

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESQUEMA DE TRATAMIENTOS EN LAS ENFERMEDADES
DE TRANSMISION SEXUAL
(Revisión de Enero/79-Diciembre/79 Hospital Nacional,
Hospital Infantil y Centro de Salud Puerto Barrios).

WILLIAM CHU HU

GUATEMALA, MARZO DE 1980

PLAN DE TESIS

- 1.) INTRODUCCION
- 2.) RESEÑA HISTORICA
- 3.) HIPOTESIS
- 4.) JUSTIFICACION
- 5.) OBJETIVOS
- 6.) MATERIAL Y METODOS
- 7.) RESULTADOS
- 8.) CONCLUSIONES
- 9.) RECOMENDACIONES
- 10.) REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS
- 11.) ANEXO
 1. CUADROS
 2. GRAFICAS

INTRODUCCION

Las enfermedades de transmisión sexual, conocidas como enfermedades venéreas, son padecimientos de permanente actualidad desde el punto de vista clínico y terapéutico. Con la aparición cada vez más creciente de nuevas drogas y con la influencia de la propaganda farmacéutica de los laboratorios que las producen, el médico general y el estudiante de medicina se encuentra entre un sinnúmero de medicamentos, que dicha propaganda recomienda, como la última palabra para el tratamiento de este tipo de enfermedades.

Ante esta situación, el médico de medicina general más aún, el especialista en otras ramas de la medicina, se enfrenta con frecuencia a la disyuntiva de usar uno u otro medicamento y se hace la pregunta de:

¿Qué será lo mejor para el paciente?

Es por este motivo que considero necesario y útil dar a conocer los esquemas de tratamientos recomendados actualmente y cuya efectividad ha sido comprobada en diferentes centros de salud, de una seriedad científica indiscutible.

A continuación se exponen las diferentes pautas terapéuticas a que se hace mención, así como una selección de bibliografías que pueden ser consultadas para quien interese profundizar en la materia.

El presente estudio ha sido efectuado en Puerto Barrios, cabecera del Departamento de Izabal, Guatemala, donde las enfermedades venéreas tienen una frecuencia elevada, por un inadecuado control y constante migración de marineros y pros-

titutas portadores de enfermedades venéreas; que conducen a la constante transmisión y adquisición de las mismas desde diferentes partes del mundo. Es de importancia mencionar el constante surgimiento de cepas de *Neisseria Gonorrea* y *Treponema Pallidum* resistentes al tratamiento convencional.(5)

RESEÑA HISTORICA

Desde tiempos muy antiguos hasta nuestros días, las enfermedades venéreas han acompañado al hombre; en todo el transcurso de su relación; especialmente en los últimos años han habido incrementos de la misma. Referente a la Blenorragia tenemos datos en el libro de Levíticos (Biblia). Hipócrates en el Siglo II A. De J. le llamaba Gones Rheia (flujo de semen involuntario en el hombre) y Fluxus Feminis (Flujo de la Mujer). Gonorrhea agente etiológico descubierto en 1,879, por Neisser época que no se contaba con medios quimioterápicos para combatirla. En 1,935, se da un gran paso dentro del campo de la medicina anunciándose en Alemania el Colorante Azoico Rojo Pentesil que protegía a los ratones contra las infecciones estreptococicas y en 1,941, Alejandro Fleming y posteriormente Flory y colaboradores, señalaron la acción y efecto notable de la Penicilina, dedicándose a estudiarla y producirla en gran cantidad. Desde la introducción de la penicilina en el campo de la terapéutica a sido el medicamento de elección en el tratamiento de la Gonorrhea, aun que la dosis de 75 mil UI que se necesitaban para controlar la infección en su inicio en la actualidad se necesitan 4.8 millones de UI para combatirla debido en parte al aumento de la resistencia que el germen ha presentado a la penicilina. - Con el avance de la antibioticoterapia en los últimos tiempos, se han ido descubriendo otros medicamentos tales como la Ampicilina, Eritromicina, Tetraciclina, etc. etc. (1, 4, 5, 7, 11).

Se acepta que la sífilis existe desde que el hombre camina por la tierra y se puede afirmar que muchas de la lepra comentadas en la Biblia fueron Sífilis; también se puede llegar a la conclusión que a medida que se diagnosticaba la sífilis disminuía la lepra. Cuando Colón llegó a América nos trajo un regalo

de los Reyes que hizo exclamar al gran historiador "GONZALO DE OVOIDEO", "Maldito sea el dña que Colón descubrió América pues desde ese entonces existe Sífilis en América". Esto da motivo a discusión pues para algunos esta enfermedad es oriunda del nuevo mundo, cosa ilógica pues don Cristóbal se hizo acompañar a su regreso de diez de los mejores ejemplares humanos de Sto. Domingo. El agente causal es la Espiroqueta o Treponema Palium, la cual fué descubierta en marzo de 1,905, por el parasitólogo Fritz Schaudizin y el Sifilólogo E. Haffman, ambos de origen Alemán. Día a día, se han superado los esfuerzos hechos por el hombre para encontrar un medicamento o droga que al mismo tiempo que extermine el treponema carezca de reacciones secundarias para el organismo. Desde tiempos remotos, se vienen usando distintos medicamentos, en diferentes métodos, y formas de aplicación en la Sífilis, así tenemos que el célebre MILANO LAFRENCO en 1,290 recomendaba claramente lavarse cuidadosamente después del coito con agua y vinagre. En Guatemala y México usaban los antiguos moradores Chicha y Agua de Achiote para su curación. Niccolás Poll médico Alemán del siglo XV usaba Guayaco para la curación de la Lues. En 1,519 Ubico Guatter usó para la curación mercurio, Guayaco y Palo Santo. Más tarde algunos autores franceses recomendaron la resección quirúrgica del Chancro, pensando que la fuente de infección emanaba de dicho punto. El Bismuto se usó en 1,916 por dos investigadores llamados Robert y Santo. El Yodo y el Arsénico se utilizaron en el siglo XIX contra la Sífilis. La penicilina se principió a utilizar a partir de su descubrimiento en Septiembre de 1,928, por el Inglés Alexander Fleming y se indicó como tratamiento de la Sífilis en 1,942 por el Dr. Maloney de Nueva York. A su inicio la penicilina se utilizó en forma acuosa, en un total de 160 pacientes a dosis de 6000 UI cada 3 horas por 8 días en un estudio experimental, posteriormente se usó en 139 pacientes

a la dosis de 6000,000 UI cada 48 horas por diez dosis, obteniéndose excelentes resultados, dando así la esperanza a la cura de dicha enfermedad. (3, 6, 7, 12, 17).

Hasta hace poco tiempo al hablar de enfermedades veneras solo nos referíamos a sífilis, gonorrea, chancre blando, linfogranuloma venereo y granuloma inguinal en la actualidad se conocen cerca de 16 afecciones transmitidas por contacto sexual y su epidemiología a cambiado totalmente. Es pues motivo de gran preocupación observar como su incidencia aumentado y ver en tablas epidemiológicas como la gonorrea ocupa el primer lugar, seguida del herpes simple, tricomoniasis, candidiasis, verrugas genitales y condilomas; sin embargo, la uretritis no gonococcica los piojos, la escabiosis están adquiriendo las mismas proporciones epidémicas. Más aun la sífilis cuya frecuencia se había reducido de manera notable, hoy día se observa más a menudo. (2, 3, 7, 13, 14, 16).

HIPOTESIS

El esquema de tratamiento de las enfermedades venéreas en las diferentes instituciones de salubridad es inadecuado. Y no responde a un patrón específico de tratamiento.

JUSTIFICACION

En Puerto Barrios no se ha estandarizado un esquema de tratamiento para las enfermedades venéreas debido a que no existe comunicación entre las diversas instituciones y clínicas particulares e inclusive no hay métodos diagnósticos para las mismas basándose únicamente en la clínica y en varias ocasiones es explendor de la farmacia quien indica un tratamiento que de más está decirlo es completamente inadecuado. Es claro que existe vigilancia epidemiológica de las enfermedades infectocontagiosas obstaculizándose el sistema de información - lo cual no permite medidas mas específicas de diagnóstico y tratamiento.

OBJETIVOS

1. Conocer la morbilidad de las diversas enfermedades venéreas en dicha localidad.
2. Conocer el esquema actualmente utilizado en los diferentes hospitales y Centros de Salud en Puerto Barrios.
3. Proponer a las diferentes instituciones un esquema de tratamiento actualizado para las enfermedades venéreas más comunes en Guatemala.
4. Sentar un antecedente bibliográfico para futuras investigaciones.

MATERIAL Y METODOS

1. Revisión de los registros clínicos del Hospital Nacional de Puerto Barrios, Hospital Infantil Elisa Martínez, Centros de Salud de Puerto Barrios y Santo Tomás de Castilla. Comprendido entre Enero a Diciembre de 1979.
2. Selección de la muestra. Todos aquellos pacientes que presentaron enfermedades transmisibles por contacto sexual.
3. Se investigó: edad, sexo, procedencia, diagnóstico - principal tratamiento establecido, duración del mismo y cumplimiento del tratamiento.
4. El método utilizado en el presente estudio, es el método científico a base de recopilación de datos retrospectivamente de los registros clínicos se tabularon, se analizaron debidamente y de esta manera se rechazó o se confirmó la hipótesis establecidas, llegando conclusiones que ayudan a conocer la realidad del problema. Así mismo se efectuaron una serie de recomendaciones para la solución, prevención, del mismo, tanto a nivel de salud pública como de estudiante de Medicina y Médico en General.

ESQUEMA DE TRATAMIENTO PARA LAS ENFERMEDADES VENEREAS OBTENIDO DE LOS REGISTROS MEDICOS DE LAS DIFERENTES INSTITUCIONES ESTUDIADAS

I. Esquemas de tratamientos de la Gonorrea:

INSTITUCION	TRATAMIENTO
Hospital Infantil	<ul style="list-style-type: none"> - Penicilina G. Procaina 50,000 U/kg de peso cada 24 horas, IM cada día por 10 días. - Penicilina Cristalina 50,000 U/IV/kg de peso cada 2 horas cada día por 10 días.
Hospital Nacional	<ul style="list-style-type: none"> - Penicilina G. Procaina 4,800,000 U. IM Dosis Única.
Centro de Salud P.B.	<ul style="list-style-type: none"> - Penicilina G. Procaina 4,800,000 U/IM cada día por 2 días. - Ampicilina 3.5 gm. vía Oral Dosis única.
Centro de Salud S.T.	<ul style="list-style-type: none"> - Retacilina (Penicilina G. Benztatínica) 2,400,000 U/IM cada día por 2 días. - Penicilina G. Procaina 1,200,000 U/IM cada día por 10 días.

II. Esquema de tratamiento de la Sífilis:

INSTITUCION	TRATAMIENTO
Hospital Infantil	<ul style="list-style-type: none"> - Penicilina Procaina 50,000 U/IM/kg peso cada día por 10 días. - Penicilina Cristalina 50,000 U/kg peso IV o IM cada día dividido por 2 dosis por 10 días.
Hospital Nacional	<ul style="list-style-type: none"> - Penicilina Procaina 800,000 U/IM cada día por 10 días.
Centro de Salud P.B.	<ul style="list-style-type: none"> - Penicilina Benzatínica 2,400,000 U/IM Dosis Única. - Eritromisina 500 mg. cada 6 horas por vía oral por 10 días.
Centro de Salud S.T.	<ul style="list-style-type: none"> - Retacilina 400,000 U/IM cada día por cuatro días.

III. Esquemas de Tratamiento de Chancroide:

INSTITUCION	TRATAMIENTO
Hospital Nacional	- Tetraciclina 500 mg. por vía oral cada 6 horas, por 10 días.
Centro de Salud P.B.	- Tetraciclina 500 mg. por vía oral cada 6 horas, por 10 días.
Centro de Salud S.T.	- Tetraciclina 500 mg. por vía oral cada 6 horas, por 10 días.

IV. Esquemas de tratamiento del Linfogranuloma Venerea:

INSTITUCION	TRATAMIENTO
Hospital Nacional	- Tetraciclina 500 mg. por vía oral cada 6 horas, por 10 días.
Centro de Salud P.B.	- Tetraciclina 500 mg. por vía oral cada 6 horas por 10 días.
Centro de Salud S.T.	- Tetraciclina 500 mg. por vía oral cada 6 horas por 10 días.

V. Esquemas de tratamiento de Conidiloma Acuminada:

INSTITUCION	TRATAMIENTOS
Hospital Nacional	- Podofilina en alcohol al 25% 2 veces al día. - Electro-cauterización.
Centro de Salud P.B.	- Podofilina en alcohol al 25% 2 veces al día.
Centro de Salud S.T.	- Podofilina en alcohol al 25% 2 veces al día. - Electro-cauterización.

VI. Esquemas de tratamientos de Tricomoniasis.

INSTITUCION	TRATAMIENTO
Hospital Nacional	- Tinidazole: Para hombre 3 - tab. por vía oral dosis única Para mujer 2 tab. por vía oral dosis única.
Centro de Salud P.B.	- Fasigin 500 mg. 4 Tab. por vía oral dosis única.
Centro de Salud S.T.	- Metromidazol 250 mg. 1 Tab. por vía oral 3 veces al día por 10 días.

VII. Esquemas de tratamiento de Candidiasis:

INSTITUCION	TRATAMIENTO
Hospital Nacional	Cambiar Ph Vaginal
Centro de Salud P. B.	Nistatin con Decardon ovulos 2 veces al dia por 10 dias.
Y	
Centro de Salud S.T.	

ESQUEMAS DEL TRATAMIENTO PARA LAS ENFERMEDADES VENEREAS RECOMENDADAS POR VENereal DISEASE CONTROL ADVISORY COMMITTEE (VDCAC)

I. TRATAMIENTO DE LA GONORREA:

A. Infecciones no complicadas en el hombre y la mujer:

Droga de elección: Penicilina G. Procaína Acuosa - 4,800,000 U/IM dividida en dos dosis e inyectada en sitios diferentes durante la misma visita, junto con un gramo de Probanecida por vía oral antes aplicar la inyección.

Régimen alteranantes:

- a. Pacientes en quienes se prefiere la terapia oral: Ampicilina 3.5 gramos por vía oral, junto con un gramo de Probenecida por vía oral.
- b. Pacientes alérgicos a la Penicilina o Probenecida: Hidrocloruro de Tetraciclina 1.5 gramos iniciales por vía oral seguidos de 0.5 gramos por vía oral 4 veces al día durante 4 días.
- c. En pacientes en quienes se conoce o sospecha infección por *Neisseria Gonorrhoeae* resistentes a la Penicilina.
 1. Doxiciclina 300 mg. iniciales por vía oral seguidos de 100 mg por vía oral cada 12 horas, durante 4 días.
 2. Hidrocloruro de Espectinomicina 2 gramos IM una dosis.

NOTA:

1. Los hombres y las mujeres que han tenido relación sexual reciente con una persona que se sabe tiene gonorrea, deberán recibir igualmente tratamiento. (7, 9, 11)
2. Para el control posterior se obtendrán cultivos de la uretra de los hombres, después de 7 días de completado el tratamiento y del cérvix y año de las mujeres, de 7 a 14 días después de completado el tratamiento. (9, 11)
- B. Uretritis post-gonocócicas: Tetraciclina 0.5 gramos 4 veces al día, por vía oral, por lo menos durante 7 días.

C. Uretritis faríngeas:

Las infecciones gonococicas de la faringe, pueden ser más difíciles de tratar que la gonorrea anogenital. Los cultivos post-tratamiento son esenciales para seguimiento de las infecciones de la faringe. Los pacientes cuya infección no ha sido erradicada después del tratamiento con penicilina, pueden ser tratados con Tetraciclina en el esquema de dosificación descrito antes.

D. Tratamiento de la gonorrea no complicada en pacientes embarazadas:

1. Para mujeres que no son alérgicas a la Penicilina: Usese el régimen de Penicilina G. Procainica Acuosa más Probenecid, como se indicó anteriormente.
2. Para pacientes embarazadas que son alérgicas a la Penicilina: Eritromicina 1.5 gramos por vía oral

iniciales, seguido 0.5 gramos 4 veces al día durante 4 días.

E. Tratamiento de las infecciones gonocócicas complicadas:

El tratamiento de estas complicaciones deberá realizarse en hospitales generales.

1. La penicilina G. Cristalina Acuosa en dosis de 20 millones de unidades IV cada día, hasta que haya ocurrido una mejoría clara, seguida por 500 mg. de Ampicilina por vía oral 4 veces al día hasta completar 10 días de tratamiento.
2. El Hidrocloruro de Tetraciclina 500 mg. IV 4 veces al día hasta que la mejoría, seguidos por 500 mg por vía oral 4 veces al día hasta completar 10 días de tratamiento (No debe ser usado para mujeres embarazadas).

F. Tratamiento de la infección gonocócica diseminada:

1. Penicilina G. Cristalina Acuosa, 10 millones de unidades IV por día, por un espacio de 3 días seguidos con Ampicilina 500 mg por vía oral 4 veces al día hasta completar 7 días de tratamiento.
2. Ampicilina 3.5 gm. por vía oral, junto con 1 gramo de Probenecid, seguido con Ampicilina 500 mg por vía oral 4 veces al día por 7 días.
3. Tetraciclina 1.5 gm por vía oral iniciales y seguido por 500 mg 4 veces al día oralmente por 7 días.

G. Tratamiento de la infección gonocócica en niños:

1. La oftalmia gonocócica debe ser tratada con hospitalización y con tratamiento de:

Penicilina G. Cristalina Acuosa 50,000 a 100,000 U/kg de peso/día en 2 dosis por 7 días, más irrigaciones salina e instilaciones de gotas oculares de Penicilina, Tetraciclina o Cloranfenicol.

2. La Uretritis y vulvovaginitis no complicadas, no necesitan hospitalización y se tratarán con Penicilina G. Procaina Acuosa, a las dosis de 50,000 a 100,000 UI/kg de peso IM. en una sola visita, acompañada de 25 mg de Prebenecid por kg de peso, por vía oral.
3. Infecciones complicadas: La Artritis y la Septicemias deben ser tratadas mediante la hospitalización y con Penicilina G. Cristalina Acuosa 50,000 a 100,000 UI/kg de peso por día IV. en 4 dosis o Penicilina G. Procaina 50,000 a 100,000 UI/kg de peso/día en dos dosis por 7 días. La meningitis debe ser tratada con Penicilina G. Crisfalina Acuosa 100,000 UI/kg de peso/día dividido en dos o tres dosis intravenosas por 10 días.

RECOMENDACIONES:

1. Aunque la Penicilina de larga acción (tales como la Penicilina G. Benzatínica) son efectivas en el tratamiento de la sífilis, ella NO tienen lugar en el tratamiento de la gonorrea. (7, 9, 11)

2. Todo paciente que haya presentado una gonorrea, debe tener un examen serológico para sífilis (VDRL), a las 3 semanas de haber iniciado su blenorragia. (7, 12)
3. Pacientes con gonorrea que también tengan al mismo tiempo sífilis, deben recibir un tratamiento adicional apropiado para el estudio de su sífilis. (7, 12)

II. SIFILIS:

A. SIFILIS PRIMARIA, SECUNDARIA Y LATENTE DE MENOS DE 1 AÑO:

- a. Penicilina G. Benzatínica, 2,400,000 U/IM en sola dosis.
- b. Penicilina G. Procainica, 600,000 U/IM cada día por 8 días.
- c. Pacientes alérgicos a la penicilina:

1. Clohidrato de Tetraciclina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 15 días.
2. Eritromicina, 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 15 días.

B. SIFILIS LATENTE DE MAS DE UN AÑO DE DURACIÓN O SIN DETERMINAR:
(tardía benigna; cardiovascular; neurosifilis).

- a. Penicilina G. Benzatínica, 2,400,000 U/IM cada 8

días por 3 dosis.

- b. Penicilina G. Procaina, 600,000 U/IM cada día por 15 días.

c. Pacientes alérgicos a la penicilina:

1. Clorhidrato de Tetraciclina, 500 mg 4 veces al día, por vía oral, durante un mes.
2. Eritromicina, 500 mg 4 veces al día, por vía oral, durante un mes.

Para el tratamiento de la neurosífilis, se puede internar al paciente para tratarle con Penicilina G. Cristalina, 2 a 4 millones de U/IV cada 4 horas, durante 10 días. Es imperativo el análisis del LCR en pacientes con neurosífilis y se recomienda en quienes la afección, a fin de descartar la presencia de la forma asintomática.

C. Sífilis Congénita

Antes de iniciar tratamiento hay que hacer un examen de líquido cefalorraquídeo LCR.

1. Niños con LCR anormal debe usar:

- a. Penicilina G. Cristalina 50,000 a 100,000 U/kg/ peso/día IM o IV, repartidas en dos dosis durante por lo menos 10 días.
- b. Penicilina G. procaina 50,000 a 100,000 UI/kg/día IM durante por lo menos 10 días.

2. Niños con líquido cefalorraquídeo Normal:

Penicilina G. Benzatimica 50,000 UI/kg vía intramuscular en una sola dosis.

3. En niños con problemas de hipersensibilidad a las penicilinas utilizar Eritromicina a razón de 40 a 60 mgr./kg peso día vía oral o IM.

Control y Segundo Tratamiento:

Es imperativo el control con pruebas serológicas cuantitativas en todo paciente con sífilis temprana o congénita, a los tres, seis y doce meses de terminada la terapia. Los pacientes con neurosífilis se controlan por lo menos durante 3 años con pruebas serológicas, evaluación clínica cada 6 meses y exámenes repetidos del LCR, especialmente si no se empleó penicilina.

III. Esquema de Tratamiento de CHANCROIDE. (Chancro Ducrey).

Las drogas de elección son:

1. Sulfisoxasol 1 gramo cada 6 horas por vía oral por 2 o 3 semanas.
2. Tetraciclina 250 mg. cada 8 horas durante 2 ó 3 semanas.
3. Kanamicina 500 mg. cada 8 horas durante 5 ó 7 días.
4. Estreptomicina 500 mg 2 veces al día durante 5 a 7 días.

NOTA: No se recomienda el uso de antibiótico tópico ni tetraciclina sistémico hasta no descartar una infección sifilítica.
(7)

Para aliviar el dolor local se recomienda la aplicación de compresas húmedas con solución salina isotómica o de Boro tres veces al día.

VI. Uretritis no Gocócica.

Drogas de Elección:

Son eficaces la tetraciclina o eritromicina en dosis de 2 gramos durante 7 a 20 días por vía oral. Se recomienda la terapia prolongada; como medidas generales también se recomienda la ingestión de grandes cantidades de agua, restricción de sodio y abstención de comidas irritantes y actividad sexual.

VII. Tricomoniasis.

El Tratamiento de elección es:

Metronidazol 250 mgr. tres veces al día durante 10 días o Fasigyn 500 mgr. (4 tabletas dosis única). Nota: Prohibir la ingesta de alcohol y dar tratamiento a la pareja.

VIII. Candidiasis

El tratamiento de elección es la nistatina en supositorios u óvulos vaginales uno diario por dos semanas.

IX. Condiloma Acuminata o Verrugas Genitales:

El Tratamiento se emplea la solución de podofilina al 20 o 25% en alcohol o tintura de benjuí. Cuando las lesiones son muy grandes se requieren excisión quirúrgica. El condiloma acuminado en la mujer tiene la tendencia a crecer durante el embarazo y aunque con frecuencia disminuye o desaparece después del parto, no debe postergarse el tratamiento. Nota: En embarazadas debe tenerse en cuenta y el riesgo a tratar los condilomas acuminados, especialmente si son grandes lesiones y muy vascularizadas ya que la absorción de la resina de podofilina dentro de la circulación materna puede dar efectos indeseables en ambos (Madre e Hijo).

X. Escabiosis y Pediculosis:

En el tratamiento es fundamental tratar a todos los miembros de la familia y eliminar cualquier fuente de infestación. Las drogas de Elección son:

1. Hexacloruro de Benzeno al 1% aplicando después de un baño con agua caliente y jabón en abundancia, cubriendo cuidadosamente toda la superficie corporal excepto la cara y el cuero cabelludo; el medicamento se deja actuar durante 24 horas, al cabo de las cuales hay que tomar otro baño cambiar las ropas de uso personal y cama y lavarlos con agua caliente 1 semana después se repite el procedimiento.
2. Crotamitón: Posee mayor acción antipruriginosa y es el medicamento preferido en los niños; para el crotamitón se requiere una nueva aplicación después

de l segundo baño, y repetición del procedimiento al cabo de 5 ó 7 días.

3. Benzoato de Bencilo y el azufre se aplican en días alternos o durante tres días seguidos después del baño.

Nota: Se emplean las mismas drogas para tratar el pediculosis; el hexacloruro de benzeno se aplica en todas las áreas velludas y deja obrar durante 24 horas el crotamitón se emplea de igual forma dejándolo actuar durante 48 horas de ser necesario puede repetirse el tratamiento a los 7 días, la reinfección se previene lavando todas las ropas con agua caliente.

CONCLUSIONES

1. De las 2,000 prostitutas que actualmente ejercen la profesión en Puerto Barrios, solamente el 10% (205) de ellas se encuentran registradas en los Centros Asistenciales.
2. En orden de frecuencia de nacionalidad de las prostitutas que se encuentran registradas, están en primer lugar Guatemaltecas, luego siguen Salvadoreñas, Hondureñas y Costarricenses.
3. De todas las enfermedades venéreas, la Gonorrea fué la que con mayor incidencia se observó (61.82%). La Sífilis ocupó el segundo lugar en frecuencia (17.14%).
4. De un grupo de neonatos tomados al azar ($n=210$), el 7.14% (15 R.N.) presentaron VDRL y ABS-FTA reactivos, dentro ellos 13 R.N. presentaron LCR positivo por Sífilis.
5. Con respecto a la Sífilis en ninguno de los centros asistenciales estudiados se hace diagnóstico de la etapa en que se encuentra dicha enfermedad, por lo que el tratamiento establecido es el mismo independiente del estado en que se encuentra.
6. La edad más afectada fué de 15-35 años, también se presentó un R.N. con vulvovaginitis.
7. El sexo que con mayor frecuencia acudió a los centros asistenciales, fue el sexo femenino (86.75%).
8. El inadecuado control sobre la prostitución en Puerto Barrios fomenta la transmisión de las enfermedades venéreas.

RECOMENDACIONES

1. Hacer un llamado a las autoridades de Salud Pública para enfatizar un control más estricto para reforzar la lucha contra las enfermedades venéreas.
2. Hacer notar la importancia de la colaboración de los médicos particulares y todas aquellas personas relacionadas para reportar todos los casos de enfermedad venérea.
3. Estandarizar y poner en práctica los medios diagnósticos y terapéuticos para las enfermedades venéreas.
4. Se le debe practicar examen de VDRL a toda mujer embarazada al inicio, mitad y final de su embarazo.
5. A todo recién nacido, con VDRL dudoso se le debe de practicar prueba de ABS-FTA IGM para descartar sífilis congénita.
6. Para confirmar el diagnóstico de infección por N. Gonorrhoeae debe utilizarse el cultivo en medio de Thayer Martín y dejar el frote coloreado por la técnica de Gram como ayuda auxiliar.
7. Antes de iniciar el tratamiento de cualquier enfermedad venérea, debe llegarse a un diagnóstico preciso, ya que algunas de ellas pueden confundirse en sus etapas tempranas, aun mas el tratamiento varía según el estado de la misma enfermedad.
8. Que el estudiante de medicina conozca las diferentes enfermedades venéreas más frecuentes en nuestro medio,

y a la vez conozca un esquema sencillo y práctico de tratamiento de las mismas.

9. Aumentar al personal médico y paramédico en los centros asistenciales para una mejor atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. JUAREZ F. ENRIQUE

Revisión de las acciones para la erradicación de enfermedades transmisibles". 1977. Tesis de graduación de Médico y Cirujano.

2. LOPEZ R. TERSICIO

"Papilomatosis Vulvar, su incidencia y Tx. en Hospital Roosevelt" 1977. Tesis de graduación de Médico y Cirujano.

3. CARRILLO M. ALFREDO

"Enfermedad Venérea como problema social en Guatemala" 1966. Tesis de graduación de Médico y Cirujano.

4. SCHIMID G. ERVIN

"Uretritis Gonorroica su Tx. Dexiclina" 1977. Tesis de graduación de Médico y Cirujano.

5. BOLAÑOS V. RAMIRO

"Efectividad de dosis única de Penicilina para erradicar NEISSEERIA GONORRHEAE de portadores resistentes en Puerto Barrios" 1978. Tesis de Graduación de Médico y Cirujano.

6. PELAEZ C. IRMA E.

"Sífilis congénita" 1978. Tesis de graduación de Mé

dico y Cirujano.

7. TRIBUNA MEDICA

"Conceptos actuales sobre venereología" Nov. 1979.

8. ESQUEMAS DE TRATAMIENTO PARA LA GONORREA = RECOMENDADOS POR EL CDC (1,974).

"Manejo de los niños nacidos de madres con infecciones gonocóccicas"

9. C. D. C.

Recommended Treatment Schedules, 1974. Publicación 97-796 del U. S. Department of Health, Education and Welfare.

10. A. H. FINGER

"Spectinomycin in the treatment of Gonorrhea in females and males". British Journal of Venereal Diseases. February 1, 1975. Vol 51, No. 1.

11. NICHOLAS J. FIUMARA

"The Diagnosis and Treatment of Gonorrhea". Symposium on Venereal Diseases. The Medical Clinics of North America. September, 1, 1972.

12. R. FREDERICH SPARKLING

"Diagnosis and treatment of Syphilis". New England Journal of Medicine, Vol 284, 12 March 1, 1971.

13. "Chancroid Donovano sis and Lymphogranuloma Venereum". U.S. Departament of Health, Education and Welfare. Public. Health Service, 1, 1975.

14. C.B.S. SCHOFIELD

"Sexually Transmitted Diseases". Churchill Limington - Edinburg and London, 1972.

15. HARVED, M. M. TOVEEL Y LEONARD D. DAUK

"Venereal Disease in Obstetrics and Gynecology". Medical Departament Harper & Ron Publisher. Hagerstown. Maryland, 1975.

16. "Venereal Warts". Reprint of the U. S. Departament of Health Education and Welfare, from Medical aspects of Human Sexuality. June, 1, 1972.

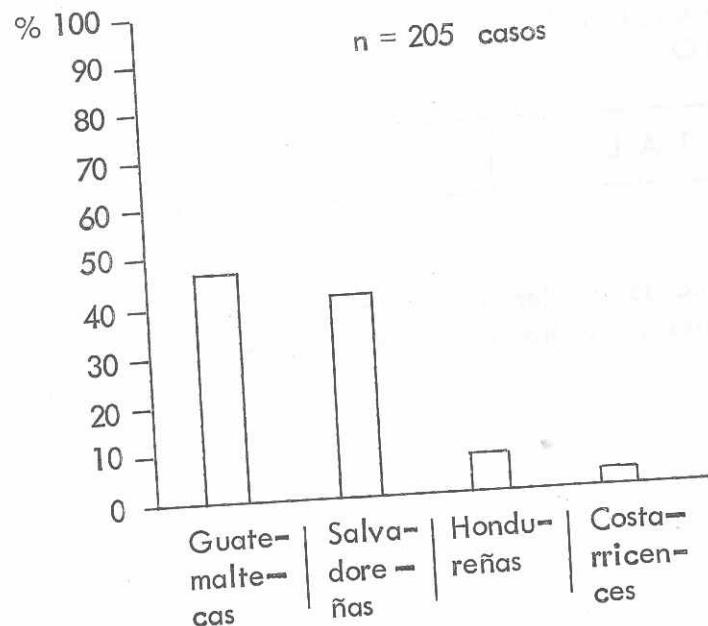
17. Mc. KRACKEN I. and KAPLAN, I. M.

"Penicillin Treatment for Congenital Syphilis. A Critical Reappraisal". J. A. M. A. Vol. 228, No. 7, May 13, 1974.

NACIONALIDAD DE LAS PROSTITUTAS QUE ESTAN REGISTRADAS EN EL CENTRO DE SALUD *

NACIONALIDAD	NUMERO	%
GUATEMALTECA	98	47.81
SALVADOREÑA	89	43.41
HONDUREÑA	17	8.29
COSTARRICENSE	1	0.49
TOTAL	205	100.00

CUADRO No. 1



NACIONALIDAD
* Jefatura de Area del Depto. de Izabal. Censo de 1979.

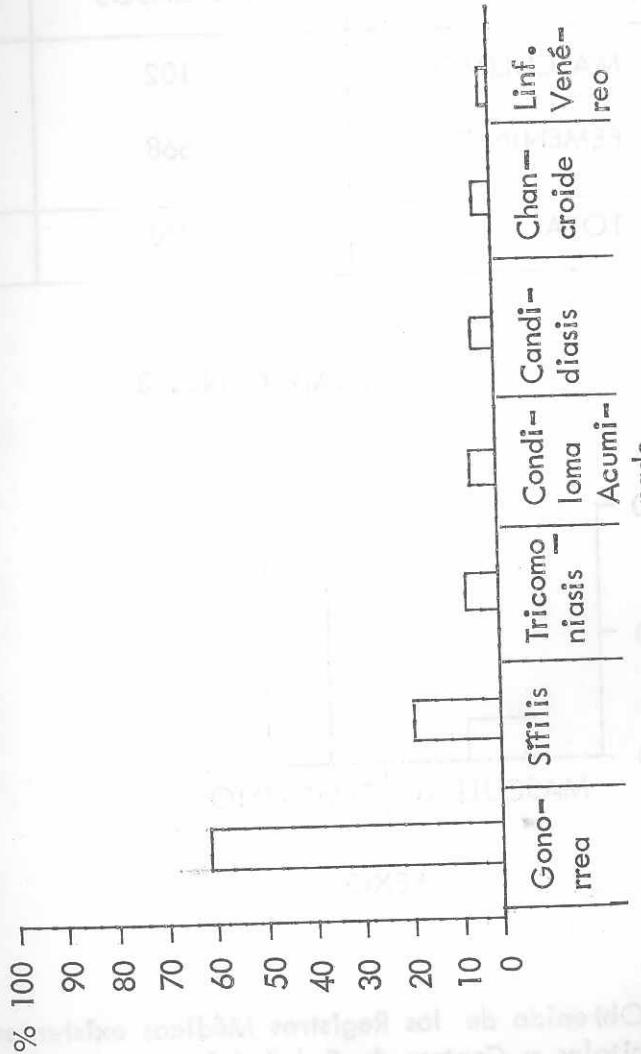
INCIDENCIA DE LAS ENFERMEDADES VENEREAS *

ENFERMEDAD	No. CASOS	%
GONORREA	476	61.82
SIFILIS	132	17.14
TRICOMONIASIS	68	8.83
CONDILOMA ACUMINADO	46	5.97
CANDIDIASIS	30	3.90
CHANCROIDE	14	1.82
LINFOGRANULOMA VENEREO	4	0.52
TOTAL	770	100.00

* Obtenido de los Registros Médicos encontrados en los Hospitales y Centros de Salud del Departamento de Izabal.

CUADRO 2

n = 770 casos

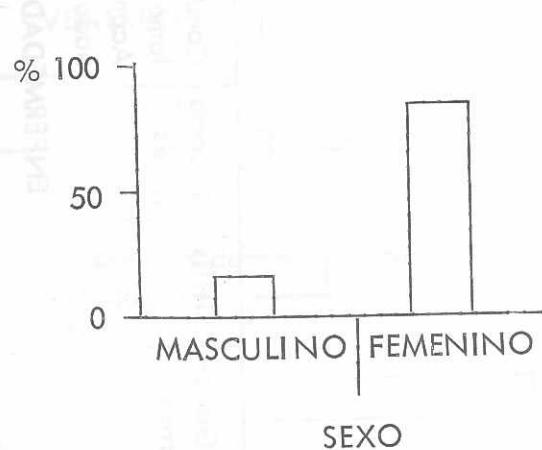


ENFERMEDAD VENEREA

SEXO DE LOS ENFERMOS *

SEXO	No. CASOS	%
MASCULINO	102	13.25
FEMENINO	668	86.75
TOTAL	770	100.00

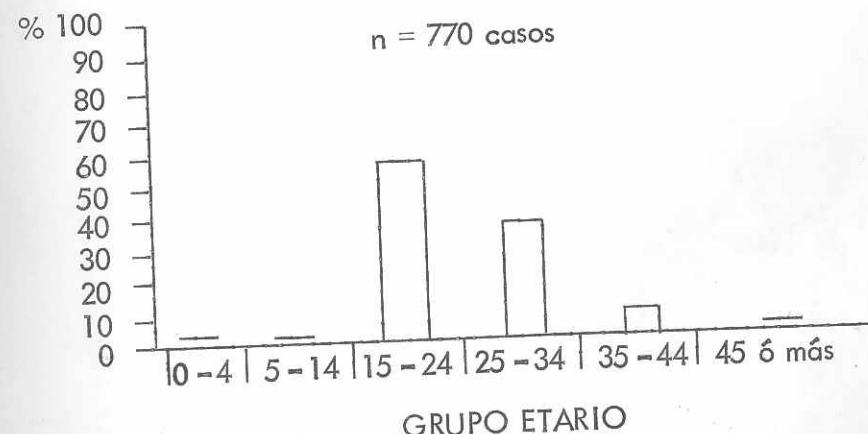
CUADRO No. 3



EDAD DE LOS ENFERMOS *

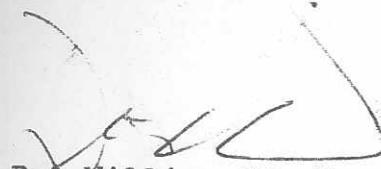
EDAD	No. CASOS	%
0 - 4 años	22	2.86
5 - 14 años	1	0.13
15 - 24 años	430	55.84
25 - 34 años	274	35.58
35 - 44 años	32	4.16
más que 45 años	11	1.43
TOTAL	770	100.00

CUADRO No. 4



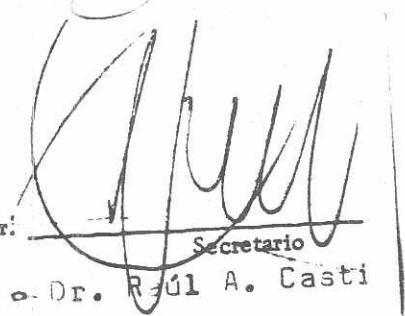
* Obtenido de los Registros Médicos existentes en los Hospitales y Centros de Salud del Departamento de Izabal.

* Obtenido de los Registros Médicos existentes en los Centros de Salud y Hospitales del Departamento de Izabal.


Br. William Chu Hu


Dr. José Gustavo de Leon A
ASESOR


Dr. Otto R. Velasquez R.
REVISOR


Dr.
Secretario
o. Dr. Regal A. Castillo
Vo. Bo.


Dr.
Director de Fase III
Dr. Héctor Nuila E.


Dr.
Decano.
Dr. Rolando Castillo M.