

---

## **Programa de Enseñanza Venereológica a nivel de Pre-grado**

---

Dr.: Cornelio Arévalo M. (\*)

### *RESUMEN*

*El contenido de esta memoria es dividido en tres (3) partes íntimamente relacionadas dentro de una línea de razonamiento y un orden expositivo que pretende demostrar claramente la existencia de un contraste manifiesto entre el tamaño de los riesgos y exigencias que en la actualidad generan las ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL y el estado precario de la enseñanza sobre la materia que imparten las Escuelas de Medicina, para luego proponer una solución educativa que le da al problema su verdadera importancia y lo trata en su totalidad.*

---

### **I. INTRODUCCION**

Hacia el final de los años 50 comienza en muchos países un repunte en la incidencia de la sífilis temprana y la blenorragia que continúa hasta el presente de manera progresiva y a un grado alarmante.

Si se considera que los datos registrados representan solamente una fracción del problema total y ya señalan un nivel preocupante, la verdadera magnitud de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) las coloca entre los daños más importantes que confronta la salud pública en la actualidad.

### **II. DEFINICION DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL**

En la mayoría de los países, incluyendo el nuestro, la definición legal de enfermedades venéreas (EV) comprende a la sífilis, blenorragia, chancro blando, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal.

---

(\*) Memoria escrita para optar a la categoría de PROFESOR ASISTENTE en la Cátedra de Dermatología y Sifilografía, Escuela de Medicina "Luis Razetti", Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela.

El chancro blando, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal son colocados juntos bajo la denominación de enfermedades venéreas menores para subrayar su frecuencia mucho menor a la que exhiben la sífilis y la gonorrea.

Hoy se sabe que un grupo más numeroso de enfermedades infecciosas, se adquieren y propagan a través de las relaciones sexuales. De allí que el título descriptivo ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL ha venido desplazando a la denominación clásica de enfermedades venéreas en la designación de esas patologías que son causadas por microorganismos específicos de diferentes clases y tienen como característica común la misma forma de contagio.

Por ahora se incluyen en el grupo las enfermedades que se especifica a continuación:

- 1) Sífilis
- 2) Gonorrea
- 3) Chancro blando
- 4) Linfogranuloma venéreo
- 5) Granuloma inguinal
- 6) Uretritis no gonocócica
- 7) Herpes genital
- 8) Condiloma acuminado
- 9) Molusco contagioso
- 10) Tricomoniasis
- 11) Candidiasis genital
- 12) Tiña cruris
- 13) Escabiosis
- 14) Pediculosis pubis

Además de los agentes causales de las enfermedades arriba enunciadas, existen otros microorganismos de patogenicidad comprobada o sospechosa que también se transmiten por contacto sexual, ellos son: el **Hemophilus vaginalis**, **Streptococcus B**, mycoplasmas, cytomegalovirus, el virus de la hepatitis B; y ocasionalmente protozoarios, como la **E. histolytica** y helmintos, con el **Enterobius vermicularis**, pueden transmitirse de igual manera.

Durante los últimos 13 años las infecciones entéricas han extendido diversificado la lista de ETS en HOMOSEXUALES. Por el interjuego de los aparatos genito-urinario y gastrointestinal durante la práctica sexual entre homosexuales cualquier infección entérica puede ser transmitida si ocurre contacto fecal-oral.

Las infecciones entéricas transmitidas sexualmente incluyen: amibiasis, giardiasis, shigellosis, salmonellosis, enteritis por campylobacter, hepatitis A y enterobiasis.

En los últimos 10 años se ha registrado una frecuencia explosiva de amibiasis y giardiasis en homosexuales.

La prevalencia de HBsAg entre homosexuales es mayor del 5 %, y en ellos se ha reportado una tasa de ataque anual mayor del 15 %. Del mismo modo es alta la prevalencia de infección por citomegalovirus bien asintomática o recordando el cuadro clínico de la monónucleosis infecciosa o cualquier otra virosis. De hecho un número apreciable de hepatitis no A no B son causadas por citomegalovirus. Recientemente se ha destacado la asociación de infección con citomegalovirus y neumonía por *Pneumocystis carinii*. El sarcoma de kaposi, una neoplasia poco frecuente en Norteamérica, se ha venido registrando con una ocurrencia alarmante entre homosexuales. De nuevo ha sido sugerido una asociación con citomegalovirus.

La mayor incidencia de las ETS en HOMOSEXUALES se debe, entre otros, a los siguientes factores:

1. Intensa actividad sexual que el grupo desarrolla.
2. Relaciones sexuales anónimas. **PROMISCUIDAD**
3. Interacción de los aparatos genito-urinario y gastro-intestinal durante la práctica sexual.
4. Alta prevalencia de infecciones asintomáticas en el grupo.

### III. FACTORES DETERMINANTES DEL INCREMENTO

La recrudescencia contemporánea y casi universal de las ETS ocurre en medio de una situación paradójica: por una parte se dispone de mejores técnicas para el diagnóstico y de recursos terapéuticos de acción rápida y efectiva y de fácil administración; pero por la otra, la sociedad actual recibe el impacto de factores ambientales que cada día inciden con mayor fuerza. Hay más y mejores medios de transporte que facilitan los viajes por motivos diversos. Incremento de la industrialización con la consiguiente atracción de población. Acelerado proceso de urbanización. Crecimiento demográfico a consecuencia de alta natalidad, baja de mortalidad y mayor esperanza de vida. El temor a sufrir la enfermedad se ha reducido y los embarazos no deseados se pueden evitar. Hay una permanente e intensa promoción del sexo a través de los diferentes medios de comunicación social.

Todos esos factores que en menor o mayor grado concurren en los distintos países, conducen a una práctica sexual desinhibida en condiciones muy favorables para adquirir y propagar las EV.

En Venezuela algunos de los factores citados alcanzan una dimensión considerable y se dan otros adicionales que complican aún más el problema.

El crecimiento demográfico ocurrido en Venezuela durante el lapso 1941-1971, ha sido espectacular y uno de los más altos en la historia de la humanidad: 30.7% en la década del 40; 49.4% en el siguiente decenio y 42.5% en los años 60. El incremento poblacional global durante el período fue de 178.4%, en cifras absolutas 'de 3.850.771 habitantes en 1941 subió a 10.721.522 en 1971.

Con los mismos términos puede calificarse el acelerado proceso de urbanización ocurrido en el país a consecuencia de la ya mencionada expansión demográfica junto con las corrientes migratorias tanto internas como provenientes del exterior.

El 10° Censo de 1971, arroja la siguiente información: el 79.4% de la población venezolana es urbana y el 21.6% rural. El 65.5% de los venezolanos vive en localidades de 10.000 o más habitantes.

La proporción de extranjeros residente en el país para el año del censo era 5.6%, 30% de la cual (179.357 personas), constituida por colombianos. A la última cantidad habría que agregarle los extranjeros indocumentados que no son censados y que para ese año se estimó entre 100.000 y 200.000.

Esa gran afluencia de personas hacia las grandes ciudades va a establecerse en forma hacinada y promiscua en los cinturones periurbanos conformando grupos de alta susceptibilidad y focos de propagación de las EV.

La automedicación a gran escala que se da en el país, y que, entre tantos males que genera, dificulta el diagnóstico etiológico de la infección impidiendo así el inicio inmediato de acciones epidemiológicas necesarias para el control. Este factor adverso magnifica en alto grado las contrariedades y debe ser afrontado con las medidas adecuadas.

#### **IV. MAGNITUD DEL PROBLEMA VENEREO EN VENEZUELA**

Siempre ha sido una tarea imposible conocer la verdadera incidencia y prevalencia de las EV, debido no sólo al peculiar modo de transmisión que ge-

nera reservas en los pacientes, sino también a otros factores que interfieren negativamente con el diagnóstico oportuno y registro de la enfermedad, como son por ejemplo: el largo período de incubación de la sífilis, las dificultades para el diagnóstico de la gonorrea en la mujer, la tendencia de los pacientes a automedicarse, y finalmente un sistema de registro con fallas en su cobertura y deficiencias internas en relación a su validez y confiabilidad.

Las estadísticas que se presentan y analizan en esta memoria, fueron tomadas del Departamento de Venereología del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, oficina central que recibe y procesa los datos provenientes de todos los servicios antivenéreos del país.

El informe mensual de actividades de los servicios antivenéreos, trae la información relativa a los casos de sífilis, gonorrea, chancro blando, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal y uretritis no gonocócica, diagnosticados en el mes. Los casos de sífilis son desglosados por formas clínicas y a cada paciente se le llena una tarjeta de notificación, en la cual se consignan los datos de interés demográficos, epidemiológicos y clínicos del caso. Dichas tarjetas son anexadas al informe mensual.

Los casos de gonorrea, EV menores y de uretritis no gonocócica (UNG) son discriminados en 2 categorías: casos en menores y casos en mayores de 20 años de edad. No se exige información alguna respecto a las otras ETS.

El sistema de registro adolece de fallas en su cobertura y en la confiabilidad y validez de los procedimientos usados para el diagnóstico, y no comprende a todas las ETS. Pero a pesar de esas deficiencias, las cifras disponibles pueden considerarse como un reflejo bastante aproximado de la ocurrencia de las EV en aquellos grupos de población que son asistidos por la red de servicios antivenéreos, y si las fallas se han mantenido constantes en el transcurso de los años, la tendencia delineada es valedera.

## **SIFILIS**

En el cuadro 1 y el gráfico 1 se presentan las tasas por 100.000 habitantes y el número de casos de sífilis registrados en los servicios antivenéreos del país en el lapso 1951-1979, discriminados por sus formas clínicas más importantes.

CUADRO ISIFILIS RECIENTE, TARDIA, CONGENITA Y TODAS FORMAS TASAS POR  
100.000 HABITANTES, VENEZUELA 1951-1979.

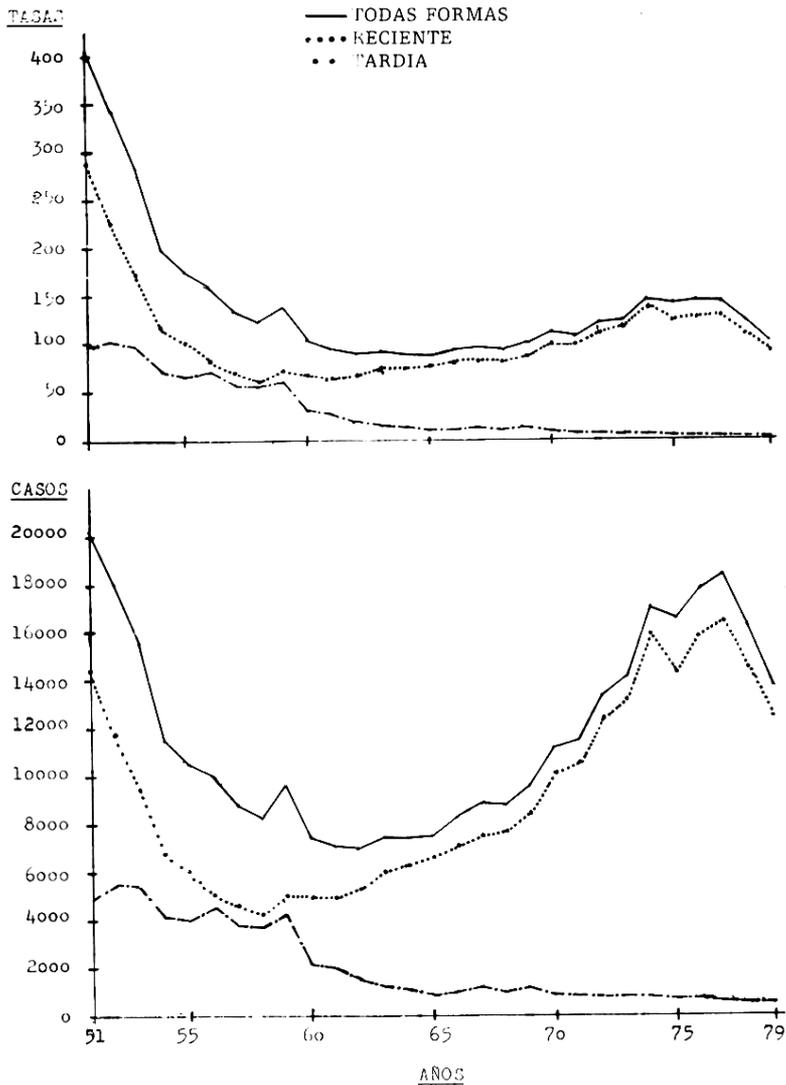
Años	FORMAS CLINICAS				Tasas
	Reciente	Tardía	Congénita	Todas formas	
1951	14.450	4.970	803	20.223	401.6
1952	11.862	5.483	736	18.081	342.2
1953	9.558	5.400	637	15.595	282.0
1954	6.867	4.196	465	11.528	199.4
1955	6.114	4.008	416	10.538	174.7
1956	5.134	4.512	412	10.058	160.2
1957	4.613	3.801	350	8.764	134.2
1958	4.281	3.755	259	8.295	122.4
1959	5.041	4.197	285	9.623	137.0
1960	4.988	2.242	304	7.534	103.5
1961	4.953	2.013	165	7.131	94.8
1962	5.337	1.535	141	7.013	90.2
1963	6.066	1.235	127	7.430	92.6
1964	6.238	1.096	106	7.440	90.0
1965	6.603	867	89	7.559	88.0
1966	7.145	1.039	115	8.299	94.0
1967	7.527	1.236	118	8.881	98.0
1968	7.698	1.009	129	8.836	94.9
1969	8.400	1.209	134	9.743	101.4
1970	10.137	979	155	11.271	112.7
1971	10.540	784	163	11.487	108.3
1972	12.398	817	173	13.388	122.4
1973	13.190	834	152	14.176	125.7
1974	15.971	827	170	16.968	145.9
1975*	14.357	738	205	16.589	143.5
1976	15.800	730	192	17.868	144.6
1977	16.437	589	241	18.414	144.6
1978	14.496	514	203	16.353	124.6
1979	12.474	507	231	13.872	102.6

Fuente: Departamento de Venereología, M.S.A.

## GRAFICO I

**SIFILIS:** RECIENTE, TARDIA Y TODAS FORMAS. CASOS REGISTRADOS Y TASAS POR 100.000 HABITANTES. VENEZUELA 1951-79.

FUENTE: DEPARTAMENTO DE VENEREOLOGIA. M.S.A.S.



En el gráfico puede apreciarse más claramente los cambios de frecuencia y de tendencia manifestados por la enfermedad en el período estudiado.

La tasa de morbilidad por todas las formas de sífilis disminuyó de manera constante y notoria entre 1951 y 1962: de 401.6 en 1951 a 90.0 en 1962, lo que equivale a una reducción del 77.5%. En el trienio siguiente, muestra oscilaciones muy discretas, para acusar en 1966 un importante incremento que continúa progresivamente hasta 1977. De 88 en 1965, la tasa sube a 144.6 en 1977, lo que representa un ascenso porcentual de 64.3%.

En los dos (2) últimos años de la serie 1978-1979 se observa una disminución apreciable e inesperada, tanto del número de casos como de las tasas. Las causas de este descenso son difíciles de establecer, pero entre otras se debe considerar la posibilidad de fallas en cualquiera de los tantos pasos que sigue la información dentro del sistema de registro y notificación, y de fuga de pacientes hacia sectores asistenciales formales o informales no incorporados al sistema.

El gráfico ilustra también la caída brusca de las formas recientes de la infección durante el período comprendido entre 1951 y 1958. De 14.450 casos en 1951 (una tasa de 287) bajó a 4.281 en 1958 (63.2 por 100.000 hab.), lo que en términos relativos equivale a un descenso del 78% en la tasa de morbilidad. En 1959 comienza una reactivación de la incidencia de las formas tempranas de la enfermedad que continúa en forma constante pero discreta hasta 1965, y a una progresión alarmante desde 1966 hasta 1977. De 63.2 en 1958, la tasa subió a 76.8 en 1965 (ascenso de 21.5%), y a 129 en 1977 (68% de incremento).

La frecuencia de las formas tardías de la sífilis disminuyó discretamente en el lapso 1951-1958, y en forma más acentuada durante los siguientes 7 años, manteniendo desde 1966 un nivel de registro bajo y estacionario. De 98.7 en 1951, la tasa bajó a 55.4 en 1958 -descenso de 43.8%- , y luego a 10 en 1965 -caída de 81.9%-

Con el fin de facilitar la descripción de la enfermedad en función de ciertas características personales de los pacientes, los casos de sífilis registrados en 1975, son discriminados por formas clínicas y grupos etarios en el cuadro 2.

CUADRO II  
CASOS DE SIFILIS POR FORMAS CLÍNICAS  
SEXO Y EDAD  
REGISTRADOS EN LOS SERVICIOS ANTIVENEREOS DEL PAÍS  
VENEZUELA-1975

EDAD	SARS	SARL	SATL	SATS	SC	STF	%
AMBOS SEXOS	4.921	10.739	1.275	70	205	17.210	100
-14a	31	65	-	-	184	280	1.6
15-19	837	1.470	-	-	13	2.327	13.5
23-24	1.757	3.187	46	4	4	4.999	29.0
25-29	1.089	2.586	52	2	1	3.730	21.6
30-34	548	1.331	221	3	2	2.105	12.2
35-39	273	855	212	6	-	1.347	7.8
40-44	172	500	17	5	-	953	4.9
40-y+	214	745	561	50	1	1.570	9.0
%	28.6	62.4	7.4	0.4	1.1	100	-

Fuente: Departamento de Venereología, M.S.A.S.

El análisis de los datos mediante el cálculo de porcentajes, revela que el 84% de los casos son observados en edades comprendidas entre 15 y 39 años, y dentro de estos límites extremos puede establecerse el siguiente orden de frecuencia:

- 1) 20-24 años            29.0%
- 2) 25-29 años           21.6%
- 3) 15-19 años           13.5%
- 4) 30-34 años           12.2%
- 5) 35-39 años           7.8%

En relación a las diferentes formas clínicas de la infección sifilítica es apreciable que la gran proporción -91%- está constituida por las formas recientes, y dentro de ellas las formas sintomáticas -fase primaria y secundaria- representan 28.6%; y las asintomáticas o latentes, 62.4%. La minoría restante está integrada por las formas tardías en un 7.8% y la sífilis congénita 1.1%.

En el año tomado para análisis fueron diagnosticados un total de 17.2 10 casos. A continuación es separado para las diferentes formas clínicas de la infección, el número de casos diagnosticados en cada sexo y la razón de hombre por cada mujer encontrada enferma:

## FORMAS CLINICAS CASOS REGISTRADOS RAZON H:M

	<b>hombre</b>	<b>mujer</b>	
SARS	3.612	1.309	2.7 : 1
SARL	5.060	5.679	0.9 : 1
Sífilis tardía	734	611	1.2 : 1
Sífilis congénita	96	109	0.9 : 1
STF	9.502	7.708	1.2 : 1

SARS: Sífilis adquirida reciente sintomática.

SARL: Sífilis adquirida reciente latente.

STF: Sífilis todas formas.

El predominio de hombres con sífilis reciente sintomática podría ser resultado de varios factores, entre los cuales cabe mencionar los siguientes: mayor facilidad para el diagnóstico en el sexo masculino, transmisión entre hombres homosexuales y el papel importante de la prostitución como foco de propagación.

En la fase reciente latente los diagnósticos en el sexo femenino sobrepasan ligeramente a los efectuados en el hombre, lo que en cierto modo es debido a la contribución de los programas de atención médica para la mujer embarazada que al solicitar la prueba VDRL detectan casos que en condiciones habituales pasarían inadvertidos.

Con respecto a la sífilis congénita, de 15.9 en 1951, la tasa cayó a 1.8 en 1962: un descenso porcentual de 88.7% en el período. A partir de 1962 y hasta el último año de la serie la tasa de sífilis congénita se ha mantenido por debajo de 2 por 100.000 habitantes con muy discretas oscilaciones de un año a otro.

En conclusión el análisis de la serie cronológica de la sífilis demuestra que tanto la caída brusca de la ocurrencia de la sífilis durante los años 50, como la recrudescencia observada en las dos últimas décadas, ha sido principalmente a expensas de las formas clínicas recientes de la infección. Las implicaciones para la comunidad que este hecho plantea son mejor comprendidas si tomamos en cuenta los siguientes postulados epidemiológicos:

- 1) La tasa de sífilis reciente sintomática es el mejor indicador de incidencia, porque muestra la ocurrencia de infecciones recientemente adquiridas, además de representar el potencial de infectividad de la enfermedad en una población determinada.
- 2) La tasa de sífilis precoz latente es un indicador de prevalencia de los casos en el primer período de latencia de la enfermedad que es el resultado de la incidencia en los 2 ó 4 años anteriores. En gran medida esta tasa refleja el fracaso en descubrir los casos en fases sintomáticas más recientes.

## GONORREA

Los casos de gonorrea registrados en los servicios antivenéreos del país y las correspondientes tasas por 100.000 habitantes se presentan en el cuadro 3 y en el gráfico 2.

Las variaciones ocurridas en la incidencia son captadas más fácilmente en el gráfico.

La gonorrea también acusó un descenso, aunque menos marcado que el de la sífilis, durante la década del 50. De 204 en 1951, la tasa bajó a 107.9M en 1960 (una disminución de 47%).

En 1961 comienza un franco incremento que continúa en forma empinada durante la década para alcanzar en 1970 su nivel más alto, que corresponde a una tasa de 342 y traduce un ascenso de 68.4% en el lapso 1960-1970.

La curva de incidencia es horizontal durante el trienio 1971-1973, y a partir de 1974 empieza a descender de manera significativa y progresiva hasta el último año de la serie.

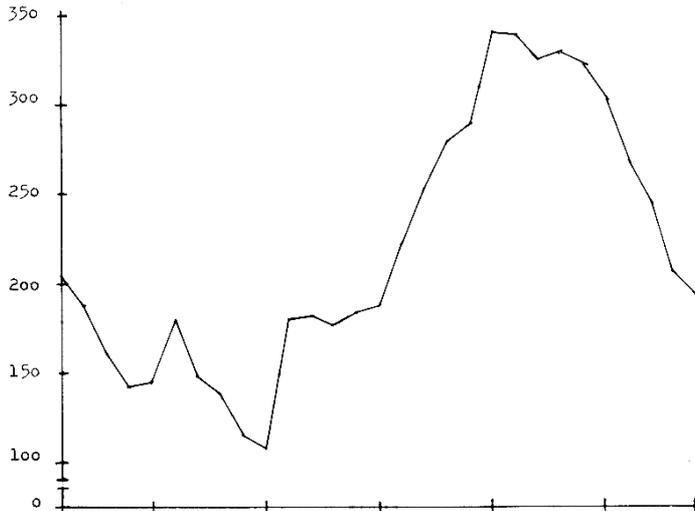
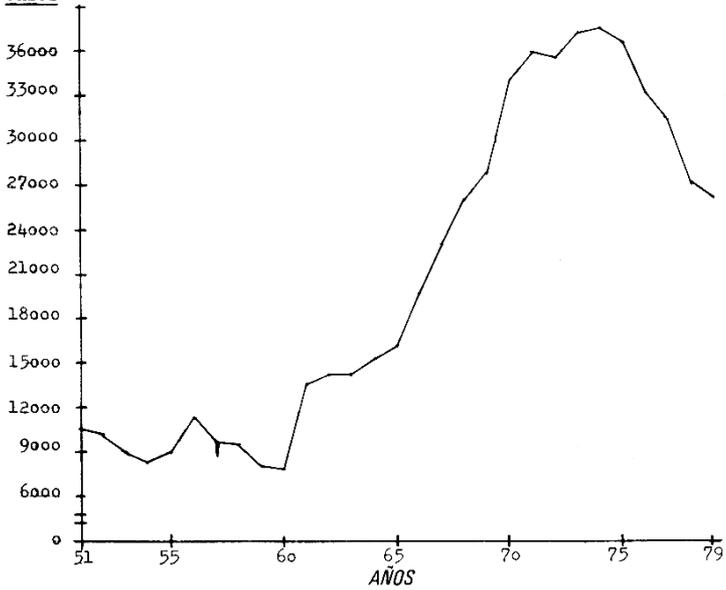
La información que recoge el sistema de registro nacional no permite describir la enfermedad en base a ciertas características personales y de comportamiento individual, lo que es importante para la identificación de grupos con mayor incidencia y factores de riesgo asociados. Sin embargo, las estadísticas que lleva el Centro de Venereología del Hospital Universitario de Caracas, pueden ayudar a formarse una idea general sobre tales aspectos.

Los datos resumidos en el cuadro 4 revelan que la gonorrea exhibe una distribución por grupos de edad muy similar a la sífilis -el 96.1% de los casos son observados entre los 15 y 39 años de edad-, pero la razón de hombre por

CUADRO III  
CASOS DE GONORREA  
TASAS POR 100.000 HABITANTES, VENEZUELA 1951-1979

Años:	No. de casos:	Tasas:
1951	10.568	204.4
1952	10.210	188.3
1953	9.172	161.9
1954	8.453	143.1
1955	8.914	144.9
1956	11.492	179.7
1957	9.884	148.9
1958	9.540	138.7
1959	8.169	114.7
1960	7.949	107.9
1961	13.676	179.7
1962	14.334	182.5
1963	14.375	177.6
1964	15.370	184.4
1965	16.248	189.4
1966	19.726	223.6
1967	23.082	254.6
1968	26.105	280.5
1969	27.976	291.2
1970	34.199	342.0
1971	36.061	339.8
1972	35.711	326.4
1973	37.402	331.6
1974	37.735	324.4
1975	36.730	306.2
1976	33.358	270.0
1977	31.533	247.6
1978	27.314	208.2
1979	26.307	194.6

Fuente: Departamento de Venereología, M.S.A.S.

GRAFICO IIGONORREA: CASOS REGISTRADOS Y TASAS POR 100.000 HABITANTES.TASAS VENEZUELA 1951 - 1979.TASASCASOS

FUENTE: DEPARTAMENTO DE VENEREOLÓGICA, M.S.A.S.

mujer diagnosticada es mucho más desproporcionada -5.8:1- lo que podría ser consecuencia de varios factores, entre los cuales, hay que citar: la mayor dificultad para el diagnóstico en la mujer, fallas del programa de control en cuanto a la búsqueda de contactos y grupos reservorios, fuga de pacientes hacia el sector privado, etc.

#### CUADRO IV

#### CASOS DE GONORREA POR EDAD Y SEXO. PORCENTAJES. CENTRO DE VENEREOLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS OCTUBRE 1979-SEPTIEMBRE 1980

Edad	Sexo		Total	%
	Hombres	Mujeres		
14a. y -	2	3	5	0.8
15 - 19	94	22	116	18.4
20 - 24	210	38	248	39.3
25 - 29	150	22	172	27.2
30 - 34	52	5	57	9.0
35 - 39	12	2	14	2.2
40 - 44	12	1	13	2.0
45 y +	6	-	6	0.9
Total	538	93	631	100.0
%	85.2	14.7	100.0	

Razón hombre: mujer: 538 - 93=5.8

Fuente: Departamento de Venereología, M.S.A.S.

A su vez los datos del cuadro 5, demuestran que las relaciones sexuales indiscriminadas y fortuitas encierran el mayor riesgo de contagio. El 62% de los pacientes con gonorrea refirieron bien a una amiga casual o a una prostituta como fuente de contagio.

#### ENFERMEDADES VENEREAS MENORES

El chancro blando, el linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal, en un tiempo tuvieron una prevalencia mundial importante, pero hoy acusan una incidencia baja que tiende a disminuir, aunque todavía persisten como focos endémicos en algunos países poco desarrollados de África, Asia y Latinoamérica.

En Venezuela, en las últimas dos décadas el registro de estas enfermedades ha sido bajo, con tendencia a hacerse menor a medida que pasan los años.

PROGRAMA DE ENSEÑANZA VENEREOLÓGICA A NIVEL DE PRE-GRADO  
**CUADRO V**

**CASES DE GONORREA POR FUENTE DE CONTAGIO. PORCENTAJES. CENTRO DE VENEREOLÓGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS OCTUBRE 1979-SEPTIEMBRE 1980**

FUENTE DE CONTAGIO	Nº DE CASOS	%
PROSTITUTAS	166	26.3
AMIGA CASUAL	223	35.3
AMIGA ESPORADICA	58	9.2
AMIGA REGULAR	43	6.8
CONCUBINA	46	7.2
ESPOSA	36	5.7
HOMOSEXUAL	18	2.8
NG PRECISADA	39	6.1
OTROS	2	0.3
TOTAL	631	100.0

Fuente: Departamento de Venereología, M.S.A.S.

**OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL**

En el país no se lleva un registro sistemático de estas enfermedades, desconociéndose por ello la magnitud del problema de salud que ellas plantean.

Las estadísticas del Centro de Venereología del Hospital Universitario de Caracas, que se resumen más abajo, sirven para discutir la frecuencia relativa de las diferentes ETS atendidas en dicho centro, y aunque constituyen una muestra seleccionada pueden ser utilizadas en futuros estudios, como punto de referencia y base de comparación y para el cálculo de consumo de recursos por enfermedad atendida.

**ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL**

Casos atendidos en el Centro de Venereología del Hospital Universitario de Caracas, en el año comprendido entre Octubre de 1979 y Septiembre de 1980. Razón de casos de gonorrea por cada una de las otras ETS.

<b>Enfermedades de transmisión sexual</b>	<b>N° Casos</b>	<b>Razón Gonorrea: ETS</b>
1) Gonorrea	721	1.0:1
2) Uretritis no gonocócica	298	2.4:1
3) Sífilis todas formas	266	2.7:1
4) Condiloma acuminado	167	4.3:1
5) Tricomoniasis vaginal	84	1.11 (en mujer)
6) Candidiasis genital	72	10.11
7) Herpes genital	45	16.0:1
8) Tiña cruris	30	24.0:1
9) Escabiosis	26	27.7:1
10) Chancro blando	10	72.1:1
11) Pediculosis pubis	10	72.11
12) Linfogramuloma venéreo	8	90.0:1
13) Molusco contagioso	5	144.0:1
14) Granuloma inguinal	3	240.0:1

## **V. TRASCENDENCIA DE LOS DAÑOS CAUSADOS POR LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL**

La trascendencia de un estado morbooso puede medirse principalmente por el sufrimiento humano y pérdidas de vida que ocasiona y en lo demás por la cuantía de los gastos directos, indirectos y sociales que acarrea a la persona o al estado.

Lamentablemente, no hay datos disponibles en el país sobre algunos de los particulares señalados por lo que al referirnos a ellos en las próximas líneas nos limitaremos a repetir brevemente lo consabido y a citar una que otra cifra del extranjero.

Como es reducido el número de muertes causadas por las ETS, su trascendencia habría que medirla en función de los otros parámetros arriba especificados.

Es bien conocida la historia natural y las diversas lesiones tisulares que en sus estadios evolutivos produce la infección sifilítica. Estructuras vitales del cuerpo pueden ser atacadas provocando en el paciente sufrimiento de expresión e intensidad variable, incapacidad para el trabajo y la vida en sociedad, y finalmente contribuyendo a su muerte o causándola directamente. El 10% de los casos no tratados desarrollarán en el futuro lesiones cardiovasculares. El sistema nervioso central es invadido tempranamente por el Treponema pálido pudiéndose detectar alteraciones del líquido céfalo-raquídeo en una

proporción que varía del 20 al 37% de los casos que si no son tratados oportuna y adecuadamente, un tercio de ellos desarrollará más tarde manifestaciones clínicas de neurosífilis.

Menos conocida es la historia natural, patogenia y amplio espectro clínico de la infección gonocócica y las complicaciones graves y frecuentes que sobrevienen en el curso de la misma. 10 al 20% de las mujeres con gonorrea se complican con enfermedad pélvica inflamatoria que a su vez predispone a una serie de cuadros patológicos que aparecen a corto, mediano o largo plazo como son: ataques recurrentes de salpingitis, infertilidad, abscesos tuboováricos, dolor pelviano crónico, embarazo ectópico, etc. Algunas de éstas complicaciones requieren tratamiento quirúrgico de emergencia y encierran peligro para la vida y costo económico para la persona o el estado. Rendtorff estimó en 211.893.189 dólares el costo de las complicaciones de la gonorrea en la mujer para los Estados Unidos durante 1973.

El chancro blando puede producir daño tisular extenso en la región genital. El granuloma inguinal puede dar lesiones metastásicas en huesos y piel, particularmente en la mujer embarazada, y se ha señalado su asociación con el carcinoma del pene y de la vulva. El linfogranuloma venéreo daña los vasos y ganglios linfáticos y produce reacción tisular fibrótica, elefantiasis, fistulas, estrecheces, etc.

Numerosos estudios han sido publicados en los últimos años informando sobre la creciente incidencia de la uretritis no gonocócica y su asociación con una amplia variedad de cuadros clínicos génito-urinarios y de otras localizaciones que llevan en si peligros potenciales para la salud del hombre, y la mujer y el niño. Una complicación severa es el síndrome de Reyer que se observa en el 1 % de los pacientes con uretritis no gonocócica.

Muchos casos de condiloma acuminado desafían los recursos terapéuticos actualmente disponibles y en algunos pacientes las lesiones alcanzan gran tamaño que si están localizadas en el canal vaginal de una mujer embarazada entorpecería el parto y por lo demás exigen una conducta terapéutica más agresiva. Por otra parte, ha sido observado hemorragia local severa y toxicidad sistémica siguiendo el tratamiento habitual de las lesiones. También se ha señalado la posible transformación maligna de las lesiones y su asociación con carcinoma.

Las infecciones causadas por el Herpesvirus hominis tipo 2, tienen una patogenicidad y virulencia bastante significativa. En el adulto la infección puede ser sistémica con meningoencefalitis. Durante los primeros meses del embarazo la infección puede provocar aborto, y hacia el final de la gestación,

el virus puede pasar al recién nacido, ocasionando en él una infección generalizada casi siempre fatal. También se ha señalado la asociación entre la infección genital herpética y el carcinoma del cuello uterino, si la aparente relación es de naturaleza causal, la trascendencia del herpes genital superaría a la de las otras ETS consideradas en conjunto.

La tricomoniasis y la candidiasis genital con sus molestias físicas locales y repercusiones en la actividad sexual de la persona afectada, son también importantes desde el punto de vista de la salud individual y de la gran demanda de servicios médicos que generan.

La escabiosis por su gran contagiosidad que determina la rápida diseminación entre los integrantes de la familia, las instituciones y la comunidad, y la alta frecuencia con que sobrevienen infecciones secundarias por bacterias piógenas capaces de causar daño renal, tiene en sí misma una importancia de primer orden.

## CONCLUSIONES

La importancia que durante años se le ha reconocido a las enfermedades venéreas, particularmente a la sífilis y a la gonorrea, es hoy igualada por las otras enfermedades de transmisión sexual tanto en la potencialidad que tienen para diseminarse en la comunidad y la severidad de los daños que causan en el hombre, la mujer y el niño, como en los gastos económicos y sociales que acarrear. Por ello, al colocar a todas estas enfermedades juntas bajo un mismo capítulo a los efectos de un mejor control, estudio y enseñanza, se convierten en un problema de salud pública prioritario que debe ser afrontado con la voluntad necesaria y los programas y recursos adecuados.

La Organización Mundial de la Salud en su 28° Asamblea celebrada en Mayo de 1975, reconoció la importancia que tienen hoy día las ETS, y tomó la resolución WHA 28.58 mediante la cual se insta a los países miembros a intensificar entre otras cosas las actividades de control y el entrenamiento de médicos y demás trabajadores del sector salud en los diferentes aspectos de las ETS.

La solicitud de la Organización Mundial de la Salud, que debe ser acogida y atendida por los organismos sanitarios y entidades educativas competentes, me ha estimulado a escoger "La enseñanza venereológica en los estudios de medicina" como tema para la memoria escrita que establecen los reglamentos para ascender a la categoría de Profesor ASISTENTE.

## **VI. OBSERVACIONES SOBRE LA EDUCACION VENEREOLÓGICA EN LOS ESTUDIOS DE MEDICINA**

Con la introducción de la penicilina en el tratamiento de la sífilis y la gonorrea, la incidencia de estas enfermedades experimentó una caída brusca casi vertical durante los años cincuenta y los expertos de la época creyeron que el problema ya estaba resuelto. Falsa apreciación que determinó, entre otras cosas, que los organismos competentes descuidaran el programa de control y la enseñanza de la materia que era impartida en las escuelas de medicina, se redujera y desarticulara.

En la actualidad, en casi todos los países del mundo con muy pocas excepciones, la enseñanza venereológica es deficiente en calidad y cantidad. Es reducido el número de horas que se dedica a esa actividad y el énfasis de la docencia es puesto en los aspectos clínicos y terapéuticos, pasándose por alto partes importantes del problema global que plantea el grupo de enfermedades de transmisión sexual.

Se tiende a distribuir la docencia entre varias disciplinas, cada una de las cuales cubre la parcela que le corresponde: los aspectos clínicos y terapéuticos son tratados por la Cátedra de Dermatología y Sifilografía, la biología y aspectos laboratoriales de los agentes causales, por la Cátedra de Microbiología, y los aspectos de epidemiología y salud pública por la Cátedra de Medicina Preventiva y Social. Las Cátedras de Urología y de Ginecología también aportan información clínica relacionada con dichas especialidades.

Conocimientos fragmentarios son proporcionados a los estudiantes en diferentes momentos de la carrera sin concentrarlos en un programa unitario cuyos contenidos comprendan en extensión y profundidad la totalidad del problema y cuyos objetivos estén definidos en forma explícita.

Los temas son desarrollados por el profesor mediante exposiciones ilustradas con diapositivas, otras veces se encarga a los estudiantes preparar un seminario o la revisión del tema. Toda esta actividad docente se lleva a cabo en el salón de conferencia, ya que la observación directa y el manejo práctico e integral de los casos en el consultorio no se puede realizar porque el paciente venéreo no busca atención médica en los centros docentes, sino que acude a los servicios antivenéreos periféricos con los cuales no se ha podido establecer una coordinación docente satisfactoria, en parte debido a las condiciones inadecuadas bajo las cuales operan esos servicios.

A los hospitales irían aquellos pacientes en quienes se han desarrollado complicaciones agudas, pero como éstas son desconocidas por el médico residente de la sala de emergencia, no se está alerta sobre ellas, y tales episodios

son interpretados como cuadros sindrómicos y tratados en forma empírica, sin establecerse el diagnóstico etiológico.

Se da un círculo vicioso que causa y mantiene las condiciones deficitarias imperantes: los centros docentes desconocen la magnitud y trascendencia del problema, y están desensibilizados frente a él, porque no tienen contacto directo con los daños que el estado morboso produce en el paciente, su familia y la sociedad. Como consecuencia, la asignatura es discriminada a la hora de preparar los planes de estudio.

## **VII. ENSEÑANZA DE VENEREOLOGIA EN LA CATEDRA DE DERMATOLOGIA Y SIFIOLOGIA DE LA ESCUELA "LUIS RAZETTI"**

La enseñanza sobre enfermedades venéreas que imparte esta Cátedra a sus residentes de post-grado, ha sido, aunque fundamentalmente clínica, satisfactoria desde el inicio mismo de este tipo de residencia. Lo cual en gran medida se ha logrado gracias a que el Coordinador del post-grado es también médico de un servicio antivenéreo, circunstancia que ha permitido organizar pasantías por dicho servicio, donde el médico en formación tiene la oportunidad de atender personalmente un volumen grande de pacientes venéreos durante un período de tres (3) meses. Lamentablemente, los residentes de otras especialidades afines con la venereología, como por ejemplo: la ginecoobstetricia y la urología, no han tenido esa oportunidad para prepararse en el campo venereológico.

En cuanto a la docencia dermatológica de pregrado se dedican quince horas (15 horas) al cuarto semestre y cuarenta horas (40 horas) al noveno semestre del ciclo profesional de los estudios de medicina. El tiempo limitado obliga a reducir y comprimir los contenidos del programa.

En la selección de los temas objeto de la enseñanza se ha seguido el criterio de la magnitud y trascendencia de la enfermedad o grupos de enfermedades, señalados estos parámetros por los indicadores de frecuencia, severidad de los daños que la patología puede causar, sus consecuencias familiares, sociales y económicas. También se han tomado en cuenta problemas cutáneos importantes por sus repercusiones sobre la estética y la esfera psíquica de los individuos afectados y que por tales motivos originan una gran demanda de atención médica.

La enseñanza venereológica es incluida en el programa de docencia dermatológica preparado para el noveno semestre. Toma el 7% (4 hs.) del tiempo total estipulado para el desarrollo de ese programa. El corto tiempo disponible apenas alcanza para tratar los aspectos clínicos más resaltantes de

la sífilis y la gonorrea, explicar brevemente las enfermedades venéreas menores y sólo mencionar las demás enfermedades de transmisión sexual.

Como lo precario de la enseñanza es de larga data, se han ido acumulando generaciones de médicos generales y especialistas en diferentes ramas de la medicina con una preparación deficiente en venereología.

La situación deficitaria plantea a la Cátedra de Dermatología y Sifilografía la necesidad de ampliar los contenidos sobre enfermedades venéreas en los programas de docencia que desarrolla tanto a nivel de pregrado como de post-grado. Lleva también a que la Cátedra considere la posibilidad de colaborar en la enseñanza venereológica de médicos que realizan cursos de postgrado en especialidades relacionadas con la venereología y de ejecutar cursos de actualización de corta duración dirigidos a médicos generales y a especialistas interesados en la materia.

### **VIII. RAZONES DE PRINCIPIO QUE JUSTIFICAN EL INCREMENTO DE LA ENSEÑANZA VENEREOLÓGICA Y RECURSOS DISPONIBLES PARA CUMPLIR TAL COMETIDO**

Es evidente que la educación médica debe responder a las necesidades de la población en la cual se desarrolla y sustentarse sobre una base epidemiológica. De aquí que los indicadores del estado de salud de la comunidad y de la organización de los servicios médicos y asistencia social existentes, deben ser usados tanto en la definición de los propósitos y fines generales de la educación médica como en la confección de los programas educacionales y en base a tales fines, las escuelas, departamentos y cátedras pueden, y deben, definir sus objetivos de aprendizaje. Por otra parte y en íntima relación con lo anterior, el primordial rol del graduado en medicina debe estar orientado a la satisfacción de las necesidades más sentidas y a combatir los riesgos prevalecientes en el campo de la salud de la sociedad a la cual sirve.

Como el propósito primero de la Escuela de Medicina "Luis Razetti" es formar médicos generales y una proporción importante de casos venéreos son atendidos, bien privadamente o en instituciones públicas, por el médico general, es necesario suministrar al estudiante de medicina conocimientos actualizados y adiestramiento adecuado en venereología para que pueda prestar una atención aceptable a los pacientes.

La Cátedra de Dermatología y Sifilografía conociendo la alta incidencia de las enfermedades venéreas en el país y consciente de su responsabilidad docente en esa disciplina, convino con el Departamento de Venereología del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social la creación de un Centro Venereológico en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Caracas que

dotado con los recursos humanos y materiales necesarios pueda prestar servicios óptimos de asistencia, investigación y docencia en el área de las enfermedades de transmisión sexual.

El Centro de Venereología fue adscrito a la Cátedra de Dermatología y Sifilografía e inició sus actividades hace más de un año. Actualmente funciona a plenitud desde la una de la tarde hasta las siete de la noche, y atiende una clientela diaria aproximada de cincuenta (50) pacientes. Cuenta con los recursos de personal que se especifican a continuación:

<b>Personal:</b>	<b>Dedicación:</b>
Médico coordinador	6 horas
Médico consultante	3 horas
Bachiller practicante	2 horas
Bioanalista	6 horas
Inspector de protección social	6 horas
Enfermera graduada	6 horas
2 auxiliares de enfermería	6 horas c/u.

Tanto el médico coordinador como el médico consultante son integrantes de la Cátedra. El Centro también dispone de los equipos, materiales, locales e instalaciones para realizar los siguientes exámenes de laboratorio:

- exámenes microscópicos en fresco de exudados genitales
- examen micrológico
- examen de campo oscuro
- frotis y coloración de Gram
- cultivo de gonococos en medios de cultivo selectivos.
- VDRL y FTA-abs

Es fácil percibir las posibilidades docentes que el Centro ofrece. Con los recursos disponibles es factible fortalecer desde ya la enseñanza venereológica y extenderla en diferentes direcciones, desarrollando programas instructivos y formativos a nivel de pre-grado, organizando pasantías de capacitación para los residentes del post-grado de dermatología y otras especialidades afines con la venereología y realizando cursos periódicos de actualización para médicos interesados en la materia.

Dedicaremos los próximos párrafos a diseñar el proyecto de un programa de enseñanza venereológica a nivel de pre-grado.

## **IX. PROGRAMA DE ENSEÑANZA VENEREOLÓGICA A NIVEL DE PRE-GRADO.**

### **PREMISAS.**

1. La atención del paciente venéreo ha de ofrecerse en forma integral y oportuna, en consecuencia las acciones del equipo de salud responsable de prestarla deben ser coordinadas y dirigidas a lograr los siguientes cometidos:

- a) Diagnóstico rápido y tratamiento efectivo inmediato.
- b) Estudio epidemiológico del caso para la identificación de los contactos.
- c) Ejercer acciones educativas sobre el paciente con el fin de evitar futuras reinfecciones y de obtener su cooperación en relación con el examen médico y tratamiento de sus contactos.

2. Cualquier programa de enseñanza que tenga como propósito formar médicos generales capacitados para prestar cuidados curativos y preventivos al paciente venéreo debe contemplar los aspectos diferenciados en el punto anterior a fin de acrecentar en el estudiante capacidad para la visión clínica, epidemiológica y educativa con que se debe enfocar cada caso.

3. La exposición teórica de los diferentes temas del programa ayudan a la percepción y comprensión del problema objeto de la enseñanza, pero es la vivencia que resulta de la observación y manejo directo del paciente en el consultorio bajo la tutela del docente experto, lo que contribuye eficazmente a incorporar y arraigar en el bagaje intelectual y en la propia personalidad del estudiante, los conocimientos, actitudes y destrezas que se requieren para brindar óptimos servicios a los pacientes.

4. De las proposiciones anteriores deducimos un programa de enseñanza compuesto de dos (2) partes complementarias:

- a) La parte instructiva dirigida a los estudiantes del noveno semestre del ciclo profesional de la carrera, y
- b) El adiestramiento en venereología que se llevará a cabo dentro de las actividades del Internado Rotatorio de Pre-grado correspondientes al área de medicina interna.

### **PROGRAMA INSTRUCTIVO.**

Se incluirá dentro del programa de docencia dermatológica que la Cátedra de Dermatología y Sifilografía viene impartiendo a los estudiantes del noveno semestre del ciclo profesional.

**Tiempo requerido y horario:** El tiempo asignado a la Cátedra para el cumplimiento de su programa docente será redistribuido de tal forma que el 25% (10 lis.) sea dedicado a la enseñanza venereológica, la cual se impartirá en el horario habitual de 7 a 9 de la mañana, durante cinco (5) días seguidos.

**Tipo de actividad y su distribución en el tiempo:** Cada tema será tratado mediante conferencias de 45 minutos de duración ilustradas con diapositivas. Diariamente se dictarán dos (2) conferencias, separadas una de la otra por un receso de diez (10) minutos y habrá una sesión final para preguntas y respuestas de veinte (20) minutos de duración.

**Temario:** El temario desglosado en sus contenidos fundamentales se especifica a continuación:

1. Panorama mundial de las enfermedades venéreas. Determinantes epidemiológicas identificadas en el actual recrudescimiento. Grupos de alto riesgo. La magnitud y trascendencia del problema en el país.
2. Objetivos y elementos básicos del programa de control. Servicios para diagnóstico y tratamiento. Investigación epidemiológica de los casos. La educación para la salud en venereología. Sistemas de registro y notificación. Actividades de pesquisa en grupos de alta incidencia.
3. Sífilis. Definición. Aspectos históricos. El agente causal. Evolución natural. Clasificación. Sífilis reciente.
4. Sífilis latente. Sífilis tardía. Pruebas serológicas treponémicas y treponémicas. Reacciones positivas falsas. Examen del líquido cefalorraquídeo.
5. Sífilis congénita. Clasificación. Clínica. Tratamiento penicilínico de la infección sifilítica. Otros antibióticos.
6. Gonorrea. Definición. Agente causal. Clínica en el hombre, la mujer y recién nacido. Complicaciones. Diagnóstico laboratorial. Tratamiento.
7. Uretritis no gonocócica. Infección genital inespecífica. Definición. Agentes incriminados en su etiología. Clínica. Complicaciones. Diagnóstico y tratamiento.
8. Enfermedades venéreas menores. Chancro blando. Linfogranuloma venéreo. -Granuloma inguinal. Definición. Diagnóstico y tratamiento

9. Las otras enfermedades de transmisión sexual. Definición. Clasificación. Virales: herpes genital, condiloma acuminado, molusco contagioso. Parasitarias: escabiosis y pediculosis pubis. Micóticas: candidiasis genital, tiña cruris. Tricomonirosis genital.
10. Las otras enfermedades de transmisión sexual. Clínica. Diagnóstico y tratamiento.

**Evaluación:** El examen final de la pasantía incluirá al menos 25% de preguntas sobre venereología.

### **PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO.**

Se va a desarrollar dentro de las actividades del Internado Rotatorio de Pre-grado correspondientes al área de medicina interna y complementará la enseñanza dermatológica ya establecida a este nivel de la carrera. El grupo de estudiantes en pasantía por la Unidad de Dermatología y Alergia del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales asistirá por la tardes, de 2 a 4, durante dos (2) semanas al Centro de Venereología del Hospital Universitario de Caracas, donde cumplirá las siguientes actividades:

1. Asistencia a la consulta externa de venereología, en la cual el estudiante tendrá una participación activa en la atención y manejo del paciente venéreo y bajo la directa supervisión del docente cumplirá las siguientes tareas:

- a) Elaboración de la historia clínica.
- b) Toma de muestras de secreción genitales para extendido y coloración de Gram y examen microscópico en fresco.
- c) Toma de muestras de lesiones mucocutánea para examen de campo oscuro.

2. presentar y discutir con el equipo docente los casos de interés clínico.
3. Asistir y participar en los seminarios preparados por los residentes de post-grado en pasantía por el Centro.

### **OBJETIVOS DE APRENDIZAJE:**

1. El estudiante adquirirá capacidad para la elaboración de la historia venereológica con un enfoque clínico-epidemiológico.
2. Obtendrá la experiencia necesaria para el manejo clínico-laboratorial del paciente venéreo que le permita en cada caso, en base a los

hallazgos clínicos y a los datos positivos aportados por el interrogatorio, arribar a un diagnóstico presuntivo y proceder a su confirmación realizando personalmente las pruebas de laboratorio sencillas y esenciales o solicitando las pruebas serológicas u otros exámenes más sofisticados que sean requeridos.

3. Sabrá reconocer mediante microscópico en fresco de exudados genitales los microorganismos y estructuras celulares siguientes: Trichomona vaginal, hifas, blastosporas, espermatozoides, células epiteliales, leucocitos polimorfonucleares, "células guías".

4. Sabrá realizar extendidos y coloración de Gram y reconocer un frotis positivo para gonococo.

5. Sabrá efectuar el examen de campo oscuro y reconocer el Treponema pálido.

6. Dominará la técnica de sembrado de muestras genitales en medios de cultivo selectivos para N. gonorrea.

7. Discutirá con el docente la conducta terapéutica que se ha de seguir en cada caso una vez que se haya llegado al diagnóstico definitivo.

8. Fijará los controles post-tratamiento.

9. Hará el estudio epidemiológico del caso tomando debida nota de las personas con las que el paciente haya tenido relaciones sexuales durante el período crítico de la enfermedad y procurará la colaboración del paciente para lograr el examen médico y el tratamiento de sus contactos.

10. Contemplará el enfoque educativo de la atención venereológica proporcionando la información necesaria y las medidas higiénicas destinadas a evitar reinfecciones en el futuro.

## **EVALUACION.**

El estudiante será evaluado en forma permanente y directa. Con el fin de facilitar el progreso del adiestramiento, las fallas detectadas serán explicadas en el momento. Se llevará un registro diario de la asistencia y de las actividades realizadas por el estudiante.

## **SUMMARY**

The content of this Memory is divided in three (3) parts closely connected with a line of thought and expositive order which pretends to show clearly the existence of a very striking contrast between the magnitude of the risks and demands that the sexually transmitted diseases generate at present and the shortness of the time dedicated to the teaching of this topic in the medical schools in order to propose an educative solution that gives the problem its real importance and covers it totally.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Alarcón, C.J. La enseñanza de las enfermedades venéreas en las Escuelas de Medicina. Publicación científica N° 220, OPS/OMS, Washington D.C., 1971, pp. 89-96.
2. Antal, G.M. World trends in sexually transmitted diseases. The World picture. In Sexually Transmitted diseases. London. Academic Press, 1976, pp. 25-30.
3. Aspectos sociales y sanitarios de las enfermedades de transmisión sexual. OMS, Ginebra, 1977.
4. Catterall, R.D. Education of physicians in the sexually transmitted diseases in the United Kingdom. Brit. J. Vener. Dis., 52:97-99, 1976.
5. Continuing Education for Physicians. Reports of a WHO Expert Committee. Technical Report Series N° 534, WHO Geneva, 1973.
6. Delune, H. Session three. The situation in the Common Market countries. Brit. J. Vener. Dis., 52:107-109, 1976.
7. Educación continua. Guía para la Organización de Programas de Educación Continua para el personal de salud. OMS/OPS, Washington, D.C. 1978.
8. García, J.C. Aspectos psicológicos, sociales y culturales de las enfermedades venéreas. Publicación Científica N° 220, OPS/OMS Washington, D.C. pp. 69-82, 1971.
9. Guthe, T. Tendencias epidemiológicas mundiales de la sífilis y la blenorragia. Publicación Científica N° 220 OPS/OMS, pp. 4-20, 1971.
10. Hager, D.W. . Wiesner, P.J. Selected epidemiologic aspects of acute salpingitis. A review. J. Reprod. Med., 19:47-50, 1977.
11. Harris, J.R.W. Recent advances in sexually transmitted diseases. N° 2, London, Churchill Livingstone, 1981.
12. Internado rotatorio de Pre-grado. Escuela de Medicina "Luis Razetti", Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela, Caracas, 1979.
13. King, A., Nicol, C. Rodin, P. Venereal diseases. 4th Ed. London, Balliere Tindall, 1980 pp. 67 and 81.
14. Know, J.M. Session three. Role of the practitioner, public Health Officer, Dermatologist and other specialists in the teaching investigation and treatment of the sexually transmitted diseases. The Situation in the U.S.A., Brit. j. Vener. Dis., 52:105-106, 1976.
15. Llopis, A. El problema de las enfermedades venéreas en las Américas. Publicación Científica N° 220, OPS/OMS, Washington, D.C. 1971, pp. 21-50.
16. Management of chancroid, granuloma inguinale and lymphogranuloma venereum in general practice. Bull N° 225, US Public Health Service, 1964.
17. Medina, R. , Alarcón, C.J. Granuloma venéreo diseminado. Dermatología Venezolana, 1:192-196, 1958.
18. Año XVII, vol XIV (1-2), Dic. 1975.
19. Bull., VII, N° 3, pp. 1-7, 1973.
20. Nicol, C.S. World trends in sexually transmitted diseases. The situation in the United Kingdom. In sexually transmitted diseases, London, Academic Press, 1976.
21. Objetivos educacionales, contenido, metodología y evaluación. Clínica Médica I, Escuela de Medicina ""Luis Razetti", Caracas, 1977.
22. Pérez Celis, J. Ensayo sobre demografía económica de Venezuela. Dirección General de Estadísticas y Censos Nacionales, Ministerio de Fomento, Caracas, 1974.
23. Puchi, J.A. Recomendaciones para la formulación de objetivos educacionales en medicina. Boletín del Departamento de Medicina Preventiva y Social. Vol. VIII, N° 1, pp. 15-20, 1974.
24. Rajam, R.V. . Rangiah, P.N. Donovanosis. WHO Monograph. Series N° 24, Geneva, 1954, pp. 9-12.
25. Rendtorff, R.C. et al. Economic consequences of gonorrhea in women. Experience from an Urban Hospital. J. Am. Vener. Dis., 1:40-47, 1974.
26. Sanault, R. La preparación del médico en la actualidad. La preparación para el ejercicio de la medicina general OMS. Cuadernos de Salud Pública N° 20, Ginebra, 1964.
27. Schmidt, H. Session three: The situation in Scandinavia. Brit. J. Vener. Dis. 52:113-115, 1976.

28. Scott, R. Las funciones del médico en la colectividad. La preparación para el ejercicio de la medicina general. OMS. Cuadernos de Salud Pública N° 20, Ginebra, 1964.
29. The planning of Medical Education Programmes. Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series N° 547, WHO, Geneva, 1974.
30. Thompson, S. - Hager, D.W. Acute pelvic inflammatory disease. *Sex. Transm. Dis.*, 4:105-113, 1977.
31. Towpik, J. Session three. The situation in Eastern Europe. *Brit. J. Vener. Dis.*, 52:110-112, 1976.
32. Washington, E.A. . Morton, R.S. Nongonococcal urethritis. *J. Pract. Ther.* Oct, 35-41, 1979.
33. Webster, B. Teaching of venereal diseases in medical School throughout the world. Preliminary report. *Brit. J. Vener. Dis.*, 42:132-133, 1966.
34. Webster, B. Enseñanza sobre las enfermedades venéreas. Publicación Científica N° 134, OPS/OMS, Washington, D. C, 1966, pp. 154-157.
35. Webster, B. The medical manpower situation in the United States in relation to the sexually transmitted diseases. *Brit. J. Vener. Dis.*, 52:94-95, 1976.
36. Wiesner, P.J. Jones, O.G. World trends in sexually transmitted diseases. The situation in the United States. Sexually transmitted diseases. London, Academic Press, 1976, pp. 5-13.
37. Willcox, R.R. Importance of the so-called "other" sexually transmitted diseases. *Brit. J. Vener. Dis.*, 51:221-226, 1975.
38. Willcox, R.R. World trends in sexually transmitted diseases. Society and high-risk groups. In sexually transmitted diseases. London, Academic Press, 1976, pp. 31-48.
39. Willcox, R.R. VD Education in developing countries. A comparison with developed countries. *Brit. J. Vener. Dis.* 52:88-93, 1976.
40. William DC.: Hepatitis and Other Sexually Transmitted Diseases in Gay Men and Lesbians. *Sex Transm Dis* (N° 4, supplement): 330-332, 1981.
41. Woodcock, K. How useful are our present statistics on sexually transmitted diseases? 51:153-157. 1975.