministerio de Salud. *Proyecto Programa -- ETS, Managua 1982.*
- 32.- OMS. *Comportamiento y Actitudes que influyen en el Recrudescimiento de las Enfermedades de Transmisión Sexual y en la Lucha Contra esas Enfermedades.* Cuadernos de Salud Pública. No. 65, 1977.
- 33.- OMS. *Lucha contra las Enfermedades de Transmisión Sexual. Aspecto Sociológico de la Lucha contra Las Enfermedades de Transmisión Sexual.* Bélgica, Varmelle 1985. Pág. 17 - 21.
- 34.- OMS. *Neisseria Gonorrhoeae and gonococcal infection.* Serie Informes Técnicos 1978, No. 616.

- 35.- OPS. Enfermedades Venéreas. Naturaleza y Alcance - del problema. Pub. Científica No. 280, 1974.
- 36.- Periné, P.L.; Hopkins, D.R.; Et. Al. Manual de Trepa - nomatosis Endémica. España. Gráficas Reunidas, 1984.
- 37.- Saul, Amado. Lecciones de Dermatología. Sífilis. -- 2da. Edición. México, D.F., Librería de Medicina, - 1973.
- 38.- Smith; Connant. Tratado de Bacteriología. 2da. Edi - ción, México Ed. Hispanoamericana, 1964.
- 39.- Velázquez, B.L. Terapéutica con sus fundamentos de - Farmacología experimental. Barcelona, 1970, Vol. 1.
- 40.- Wertheim, L. Et. al. La Entrevista Encuestadora. So - porte Fundamental de un Programa de Control de Enferme - dades Venéreas. Rev. Cub.Hig. y Epid. Vol. 14. No: 2. Mayo- Agosto 1976, pág. 99 - 104..
- 41.- Wilcox, R.R. Tratamiento de las Enfermedades Transmi - tidas por Contacto Sexual. Guía para el médico gene - ral. Traducido por Euro Reports and Studies 12. 1979.

14 ~A~N E~X~O S

ANEXO 1

Entrevista epidemiológica de Casos y Contactos en las enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) Sífilis y Blenorragia.

Es la técnica de la entrevista aplicada al control de la ETS. (SÍFILIS y BLENORRAGIA), mediante la cual dos personas: paciente-entrevistados, intercambian información con la finalidad de investigar y cortar la cadena epidemiológica.

A través de la entrevista se logran identificar los -- factores que intervienen en la cadena de transmisión y los diversos elementos que la favorecen, así que analizando la información obtenida se pueden tomar las medidas de control.

La entrevista tiene la ventaja que además de ser económica se convierte en el soporte más importante del control de las enfermedades de transmisión sexual (sífilis y blenorragia)., la cual debe ser realizada por una enfermera capacitada en este tipo de técnica y además debe de reunir las siguientes características (39).

- Dedicación exclusiva, personalidad estable, madurez psicológica, carácter firme, conducta social intachable y conocimientos de la estructura de salud sobre todo en atención primaria., ya que la función de la enfer

mera entrevistadora constituye el brazo epidemiológico de un programa de control (39).

Objetivos de la entrevista:

- 1.- Detectar la mayor cantidad de contactos en el menor tiempo posible, para lograr cortar la cadena epidemiológica de las enfermedades de transmisión sexual (sífilis y blenorragia).
- 2.- Brindar educación sistemática a casos y contactos de Sífilis y Blenorragia.
- 3.- Aplicar tratamiento precoz a casos y contactos evitando la aparición y propagación de las enfermedades de transmisión sexual (sífilis y blenorragia).
- 4.- Detectar grupos de alto riesgo para ubicación de reservorios.

La entrevista consta de dos etapas: Planificación y ejecución.

En la etapa de planificación, la enfermera entrevistadora analizará todos los casos que tuvieron serología reactiva a través del departamento de estadística. Conocerá el diagnóstico de todos los casos de

serología reactiva y aquellos casos que resultaron positivos de sífilis y blenorragia. Planificará todas las entrevistas y visitas a terreno para la detección de los contactos sospechosos y asociados. Entrevistará a todo caso de sífilis y blenorragia y confeccionará la ficha epidemiológica a (40).

En la entrevista propiamente dicha la enfermera entrevistadora debe acondicionar el local, que debe ser cómodo, ventilado, claro y privado., tener la documentación básica del paciente (expediente clínico). Medios visuales acerca de sífilis y blenorragia para educación del paciente. La entrevista debe programarse con un tiempo mínimo de 45 minutos de duración.

En la etapa de ejecución. En esta etapa debe establecer buena inter-relación con el paciente.

El ambiente donde se esté desarrollando la entrevista debe inspirar confianza y privacidad.

Técnica de la entrevista (41).

El interrogatorio para búsqueda de contacto se puede dividir en tres partes:

. Sección General.

El entrevistador trata de iniciar una buena relación con el paciente, hacer que pierda sus temores respecto a su nueva situación de enfermo. Se trata de conseguir un equilibrio emocional en el paciente que le permita comprender las etapas posteriores de la entrevista.

. Sección Educativa.

Es fundamental para el logro de los objetivos de la entrevista, se efectúa con material ilustrado sobre la evolución de la enfermedad. El objetivo de esta sección es no solo informar y educar al paciente sino lograr que éste por propia deducción tome conciencia de la importancia del control de sus contactos sexuales.

. Obtención de Contactos.

Se indica al paciente la importancia del control de sus contactos y se solicita información referente a cada uno de ellos.

Citación de contacto.

Se acuerda con el enfermo la forma más conveniente de hacerlo:

a) Por medio del paciente, (se toman los datos y se espera que concúrran los contactos).

b) Por intermedio del encuestador.

Entrevista:

Es la técnica de investigación mediante la cual, - dos personas (emisor-reactor). intercambian información.

- **Entrevista epidemiológica:**

Es la técnica de la entrevista aplicada al con trol de enfermedades mediante la cual dos persona s (paciente y entrevistador) intercambian información, con la finalidad de investigar y cor tar la cadena epidemiológica.

- **Caso índice:**

Es el primer caso que llama la atención del investigador, y origina una serie de acciones, - visitas y pasos necesarios para conocer un foco de infección. En el caso de la investigación, - el que resulte diagnosticado como positivo de - sfilis y/o blenorragia.

- **Tarjeta de Citación de Contactos:**

Tarjeta confeccionada por el investigador, con un llamado instando a los contactos a su chequeo.

- **Encuesta serológica dirigida:**

Una vez finalizada la entrevista se debe de realizar un análisis. En este análisis se debe constatar si se obtuvo información adecuada en cuanto a síntomas, signos, serología o si los datos obtenidos no se ajustan a la realidad de la enfermedad sexual que padece el paciente entrevistado. También se debe analizar si se logró identificar todos los contactos fuentes, y si toda la información de la entrevista coincide con los objetivos propuestos por la enfermera-entrevistadora. Una vez realizado este análisis se establecen las prioridades para iniciar la búsqueda de contactos, y la selección de una re-entrevista.

La re-entrevista es la que se realiza a todo paciente que tenga buena o no información para recuperar siempre la localización de más contactos. Esto puede ser directa o indirectamente dependiendo de los datos analizados en la entrevista.

Con todo esto afirmamos que la investigación de contactos sexuales a través de la enfermera-entrevistadora y todo el equipo de salud constituyen la piedra angular de las actividades epidemiológicas (42).

Aspectos y conceptos de importancia a tomar en cuenta en la entrevista epidemiológica (19).

Búsqueda activa que se realiza como parte de un estudio epidemiológico que se quiere efectuar a un grupo de poblaciones determinadas y que requiere conclusión poco tiempo.

- Se estima el siguiente rendimiento de examen de contactos:

Cualitativamente.

- . Hombres: 2.3
- . Mujeres; 3.7
- . Ambos: 2.9

Y en la investigación de grupos:

- . Contactos: 8.1. por caso.
- . Sospechoso 6.6 por caso
- . Asociado 13.8 por caso

- Promiscuos: Aquellos individuos que mantienen relaciones sexuales sin selección de la pareja con cambios frecuentes de la misma.

- Grupos Especiales:

Son grupos que no pueden enmarcarse en la categoría anterior y se cataloga como grupos especiales, teniendo en las características epidemiológicas - (edad, estado civil, ocupación, regimen de vida, etc) que los haría pertenecer a un grupo teóricamente de alta susceptibilidad, permitiendonos el-

estudio de los mismos, clasificarlos o no como grupo de riesgo.

- Grupo de riesgo:

Aquellas personas o grupos de personas que por sus características, su actitud sexual y su conducta social se enmarcan en la definición de -- promiscuidad desde el punto de vista operativo -- en relación con nuestro estudio.

FORMATO No. J.

ANEXO 2.

DATOS DE ENFERMEDADES VENEREAS.

I.- Identificación del formulario.

1.- No. de formulario.

2.- Fecha de llenado de formulario.

3.- Unidad de salud = Francisco Bultrago _____ 1

Héroes y Mártires del 19 de J. 79 _____ 2

II- Identificación del caso.

4.- Tipo de caso estudiado Índice _____ 1

Contacto _____ 2

Sospechoso _____ 3

Asociado _____ 4

5.- Nombres y Apellidos: _____

6.- Dirección Domiciliar: _____

7.- Nombre y Dirección del Centro de Trabajo: _____

III- Variables Biológicas del Caso

8.- Sexo: Masculino _____ 1

Femenino _____ 2

9.- Edad:	15 - 19 años	<u> </u>	<u>1</u>
	20 - 24 años	<u> </u>	<u>2</u>
	25 - 29 años	<u> </u>	<u>3</u>
	30 - 34 años	<u> </u>	<u>4</u>
	35 - 39 años	<u> </u>	<u>5</u>
	40 - 49 años	<u> </u>	<u>6</u>

10.- Inicio de Menarquía Años

Variables socio-económicas y de conducta del caso.

11.- Estado Civil:	Soltero	<u> </u>	<u>1</u>
	Casado	<u> </u>	<u>2</u>
	Viudo	<u> </u>	<u>3</u>
	Divorciado	<u> </u>	<u>4</u>
	Unión Libre	<u> </u>	<u>5</u>

12.- Escolaridad	Analfabeta	<u> </u>	<u>1</u>
	Alfabeta	<u> </u>	<u>2</u>
	Primaria	<u> </u>	<u>3</u>
	Secundaria	<u> </u>	<u>4</u>
	Técnica	<u> </u>	<u>5</u>
	Superior	<u> </u>	<u>6</u>

13.- Ocupación:

Rama de la Actividad:	Ama de Casa	<u> </u>	<u>1</u>
	Estudiante	<u> </u>	<u>2</u>
	Obrero Industrial	<u> </u>	<u>3</u>

Adm. y Servicios	_____	<u>4</u>
Comerciante	_____	<u>5</u>
Militar	_____	<u>6</u>
Obrero Artesanal	_____	<u>7</u>
Otros	_____	<u>8</u>

14.- Condición Migratoria:

Viajes en los últimos 90 días	Sí _____	<u>1</u>
	No _____	<u>2</u>
No. de viajes	_____	<u>3</u>
Motivos	_____	<u>4</u>

15.- Inicio de V.S.A. _____ Años

16.- No. de parejas sexuales:

1	_____	<u>1</u>
2 - 3	_____	<u>2</u>
4 - 5	_____	<u>3</u>
5 - 6	_____	<u>4</u>
6 y más	_____	<u>5</u>

17.- Frecuencia de Relaciones Sexuales:

Diario	_____	<u>1</u>
Semanal	_____	<u>2</u>
Mensual	_____	<u>3</u>

Sintomatología

18.- Fecha de inicio de síntomas: _____

19.- Síntomas y signos

A) Sexo Femenino:

a) Flujo SI 1 No 2

b) Dificultad de orinar SI 1 No 2

c) Prurito Vulvar SI 1 No 2

d) Dolor Abdominal - pélvico SI 1 No 2

e) Ardor Vulvar SI 1 No 2

f) Asintomático SI 1 No 2

g) Otros Cuales: _____

B) Sexo Masculino

a) Disuria SI 1 No 2

b) Secreción Uretral SI 1 No 2

c) Prurito SI 1 No 2

d) Asintomático SI 1 No 2

e) Otros Cuales: _____

c) Ambos Sexos

a) Chancro Si 1 No 2
Extrag. 3

b) Condiloma Si 1 No 2
Extrag. 3

Manchas Eritematosas Si 1 No 2

20.- Clasificación de la Sifilis.

S.A.R.S. 1

S.A.R.L. 2

VI.- Datos Epidemiológicos

21.- Antecedentes Venéreos: Si 1 No 2

Fecha 3

21.- Recibió Tratamiento

Si 1 No 2

Cual: Todos los recibidos: _____

Fecha:

22.- No. de Contactos Aportados.

1	<u>1</u>	4 - 5	<u>3</u>
2 - 3	<u>2</u>	5 y más	<u>4</u>

23.- No. de sospechosos aportados.

1	<u>1</u>	4 - 5	<u>3</u>
2 - 3	<u>2</u>	5 y más	<u>4</u>

24.- No. de Asociados Aportados.

1	<u>1</u>	4 - 5	<u>3</u>
2 - 3	<u>2</u>	5 y más	<u>4</u>

VII.- Datos de Laboratorio.

25.- Tinción de Gram	Positivo <u>1</u>	Negativo <u>2</u>
26.- Cultivo Thayer M.	Positivo <u>1</u>	Negativo <u>2</u>
27.- V.D.R.L. Reactor	<u>1</u>	No Reactor <u>2</u>
	1/1 <u>3</u>	
	1/2 <u>4</u>	
	1/4 <u>5</u>	
	1/8 <u>6</u>	
	1/16 <u>7</u>	
	1/32 <u>8</u>	
28.- B. Lactamasa (+)	<u>1</u>	(-) <u>2</u>
30-	Nombre de la persona que llenó el formulario: _____	

INSTRUCTIVO PARA EL FORMATO 1

Anexo 3.

I.- Identificación del formulario.

- 1.- Se numerará el formato con números arábigos en forma progresiva de acuerdo al inicio del estudio del paciente.
- 2.- Se anotará la fecha especificando día, mes y año - en que se inicia el llenado del formato, usando números arábigos.
- 3.- Se marcará con una cruz la casilla correspondiente a la unidad de salud en la cual está llenando el formato.

II- Identificación del Caso.

- 4.- Marcar con una cruz el número que corresponda al tipo de caso estudiado entendiéndose por:

Caso índice: Al primer caso diagnosticado como positivo.

Contacto: Toda persona que haya tenido relaciones sexuales con un caso confirmado de sífilis o blenorragia.

Sospechoso: Toda persona (s) que el enfermo refle

ra que tenga o tuvo lesiones o s[ínto-
mas sugestivas de sífilis o blen[orr]-
gía pero que no son referidos como -
contactos sexuales.

Asociado; Persona (s) que forman parte del grupo
social inmediato del caso índice y que
no han sido consideradas ni como con-
tacto, ni como sospechoso.

- 5.- Se anotará el nombre completo y los 2 apellidos y en caso
que tuviera pseudónimo también debe anotarse.
- 6.- Se anotará domicilio particular completo, consignando ---
puntos de referencia conocidos.
- 7.- Se anotará el nombre y dirección completa del Centro de -
Trabajo

III.- Variables Biológicas.

- 8.- Marcar con una cruz la casilla correspondiente al sexo.
- 9.- Marcar con una cruz la casilla correspondiente al grupo
de edad en que se encuentre la edad del paciente. To-
mándose ésta en años cumplidos, considerándose como tal
desde el momento del nacimiento hasta el instante en --

que se está llenando el formato.

10.- Anotar la edad en años en que la paciente inicia - primera vez su ciclo menstrual.

IV.- Variables Socio-económicas y de Conducta del Caso:
En el llenado de las variables socio-económicas y de conducta, debe tenerse especial cuidado en la forma de dirigir las preguntas de acuerdo a la personalidad del entrevistado (a). Pudiéndose formular en forma Indirecta y no estructurada, sobre todo cuando se contemplen las variables de: Estado civil, inicio de vida sexual activa, número de parejas sexuales, frecuencia de relaciones sexuales y anotando con una cruz en la casilla correspondiente, según la respuesta obtenida a la pregunta indirecta.

Si hay dudas en relación a esto último debe reformularse el interrogatorio.

Es importante dejar este tipo de preguntas para un momento oportuno, según se vaya desarrollando la entrevista.

11.- El estado civil se establecerá en relación a los conceptos siguientes, marcando con una cruz en la casilla correspondiente:

Soltero Persona que se refiere como nunca casada.

Casado Persona con unión marital legalizada por lo civil y/o religiosa.

Viudo Persona casada que refiera conyugue muerto.

Divorciado Persona que refiera disolución de vínculo matrimonial por vía legal.

Unión Libre Persona que refiera compañero (a) con vínculo marital sin aspectos legales.

12.- El nivel de escolaridad se marcará con una cruz en la casilla correspondiente, tomándose c/nivel independientemente de que se haya cursado en forma completa.

Se entiende por Analfabeta a la persona que no sabe leer ni escribir y por Alfabeto a aquella persona que sabe leer y escribir, pero carece de educación formal.

- 13.- Ocupación es el desempeño de un cargo o tarea realizada por un individuo, sobre todo si es habitual. Marcar en la casilla pertinente, según tipo de ocupación.
- 14.- Condición Migratoria. Anotar con una cruz si el paciente se ha movlizado fuera de su lugar habitual de Residencia en los 90 días precedentes al interrogatorio. - Aclarando el número de veces y motivo en la casilla 3 y 4 respectivamente.
- 15.- Anotar la edad en años cumplidos en que la paciente tiene por primera vez una relación de tipo sexual.
- 16.- Marcar con una cruz en el grupo que corresponda al No. de parejas sexuales que la paciente refiera en el período de 6 meses precedentes al interrogatorio.
- 17.- Se escribirá en la línea correspondiente al número de Relaciones Sexuales que la paciente practique habitualmente con su pareja sexual.
- V.- Sintomatología.
- 18.- Anotar con números arábigos la fecha en que la paciente

refiera inició los síntomas de su padecimientos actuales, motivo de consulta y del presente estudio.

- 19.- En la sintomatología conviene dar un margen para que el entrevistado exponga espontáneamente sus síntomas, anotando en la casilla correspondiente aquellos que correspondan a los anotados en el formato. El entrevistador debe siempre de completar el interrogatorio con preguntas en lenguaje sencillo, evitando influir o formar la respuesta. Marcando en la casilla correspondiente la presencia o ausencia del síntoma de acuerdo al sexo de la persona entrevistada.

El acápite C debe ser llenado por la persona que realice el examen físico.

- 20.- En caso de sífilis el diagnóstico deberá hacerse tomando en cuenta la clasificación de la enfermedad en:

S.A.R.S. Sífilis adquirida reciente sintomática.

S.A.R.L. Sífilis adquirida reciente latente.

Consideraciones: La S.A.R.S.

Aquella que se adquiere por contacto sexual y se manifiesta clínicamente por chancro, rosedía sifilítica, etc. y S.A.R.L. la que únicamente se detecta por serología positiva y se estima se ha adquirido en un lapso no mayor de 2 años.

V.- Datos Epidemiológicos.

21 y 22

Antecedentes Venéreos: Se tomará y anotará como positivo cuando el paciente refiera haber padecido síntomas y/o signos sugestivos en cualquier época precedentes del presente estudio, indicando con números arábigos la fecha en que refiera haber presentado dicha sintomatología o haberse efectuado una prueba de laboratorio positiva.

23.- Anotar el nombre de los antibióticos recibidos en orden cronológico. Anotar la dosis y duración de cada uno de ellos.

24.- Anotar si el paciente refiere haberse curado.

25.- 26 - 27 y 28

En esta sección también deben tomarse las mismas medidas y precauciones establecidas en las variables socioeconómicas y conductuales. Al marcar No. de contactos sospechosos y asociados se deberá hacer en números arábigos en la casilla correspondiente de acuerdo con los conceptos ya vertidos en el ecápite 2 inciso 4.

VI.- Datos de Laboratorios.

Los datos de Laboratorio serán llenados de acuerdo a los resultados recientes obtenidos del estudio, en la casilla correspondiente para cada prueba de Laboratorio.

Se tomará como resultado positivo:

- 29.- Para Tinción de Gram. La presencia de Diplococos intracelulares gram negativos.
- 30.- Para cultivo de Thayer Martin - El crecimiento de colonias típicas de neisseria gonorrea con positividad a pruebas complementarias.
- 31.- Para V.D.R.L. Se considerará cualitativamente positivo al reportado como Reactor y cuantitativamente debe rá señalarse el Dil. en la casilla correspondiente.
- 32.- Anotar si fue positivo o negativo a la B. Lactamasa.
- 33.- Anotar el nombre y apellidos completos de la persona que llenó el formulario. Sin firmar.

Anexo No. 4

A.- Técnicas para el Diagnóstico de Neisseria Gonorréa.
Las muestras se toman por medio de hisopos y asas --
bacteriológicas estériles de:
Endocervix, vagina, uretra, Líquido sinovial, ano, -
conjuntivas, faringe, etc.

El método de diagnóstico es:

Coloración de Gram y el cultivo en medio de Thayer Martin
y Agar Chocolate simple.

Instrucciones al paciente para la toma de muestra:

- 1.- No debe de haber recibido ningún tratamiento local
o sistémico.
- 2.- No debe de haber tenido relaciones sexuales un día
antes.
- 3.- Deberá presentarse sin sangrado menstrual.
- 4.- Deberá presentarse sin haberse efectuado duchas va
ginales.

Obtención de las muestras:

- 1.- Muestra Endocervical.

Para la toma de muestra se debe retirar el mucus -
cervical con una torunda de algodón o gasa estéril
sostenida por una pinza de anillo.

Colocar el espéculo sin usar lubricante.

Introducir el hisopo estéril dentro del canal endocervical (1 a 1 1/2 cm) no pasando de 1 cm en embarazadas y hacer una rotación suave manteniéndolo - 30 segundos aproximadamente, retirar el hisopo e inocular inmediatamente en el medio de cultivo; hacer frotis sobre porta objetos limpio, rotando suavemente el hisopo para evitar romper los leucocitos; dejar secar el frotis al aire.

Muestra Uretral en el Hombre:

Retractor el prepucio y si fuera necesario limpiar el meato con gasa estéril, obtener la muestra y preparar el frotis sobre porta objetos limpio, rotando suavemente el hisopo para evitar romper los leucocitos. Dejar secar el frotis al aire. Se puede tomar muestra para inocular en el medio de cultivo indicado.

Examen Bacteriológico.

1.- Examen Directo:

Este examen se realizará fijando la muestra y coloreando por el método de Gram.

2.- Cultivo:

a) Los exudados se sembrarán en platos con medio de Thayer Martin o Agar Chocolate.

- b) Trazar una Z grande sobre la superficie del medio para producir una exposición adecuada del hisopo en el plato y de este modo favorecer la transferencia de las bacterias.
- c) Con una asa bacteriológica estéril hagase una estria continua en forma cruzada sobre la superficie del plato para obtener colonias aisladas.
- d) Coloque el cultivo en una atmósfera de CO₂ al 10% a 35 - 37°C por 24 - 48 horas.

Identificación.

- 1.- Observación de la morfología colonial característica a las 24 horas y hacer una nueva incubación durante 24 horas antes de considerar negativa la muestra.
- 2.- Realizar examen microscópico a las colonias sospechosas.
- 3.- Reacción para la detección de producción de oxidasa.
- 4.- Prueba de fermentación de carbohidrato.

5.- Prueba de sensibilidad a los antibióticos.

Informe de Resultados.

Del examen directo se informa:

- No se observan diplococos gram negativos intracelulares.
- Se observan diplococos gram negativos intracelulares.

Del cultivo:

- Se informará como "Neisseria Gonorrhoeae" la cepa aislada que cumplió los parámetros establecidos para su identificación.

Prueba de Oxidasa.

- Se usa para detectar la producción de la enzima oxidasa.

Se utiliza el reactivo P-Aminodemethylaniline -- oxalate al 1% con agua destilada estéril. Una vez preparada la solución se puede hacer de diferentes maneras:

- a) Colocando una gota directamente sobre las colonias sospechosas en el cultivo.
- b) Humedeciendo una tira de papel filtro con el reactivo y luego con una asa tomar una colonia

y frotar sobre la tira.

Lectura.

Prueba de oxidasa positiva:

Las colonias productoras de oxidasa toman un color fuerte, luego se tornan púrpura hasta llegar a un color negro. El color aparece en 5 - 10 segundos cuando la oxidasa está presente.

Prueba de fermentación de carbohidratos.

Esta prueba se hace a partir de un cultivo puro. - La neisseria gonorea se identifica por su capacidad de fermentar solo la glucosa.

Método:

Se inoculan tubos que contengan soluciones azucaradas esterilizadas de glucosa, maltosa y sacarosa se mezclan asépticamente en concentraciones de 0.5 a 1% con el medio de CTA.

Se incuban a 35 - 37°C por 24 horas en atmósfera de CO₂ al 10%.

Lectura:

Las N. Gonorrhoeae fermenta solamente la glucosa con producción de ácido (amarillo) pero no de gas.

Antibiograma.

Prueba de sensibilidad a los antibióticos.

- 1.- Las colonias elegidas se inoculan sobre la superficie del agar, usando un hisopo del algodón estéril y distribuir uniformemente el inóculo.

- 2.- Coloque los discos de antibióticos (Ej. penicilina, ampicilina, tetraciclina, etc.) sobre la superficie del medio y ejerza presión en el agar con una pinza estéril.

- 3.- Incubar a 35 - 37°C en atmósfera de CO₂ al 10% de - ante 24 - 48 horas.

Lectura.

La ausencia de una zona de inhibición o halo transparente indica que es resistente, según el diámetro del halo puede ser:

Sensible débil o sensible.

B.- Técnicas para investigación de sífilis por medio de la reacción de V.D.R.L. en Lámina.

1.- Recolección de muestras:

Obtención de sangre venosa por:

- a) Jeringas y tubos.
- b) Sistema Vacutainer.

2.- Reactivos

- a) V.D.R.L. antígeno
- b) Buffer Salina
- c) Solución Salina 0.9%

3.- Métodos de Floculación.

3.1.- Reacción Cualitativa.

En las reacciones de floculación en lámina para el diagnóstico de la sífilis, los sueros deben estar a temperatura ambiente. A fin de obtener resultados seguros y reproducibles, las reacciones se deben realizar a una temperatura que varía entre 23 y 29°C (73-85°F). La reactividad de la prueba disminuye a temperaturas menores y aumenta a temperaturas más altas.

- a) En un anillo de parafina o cerámica en una lámina de vidrio, depositense con pipeta 0.05 ml de sueros calentados (suero control y suero -- problema).

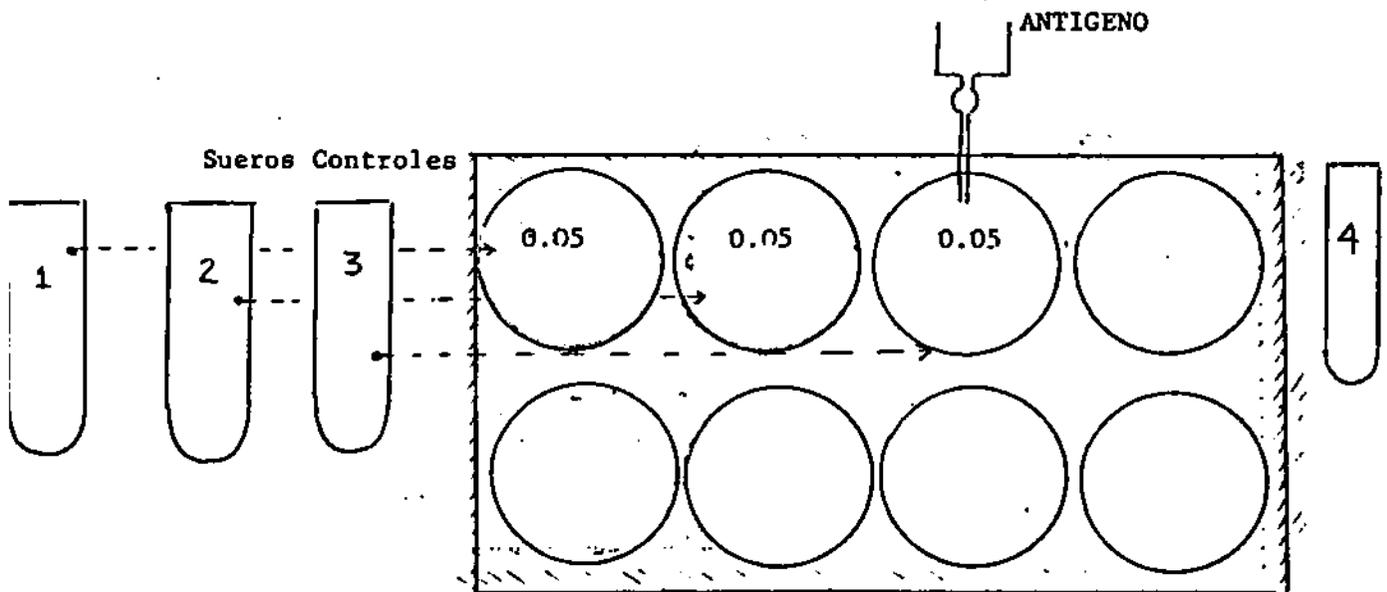
b) Añadanse 1 gota de suspensión de antígeno sobre cada suero, con una aguja de calibre 18 y una jeringa.

c) Hágase girar las láminas durante 4 minutos (fíjense en 180 r.p.m.t. las máquinas de rotación que describen un círculo de $3/4$ de pulgadas de diámetro).

Cuando las reacciones se ejecutan en un clima seco, las láminas pueden cubrirse con una capa provista de un papel secante húmedo a fin de impedir un exceso de evaporación durante la rotación.

d) Inmediatamente después de la rotación, lease la reacción al microscopio con ocular de 10X y un objetivo de 10X.

TECNICA CUALITATIVA V.D.R.L.



1.- Suero Reactivo

3.- Suero No Reactivo

2.- Suero Débil Reactivo.

4 - Suero Problema

3.- Suero No Reactivo.

4.- Suero Problema.

e) Anótese los resultados en la forma siguiente:

Lectura	Resultado
Grumos medianos y grandes.....	Reactivo (P)
Grumos Pequeños.....	Débilmente reactivo (D)
Sin grumos o con muy ligera floculación....	No Reactivo (N)

4.- Reacción Cuantitativa (En láminas con suero).

Todos los sueros que resultan reactivos o debilmente reactivos en la reacción cualitativa deben analizarse cuantitativamente hasta el título en dilución final.

Las diluciones de suero que deben analizarse inicialmente son:

Sin diluir: 1:1, 1:2, 1:4

Esta se prepara poniendo en tres anillos de la lamina de parafina o excavada, en el primer anillo 0.04 ml de suero, en el segundo 0.02 ml de suero y en el tercero, 0.01 ml siempre de suero.

Con jeringa y aguja # 23 se agrega solución salina al 0.9%, al primer anillo nada, al segundo anillo dos gotas de la solución y al tercer anillo tres gotas de la misma solución.

Agregar a cada anillo una gota de antígeno con jeringa y aguja # 19.

Si este título es reactivo a la 4 diluciones, se hará una dilución 1:8 que se prepara agregando: 0.1 ml a 0.7 ml de la solución salina al 0.9% para lo cual se usa -- una pipeta de 0.2 ml graduada en 0.01 ml.

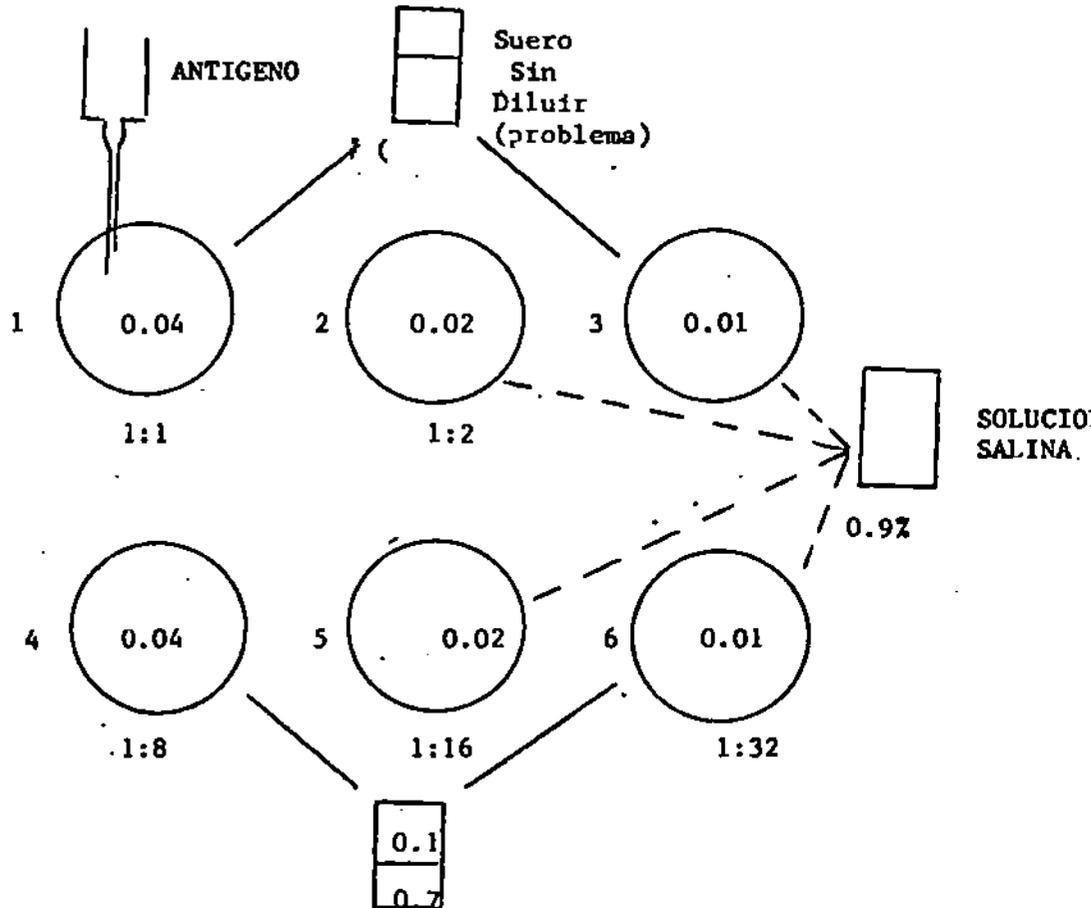
Con esta misma pipeta, pasense 0.04 , 0.02 ml y 0.01 ml de la dilución de suero de 1:8 a los anillos parafinados cuarto, quinto y sexto respectivamente.

Añadanse dos gotas al quinto anillo y tres gotas al sexto anillo de la solución salina al 0.9% con la misma -- aguja # 23 y con aguja # 19 una gota de antígeno a cada anillo (cuarto, quinto y sexto). En esta forma obten -- dremos un título de:

1:8, 1:6, 1:32, diluciones y así sucesivamente hasta -- donde llegue el título.

Se lleva a la rotadora a la misma velocidad que para la Prueba Cualitativa (4 minutos a 180 r.p.m.)

TECNICA CUANTITATIVA V.D.R.L.



- 1.- Suero reactivo sin diluir.
- 2.- Suero diluido 4:8
0.1 cc - Suero
0.7 cc - Sol. Salina 0.9%

Agregar a los anillos 2 y 5 dos gotas de solución salina al 0.9 anillos 3 y 6.3 gotas.

Usar agujas No. 23= 0.01ml
Mezclar y agregar antígeno
1 gota=1/75ml. agujas
No. 19
Agitar 4 minutos y leer
inmediatamente.