

R. 19.959

HER

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Facultad de Medicina

Departamento de Dermatología

**VARIACIONES EPIDEMIOLOGICAS EN UN
CONSULTORIO DE E.T.S. DE LA
COMUNIDAD DE MADRID EN EL
PERIODO 1985-1990 CONSECUTIVAS AL
IMPACTO SOCIAL DEL SIDA**

José Manuel Hernanz Hermosa

Madrid, 1992



Biblioteca
de Medicina

Colección Tesis Doctorales. N.º 248/92

© José Manuel Hernanz Hermosa

Edita e imprime la Editorial de la Universidad
Complutense de Madrid. Servicio de Reprografía.
Escuela de Estomatología. Ciudad Universitaria.
Madrid, 1992.

Ricoh 3700

Depósito Legal: M-25159-1992

X-53-004947-2



La Tesis doctoral de D. JOSE MANUEL HERNANZ
HERMOZA

titulada VARIACIONES EPIDEMIOLOGICAS EN UN CON-
SULTORIO DE ETS. de la COMUNIDAD de MADRID (en el periodo 1985-
1990)

Director Dr. D. JOAQUIN SOTO MELO

fue leída en la Facultad de MEDICINA de la FAE de MEDICINA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

el día 26 de Septiembre de 1991 ante el tribunal constituido
por los siguientes Profesores:

Presidente Dn ALFREDO ROBLEDO AGUILAR

Vocal Dn ANTONIO CASTRO TORRES

Vocal Dn LUIS OLMO SACEVES

Vocal Dn ANGEL SIMON MENCHAN

Secretario ANGEL ORTEGA NUÑEZ

habiendo recibido la calificación de APTO CUM LAUDE
POR UNANIMIDAD.

Madrid, a 26 de Septiembre de 1991

El Secretario del Tribunal,

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA

VARIACIONES EPIDEMIOLOGICAS EN UN CONSULTORIO DE E.T.S.
DE LA COMUNIDAD DE MADRID EN EL PERIODO 1985-1990
CONSECUTIVAS AL IMPACTO SOCIAL DEL SIDA

JOSE MANUEL HERNANZ HERMOSA
TESIS DOCTORAL
1991

DIRECTOR: PROF. Dr. D. JOAQUIN SOTO MELO

A mi mujer, Mercedes y a mis hijas Verónica y Lucía

AGRADECIMIENTOS:

Al Dr Soto Melo que supo actuar como jefe y amigo, estimulando mi amor propio para que realizase este trabajo.

A mi amigo Pablo Lázaro que siempre me animó y me ayudó a resolver todos los problemas que tuve con la informática, sin la cual no hubiese podido nunca terminar este trabajo.

A mis antiguos compañeros del Dispensario Sandoval que aportaron día a día con su labor muchos de los datos que se recogen aquí.

A mis compañeros del Servicio de Dermatología del Hospital Gregorio Marañón que suplieron en el Servicio mis estancias en la biblioteca permitiéndome realizar este trabajo.

INDICE:

página

I. PREAMBULO.....	9
II, GLOSARIO.....	11
III. INTRODUCCION:	
III.1:ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	
III.1.1.:DEFINICION.....	12
III.1.2.:HISTORIA.....	14
III.1.3.:CLASIFICACION.....	18
III.2.:DATOS EPIDEMIOLOGICOS DEL SIDA	
III.2.1.:EVOLUCION DE LA EPIDEMIA MUNDIAL DEL SIDA EN EL PERIODO 1981-1990:	
III.2.1.1.:ORIGEN DE LA ENFERMEDAD.....	24
III.2.1.2.:EVOLUCION DE LA EPIDEMIA DE SIDA EN E.E.U.U.....	26
III.2.1.3.:EVOLUCION DE LA EPIDEMIA DE SIDA EN EUROPA.....	29
III.2.2.:EVOLUCION DE LA EPIDEMIA DE SIDA EN ESPAÑA...	32
III.2.3.:EVOLUCION DE LA EPIDEMIA DE SIDA EN LA COMUNIDAD DE MADRID.....	37
III.2.4.:IMPACTO SOCIAL DEL SIDA EN LA COMUNIDAD DE MADRID.....	41
III.2.4.1.:INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACION.....	44
III.2.4.2.:CAMPAÑAS INSTITUCIONALES DE EDUCACION SANITARIA.....	46
III.3:DATOS EPIDEMIOLOGICOS DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL:	
III.3.1.:SITUACION MUNDIAL.....	52

III.3.1.1.1.:CIFRAS GLOBALES PARA LAS DIFERENTES E.T.S.:	53
III.3.1.1.1.:GONORREA.....	54
III.3.1.1.2.:SIFILIS.....	55
III.3.1.1.3.:CHLAMYDIA TRACHOMATIS.....	57
III.3.1.1.4.:UREAPLASMA UREALYTICUM.....	60
III.3.1.1.5.:MICOPLASMA HOMINIS.....	61
III.3.1.1.6.:CANDIDIASIS GENITAL.....	61
III.3.1.1.7.:TRICHOMONAS VAGINALIS.....	62
III.3.1.1.8.:GARDNERELLA VAGINALIS.....	63
III.3.1.1.9.:HERPES SIMPLE.....	64
III.3.1.1.10.:CONDILOMAS VENEREOS.....	66
III.3.1.1.11.:ESCABIOSIS.....	67
III.3.1.1.12.:PEDICULOSIS PUBIS.....	68
III.3.1.1.13.:URETRITIS DE CAUSA DESCONOCIDA.....	68
III.3.1.2.:PERFILES EPIDEMIOLOGICOS DE LAS DIFERENTES E.T.S.....	70
III.3.1.2.1.:GONORREA.....	70
III.3.1.2.2.:SIFILIS.....	72
III.3.1.2.3.:CHLAMYDIA TRACHOMATIS.....	73
III.3.1.2.4.:UREAPLASMA UREALYTICUM Y MICOPLASMA HOMINIS.....	75
III.3.1.2.5.:CANDIDIASIS GENITAL.....	75
III.3.1.2.6.:TRICHOMONAS VAGINALIS.....	76
III.3.1.2.7.:GARDNERELLA VAGINALIS.....	77
III.3.1.2.8.:HERPES SIMPLE.....	77
III.3.1.2.9.:CONDILOMAS VENEREOS.....	78
III.3.1.2.10.:PARASITOSIS.....	80

III.3.2.:SITUACION EN ESPAÑA:	
III.3.2.1.:CIFRAS GLOBALES DE LAS ETS.....	81
III.3.2.2.:PERFILES EPIDEMIOLOGICOS DE LAS ETS EN ESPAÑA:.....	85
III.3.2.2.1.:GONORREA.....	86
III.3.2.2.2.:SIFILIS.....	86
III.3.2.2.3.:CHLAMYDIA TRACHOMATIS.....	86
III.3.2.2.4.:MICOPLASMA HOMINIS Y UREAPLASMA UREALYTICUM.....	87
III.3.2.2.5.:TRICHOMONAS VAGINALIS.....	87
III.3.2.2.6.:HERPES GENITAL.....	88
III.3.2.2.7.:CONDILOMAS VENEREOS.....	88
IV.OBJETIVOS.....	89
V. MATERIAL Y METODOS	
V.1.:DESCRIPCION DEL CENTRO DERMATOLOGICO SANDOVAL....	92
V.2.:ENCUESTA APLICADA A LOS ENFERMOS QUE ACUDEN AL CENTRO.VARIABLES INVESTIGADAS.....	95
V.3.:METODOLOGIA DIAGNOSTICA EMPLEADA.....	98
V.4.:SELECCION DE LAS MUESTRAS.TRATAMIENTO ESTADISTICO.	110
VI. RESULTADOS:	
VI.1.:RESULTADOS EN 1985:	
VI.1.1.: DATOS GLOBALES.....	112
VI.1.2.: DATOS DE CADA ENFERMEDAD.....	121
VI.1.3.:RELACIONES ENTRE VARIABLES ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS.....	141
VI.2.:RESULTADOS EN 1987:	
VI.2.1.: DATOS GLOBALES.....	142

	página
VI.2.2.: DATOS DE CADA ENFERMEDAD.....	149
VI.2.3.: RELACIONES ENTRE VARIABLES ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS.....	169
VI.3.: RESULTADOS EN 1990:	
VI.3.1.: DATOS GLOBALES.....	170
VI.3.2.: DATOS DE CADA ENFERMEDAD.....	176
VI.3.3.: RELACIONES ENTRE VARIABLES ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS.....	183
VI.4.: COMPARACION DE RESULTADOS:	
VI.4.1.: COMPARACION DE DATOS GLOBALES:	
VI.4.1.1.: 1985-1987.....	184
VI.4.1.2.: 1985-1990.....	188
VI.4.2.: COMPARACION DE LOS DATOS DE CADA ENFERMEDAD:	
VI.4.2.1.: 1985-1987.:	
VI.4.2.1.1.: CANDIDAS.....	192
VI.4.2.1.2.: CHLAMYDIAS.....	192
VI.4.2.1.3.: CONDILOMAS.	193
VI.4.2.1.4.: GONORREA.....	193
VI.4.2.1.5.: MICOPLASMA H.....	194
VI.4.2.1.6.: SIFILIS.....	194
VI.4.2.1.7.: TRICHOMONAS.....	195
VI.4.2.1.8.: HERPES.....	195
VI.4.2.1.9.: ESCABIOSIS.....	195
VI.4.2.1.10.: N.G.P.P.....	195
VI.4.2.1.11.: URETRITIS CAUSA DESCONOCIDA.....	195
VI.4.2.1.12.: UREAPLASMAU.....	195
VI.4.2.1.13.: GARDNERELLA V.....	196

VI.4.2.1.14.: VENEREOFOBIA.....	196
VI.4.2.2.: 1985-1990.:	
VI.4.2.2.1.: CANDIDAS.....	196
VI.4.2.2.2.: CHLAMYDIAS.....	197
VI.4.2.2.3.: CONDILOMAS.....	198
VI.4.2.2.4.: GONORREA.....	199
VI.4.2.2.5.: MICOPLASMA H.....	199
VI.4.2.2.6.: SIFILIS.....	200
VI.4.2.2.7.: TRICHOMONAS.....	201
VI.4.2.2.8.: HERPES.....	201
VI.4.2.2.9.: URETRITIS CAUSA DESCONOCIDA.....	201
VI.4.2.2.10.: UREAPLASMA U.....	201
VI.4.2.2.11.: GARDNERELLA V.....	201
VI.4.2.2.12.: V. I. H.....	202
VII. DISCUSION.....	203
VII.1. VARIACIONES GLOBALES.....	205
VII.2. ASOCIACIONES DE VARIABLES CON DIAGNOSTICOS.....	211
VIII. CONCLUSIONES.....	217
IX. RESUMEN.....	221
X. BIBLIOGRAFIA.....	223

I. PREAMBULO:

En 1982, me incorporé como Médico de la Lucha Antivenérea a trabajar en el Dispensario Sandoval, entonces denominado Martínez Anido; dos años más tarde por jubilación de su director el Prof. Jaqueti y por indicación de él, fui nombrado director de este dispensario.

Con los trasiegos derivados de la aplicación de la Ley de Incompatibilidades, el Dispensario se quedó con una plantilla de médicos reducida, pero con el MIR recién terminado y con ganas de trabajar.

Recibí entonces asesoramiento y ayuda del Prof. Olmos, entrando a formar parte del recién constituido, Grupo Español para la Investigación de las E.T.S. y lo primero que hicimos, fué introducir la historia clínica recomendada por el Grupo Español, en las consultas del Dispensario, ésto nos supuso, poder disponer en poco tiempo, de un importante volumen de datos epidemiológicos normalizados, iguales para todas las consultas.

En los años siguientes, el ascenso en volumen de enfermos atendidos, calidad de la asistencia y dotación de medios del centro fué espectacular.

La aparición del SIDA de manera explosiva, hizo que el dispensario, sufriese una transformación, variando el tipo de enfermos que habitualmente atendíamos.

Por esta época, comenzaban a publicarse trabajos sobre variaciones en la epidemiología y en el volumen de algunas ETS, consecutivas al impacto del SIDA que eran coincidentes con lo que yo creía que estaba pasando en el dispensario y

que no tenían traducción aún en las cifras oficiales de nuestro Ministerio de Sanidad.

A partir de entonces, siempre tuve ganas de poder comprobar de manera objetiva estos cambios, que veía todos los días en la consulta en los enfermos que se atendían en el dispensario.

Al mismo tiempo, con el volumen de datos que recogíamos rutinariamente, podía observar día a día, la existencia de una serie de caracteres epidemiológicos, asociados a cada enfermedad y me obsesionaba, la idea de averiguar si las variaciones cuantitativas que estábamos viendo tenían relación con estos caracteres epidemiológicos.

Con esas intenciones, acometí el inicio de este trabajo en el año 1986, como muchas veces ocurre por culpa propia o circunstancial, lo abandoné en dos ocasiones, hasta 1990, en el que el Prof. Soto Melo, Jefe del Servicio de Dermatología del Hospital Gregorio Marañón, lugar en el que trabajo en la actualidad, me "obligó" amistosamente, amenanzándome con retirarme su favor si no lo finalizaba, lo cual afortunadamente para mí, terminó de convencerme.

II. GLOSARIO:

-ADVP	Adicto a Drogas Por Vía Parenteral
-CDC	Centers Disease Control Atlanta
-CM	Comunidad de Madrid
-CT	Chlamydia Trachomatis
-Coef.Var.	Coefficiente de Variación
-DIU	Dispositivo Intrauterino
-Dif	Diferencia
-Dt	Desviación Típica
-EDO	Enfermedades de Declaración Obligatoria
-EEUU	Estados Unidos de America
-ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
-GEIETS	Grupo Español para la Investigación en Enfermedades de Transmisión Sexual
-gl	Grados de Libertad
-HPV	Virus del Papiloma Humano
-HVS	Virus del Herpes Simple
-IC	Intervalo de Confianza
-LGV	Linfogranuloma Venéreo
-m	Media Aritmética
-NGPP	Neisseria Gonorrhoeae Productora de Penicilinasa
-NIA	Nivel de Instrucción Adquirido
-Sm	Error Estandard de la Media
-Sp	Error Estandard del Porcentaje
-UNG	Uretritis No Gonocócica
-VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

III. INTRODUCCION:

III. ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL:

III.1.1. DEFINICION:

Constituyen un amplio grupo de procesos, infecciosos y o parasitarios en los que el mecanismo de transmisión es fundamentalmente la relación sexual.

Hasta hace pocos años, estas enfermedades eran denominadas Venéreas, derivando su nombre de la palabra Venus, la diosa del Amor; como más adelante veremos, esta denominación ha sido sustituida progresivamente por la de Enfermedades de Transmisión Sexual (E.T.S.).

Clásicamente dentro del grupo de Enfermedades Venéreas se incluían de manera oficial un pequeño grupo de procesos. En algunos países como el Reino Unido, según un acta del parlamento, (Venereal Disease Regulation 1916) únicamente, se reconocían como tales a la Sífilis, la Gonorrea y el Chancro Blando (1).

En España, se reconocían además de las anteriores el Linfogramuloma Venéreo (2). En otros países se incluía además el Granuloma Inguinal.

Progresivamente, a medida que fueron mejorando los medios de diagnóstico microbiológico, así como la investigación básica, se fue incrementando el número agentes infecciosos o parasitarios capaces de producir enfermedades Venéreas, como consecuencia de lo cual, la Venereología ha experimentado un enorme desarrollo en los últimos 25 años.

Por otra parte el concepto clásico de Enfermedad

Venérea reducido a tres o cuatro procesos reconocidos oficialmente, ha quedado ampliamente desbordado, por lo que en la Asamblea Mundial de la Salud de 1975, se modificó el término de enfermedades Venéreas por el de E.T.S. para englobar además de las "oficiales" a las nuevas.(2).

III.1.2.:HISTORIA:

Probablemente, las más antiguas descripciones de E.T.S. son los escritos que aportan datos del año 2637 a.de C. recogidos por el consul francés en Pekín, Dabry, publicados en 1863 ; junto con las descripciones de la gonorrea y otras E.T.S. encontradas en el antiguo Egipto en el Papiro de Ebers que datan del año 1550 a.de C. (3).

También hay posibles alusiones en algunos pasajes de la Biblia. En la medicina griega y romana no se da mucha importancia a las E.T.S.

En la Edad Media al amparo de la Iglesia, se fundan los primeros hospitales y casi todas las enfermedades cutáneas se engloban dentro de la Lepra.

En el Renacimiento, hace su aparición como proceso epidémico la Sífilis, que debe su nombre al célebre poema de Hieronymus Frascatorius "Syphilis,sive Morbus Gallicus" de 1530.

Desde entonces hasta nuestros días persiste la controversia en lo que respecta al origen de la Sífilis (4).

La transmisión sexual de la sífilis se sospechaba ya de antiguo, así Almener, médico español, ya hablaba en su tratado "De Morbo Gallico", publicado en 1502, de la copulación carnal como una de las posibles vías de trasmisión de la enfermedad, posteriormente aparecen más escritos en los que la transmisión sexual se establece como posible mecanismo.

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad se

fueron perfilando progresivamente, Fallopius (1523-1562) diferenció los Condilomas sífilíticos de los no sífilíticos. Ambroise Pare (1510-1590), inventor del especulo vaginal, describió las lesiones vaginales y uterinas de la sífilis, confirmó la transmisión madre-hijo de la enfermedad y relacionó el aneurisma aórtico con la sífilis.(3).

A partir del siglo XVIII, basándose en criterios clínicos Cokburne y Jean Fernel, introducen la teoría dualista por la que se pensaba que existían dos procesos diferentes que se transmitían por el acto sexual, la Sífilis y la Gonorrea.(5)

Desgraciadamente J.Hunter, prestigioso venereólogo inglés, tratando de rebatir la teoría dualista, se autoinoculó la secreción de un enfermo de gonorrea que estaba incubando la sífilis, desarrollando las dos enfermedades y echando por tierra durante algún tiempo la teoría dualista.

En 1838 Ricord, separó definitivamente las dos procesos y describió los estadios de la historia natural de la enfermedad.(6 y 7)

En 1879 Neisser descubrió el agente causal de la Gonorrea.

Casi al mismo tiempo, discípulos de Ricord, diferencian clínicamente el chancro duro sífilítico del chancro blando autoinoculable. Unos años después, en 1899, Ducrey, aísla el agente causal del Chancro blando(8).

En 1905, Schaudinn y Hoffmann, descubren el Treponema Pallidum, responsable de la sífilis; el mismo año Donovan

describe el agente causal del Granuloma Inguinal y un año más tarde Wasserman aplica los métodos de desviación del complemento para el diagnóstico de la Sífilis.(9)

En 1913, Nicolas, Favre y Durand individualizaron como entidad aparte el Linfogramuloma Venéreo (L.G.V.). Frei en 1925 comprueba que la inyección intradérmica de pus ganglionar, da lugar a una reacción cutánea en todos los enfermos de linfogramuloma y no en los sanos, esta prueba, se utilizó como método diagnóstico y permitió unificar cuadros clínicos hasta entonces considerados diferentes tales como el denominado " Bubon climático " de los países cálidos.(10 y 11). Helleström y Wassen consiguen en 1930 transmitir la enfermedad al mono, inoculando producto virulento por vía intracerebral y casi al mismo tiempo, se observó que el ciclo de crecimiento del germen responsable del L.G.V., era igual al del organismo productor de la Paitacosis, aislado durante la pandemia de 1929-1930 y que posteriormente se identificó también como el agente productor del tracoma.(12)

En 1959 se aislaron por primera vez Chlamydias diferentes a las del L.G.V. en el tracto genital femenino y posteriormente de la uretra masculina.(13)

En 1838 Donne, describe la Trichomona Vaginalis(14) aunque se tardó bastante más tiempo en reconocerle como patógeno.(15)

En 1937 se aísla por primera vez un Micoplasma del tracto genital en una Bartolinitis, posteriormente su relación con E.T.S. ha sido perfectamente establecida.(16)

El Herpes Genital fué descrito por primera vez por Astruc en 1736, siendo establecida su transmisión sexual más tarde por Unna en 1893.(17)

Castellani en 1925 asoció la presencia de Candidas y la existencia de vaginitis y posteriormente quedó establecida su transmisión sexual .(18)

Otros procesos que hoy se reconocen como de transmisión sexual son algunas enfermedades parasitarias como la Escabiosis y la infestación por Pthirus Pubis (19 y 20)

Por último en 1981 se describen los primeros casos de SIDA en E.E.U.U.(21), dos años más tarde el equipo de Luc Montaigner describe el virus causante de la enfermedad.(22)

III.1.3.:CLASIFICACION

Como en todos los intentos de realizar una clasificación de fenómenos naturales hay dificultades para que ésta sea completa a la vez que sencilla.

Por lo general siguiendo la tradición inicial, cuando las E.T.S. eran poco numerosas y de causa más o menos conocida, se tratan de hacer clasificaciones etiológicas que en la actualidad gracias a nuestros conocimientos son bastantes completas y complejas como la siguiente:

E.T.S.:(Clasificación modificada del Prof.García Pérez, comunicación personal).

a)INFECCIONES POR BACTERIAS CLASICAS:

GONOCOCIA.....Neisseria gonorrhoeae
CHANCRO BLANDO.....Haemophilus ducreyi
VAGINITIS INESPECIFICA.....Gardnerella vaginalis
GRANULOMA INGUINAL.....Calymmatobacterium
granulomati
SINDROME GAY INTESTINAL.....Sighella,Salmonella

b)INFECCIONES POR OTROS TIPOS DE BACTERIAS:

URETRITIS y CERVICITIS
NO GONOCOCICAS.....Chlamydia trachomatis,
Ureaplasma Urealyticum
LINFOGRANULOMA VENEREO.....Chlamydia trachomatis
SIFILIS.....Treponema pallidum

c)INFECCIONES POR VIRUS:

HERPES SIMPLE.....Herpes Virus Hominis 1 y 2
CONDILOMAS VENEREOS.....Virus del Papiloma Humano

MOLLUSCUM CONTAGIOSO.....Virus del Molluscum
HEPATITISVirus de la Hepatitis B.
Otros virus causantes de
hepatitis
SIDA.....Virus de la
Inmunodeficiencia Humana
CUADROS NO BIEN PRECISADOS....Citomegalovirus, Epstein-
Barr

c) INFECCIONES POR HONGOS:

BALANITIS, VAGINITIS.....Candida Albicans

d) INFECCIONES POR PROTOZOOS:

TRICOMONIASIS.....Trichomonas vaginalis

SINDROME INTESTINAL GAY.....Protozoos intestinales

e) PARASITOS METAZOOS:

ESCABIOSIS.....Sarcoptes scabiei

PEDICULOSIS PUBIS.....Phthirus pubis

f) ETIOLOGIA NO CONOCIDA:

SARCOMA DE KAPOSI.....Vírica?

g) NO INFECCIOSAS:

VENEREOPHOBIA.

Otras clasificaciones son más exhaustivas con los cuadros clínicos que puede producir cada agente causal, como ocurre con la clasificación de la O.M.S. de 1981 (23) y la más reciente de Camacho y cols (24). Este tipo de clasificaciones resultan más prácticas, debido al monomorfismo clínico de muchas de las E.T.S.

CLASIFICACION ETIOLOGICA DE LAS E.T.S. DE LA OMS EN 1981:

a) BACTERIAS:

- * *Neisseria gonorrhoeae*: Uretritis, epididimitis, proctitis, faringitis, conjuntivitis, endometritis, perihepatitis, bartolinitis, síndrome de infección amniótica, infección gonocócica diseminada, parto prematuro(?) y rotura prematura de membranas, salpingitis y secuelas afines (esterilidad, embarazo ectópico, salpingitis recurrente).
- * *Chlamydia trachomatis*: Uretritis, epididimitis, cervicitis, proctitis, salpingitis, conjuntivitis de inclusión, neumonía infantil, otitis media, tracoma, linfogranuloma venéreo, neumonía de los adultos en inmunosupresión, síndrome de disuria polaquiuria en la mujer, perihepatitis (?), bartolinitis (?), Síndrome de Reiter (?), mortalidad fetal y neonatal(?), endometritis puerperal(?), displasia cervical(?), aborto espontáneo(?), endocarditis.
- * *Mycoplasma hominis*: fiebre puerperal, salpingitis.
- * *Ureaplasma Urealyticum*: Uretritis, corioamnionitis, insuficiencia ponderal del nacimiento(?)
- * *Treponema Pallidum*: Sífilis
- * *Haemophilus vaginalis*: Vaginitis
- * *Haemophilus ducreyi*: Chancroide
- * *Calymmatobacterium Granulomatosis*: Donovaniosis (Granuloma Inguinal)
- * *Shigella spp*: Sigelosis
- * *Estreptococo del grupo B (?)*: Sepsis y Meningitis

neonatal

b)VIRUS:

* Virus del Herpes Simple: Herpes genital primario y recurrente, meningitis aséptica, herpes neonatal con mortalidad asociada o con secuelas neurológicas, carcinoma del cuello uterino (?) aborto espontáneo(?), parto prematuro.

* Virus de la Hepatitis B: Hepatitis aguda, crónica y sobreaguda con fenómenos asociados de inmunocomplejos.

* (?) Citomegalovirus: Infección congénita, Mononucleosis infecciosa, cervicitis(?), manifestaciones variadas en el huésped con inmunosupresión.

* Virus de la Verruga Genital: Condilomas Acuminados, papilomas laringeos del recién nacido.

* Virus del Molluscum Contagioso: Molluscum Contagioso genital

c)PROTOZOOS:

* Trichomonas vaginalis: Vaginitis, uretritis, balanitis

* Entoameba histolytica: Amebiasis

* Giardia lamblia: Giardiasis

c)HONGOS:

* Candida albicans: Vulvovaginitis, balanitis, balanopostitis.

d)ECTOPARASITOS:

* Phthirus pubis: Infestación por el piojo del pubis

* Sarcoptes scabiei: Sarna.

En esta clasificación no se incluye aún el Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

CLASIFICACION DE CAMACHO Y COLBS.:

1.-ENFERMEDADES VENEREAS CLASICAS:

- a) Sífilis
- b) Gonococia
- c) Chancro blando
- d) Linfogramuloma Venéreo
- e) Granuloma Venéreo Tropical

2.-AFECIONES UROGENITORRECTALES DE MULTIPLE ETIOLOGIA:

a) Uretritis:

Ch. Trachomatis

U. Urealyticum

N. Gonorrhoeae

b) Vulvitis:

C. albicans

Herpes simple

c) Vaginitis:

Trichomonas vaginalis

Gardnerella vaginalis

C. albicans

d) Cervicitis:

N. gonorrhoeae

Ch. Trachomatis

Herpes simple

e) Proctitis, proctocolitis y enteritis:

N. gonorrhoeae

Herpes simple

Ch. Trachomatis

Campylobacter jejuni

Shigella flexneri
Entoameba histolytica
Clostridium difficile

3)VIROSIS DE TRANSMISION SEXUAL:

- a)Herpes genital
- b)Condilomas acuminados
- c)Molluscum contagiosum
- d)Hepatitis y otras infecciones por:
 - Citomegalovirus
 - V.Epstein-Barr
 - V.Hepatitis A
 - V.Hepatitis B
 - V.Hepatitis No-A, No-B
- e)Virus de la Inmunodeficiencia Humana

4)DERMATOSIS POR ECTOPARASITOS:

- a)Fitoparásitos:
 - Tinnea cruris
 - Candidiasis
- b)Zooparasitosis:
 - Sarna
 - Pediculosis pubis.

III.2.: DATOS EPIDEMIOLOGICOS DEL SIDA:

III.2.1.: EVOLUCION DE LA EPIDEMIA MUNDIAL DE SIDA EN EL PERIODO 1981-1990:

III.2.1.1.: ORIGEN DE LA ENFERMEDAD:

La historia del desarrollo de los conocimientos sobre la enfermedad es larga, pero ocurre en un período relativamente corto.

Aunque todavía sigue siendo un enigma, saber desde hace cuanto tiempo existe la enfermedad como tal, parece que hay datos que nos indican que el SIDA ya existía bastantes años antes de la fecha 1980-1981 en que fueron diagnosticados los primeros casos en E.E.U.U. (21,25,26) y en que tuvo lugar el nacimiento oficial de la enfermedad.

Estas sospechas, se basan en publicaciones de supuestos casos de SIDA que ocurrieron en personas residentes en Africa antes de 1981 (27,28) y en la existencia de sueros extraídos antes de 1980, pertenecientes a habitantes de Africa, con resultados positivos al test de anticuerpos frente al V.I.H. (29,30). Al mismo tiempo, se han encontrado tasas de seropositividad muy elevadas entre poblaciones africanas, sin que llegue a desarrollarse en ellos de manera llamativa la enfermedad en sus últimas fases. (31,32,33). También se ha podido demostrar la existencia de virus muy similares al V.I.H. en el mono verde africano. (34,35).

Por todo lo anterior, las especulaciones actuales acerca del origen de la enfermedad, apuntan a que el virus responsable, probablemente ya existía hace bastante tiempo

en Africa, pero que por algun mecanismo desconocido, su capacidad patógena no era muy elevada hasta la década de los 80, en la que bruscamente se produjo algun acontecimiento que dió lugar a la aparición de la enfermedad tal como la conocemos en la actualidad, incluso algunas teorías, apoyan la posibilidad de que el virus en su inicio, fuese el mismo que se ha encontrado en el mono verde y que éste, al infectar al hombre, se hizo más patógeno dando lugar al SIDA actual.

III.2.1.2.:EVOLUCION DE LA EPIDEMIA DE SIDA EN
E.E.U.U.:

Como ya hemos visto anteriormente, los primeros casos de SIDA aparecen en el período 1980-1981. En poco tiempo, se perfilan los rasgos clínicos más importantes de la enfermedad y numerosos estudios epidemiológicos, permiten determinar los principales mecanismos de transmisión. (36,37,38,39,40,41 y 42). En 1983 se descubre el agente causal (22) y en ese mismo año comienza la declaración obligatoria de la enfermedad. Ya por esas fechas, se observaba que la progresión en la extensión del proceso, mostraba cifras preocupantes. En Septiembre de 1985, se establece por los Center Disease Control (C.D.C.) la nueva definición de un caso de SIDA (43), que se redefine nuevamente en 1987 (44,45).

Hasta el 30 de Abril de 1985 se notificaron 10.000 casos con una mortalidad muy elevada, ya que el 75% de los casos diagnosticados antes de 1983 habían fallecido.(46)

En estas fechas, las previsiones eran pesimistas, estimándose la aparición de 40.000 nuevos casos para el período 1986-1987 (47), previsiones que desgraciadamente se han visto cumplidas y que son aún más pesimistas para el futuro.

Por entonces las características epidemiológicas de la población enferma, mostraban un predominio de varones del 93%, con unas edades comprendidas entre los 20 y los 49 años y prácticamente el 95% de los casos podían englobarse dentro de uno de los siguientes grupos:

- 1.-Varon Homo o Bisexual
- 2.-Adicto a Drogas por Via Parenteral (A.D.V.P.)
- 3.-Hemofílicos tratados con factores de coagulación
- 4.-Heterosexuales parejas de enfermos
- 5.-Personas que habían recibido transfusiones

El mayor volumen de enfermos pertenecía al grupo 1 (73'4%), seguido del grupo 2 (17'0%), grupo 5 (1'4%), grupo 4 (0'8%), y grupo 3 (0'7%), el 8'7% pertenecían a la categoría de otros/desconocido.

La prevalencia de la infección en los diferentes grupos de riesgo, investigada mediante la detección de anticuerpos frente al virus, mostraba porcentajes alarmantes; así entre el colectivo de varones homosexuales los resultados positivos oscilaban entre el 20 y el 70% (48,49 y 50), en los A.D.V.P. habitantes de grandes ciudades, entre el 50 y el 90% (48,49,50 y 51) y en los hemofílicos del 70 al 80% (52,53 y 54). Como podemos ver, las previsiones de futuro pueden ser catastróficas.

En Julio de 1989, se llega en E.E.U.U. a la cifra de 100.000 casos de SIDA (55). El grupo de varones homosexuales-bisexuales sigue siendo el más numeroso, pero su tasa de crecimiento es mucho más lenta que en años anteriores. Por contra, llama la atención de que el grupo de A.D.V.P., el de heterosexuales parejas de enfermos y los hijos de éstos, son los grupos con mayor índice de crecimiento, encontrándose que estos tres grupos tienen una mayor incidencia entre clases sociales bajas y que su volumen está aumentando considerablemente en poblaciones

pequeñas y áreas rurales.

Otro dato importante es el incremento de la enfermedad entre la población femenina a expensas de los grupos anteriores y que ha sido en el último año del 11%.

El análisis de estos datos, plantea la posibilidad de pensar que las campañas de educación hayan tenido un efecto beneficioso entre la población más receptiva como puede ser el grupo de homosexuales y bisexuales, otros posibles factores a tener en cuenta podrían ser el retraso en la aparición de la enfermedad como consecuencia de los tratamientos aplicados a pacientes en fase asintomática y sobre todo la disminución del número de notificaciones por parte del personal médico.(56)

En 1990 la tasa en E.E.U.U. es de 515,7 por millon de habitantes, la más alta del mundo.(57)

III.2.1.3.:EVOLUCION DE LA EPIDEMIA DE SIDA EN EUROPA:

En Europa, el inicio de la epidemia no fué tan explosivo como en los E.E.U.U., si bien es cierto que el sistema de notificación está mal desarrollado en algunos países y probablemente el número total de casos sea mayor.

Hasta el 30 de Junio de 1983, sólo se habían notificado 153 casos, la mayor parte pertenecían al colectivo de varones homosexuales y un porcentaje elevado eran personas que habían viajado recientemente a Haití, E.E.U.U. o Africa.(58)

En Octubre de 1983, se celebra en Aarhus (Dinamarca) una reunión patrocinada por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) para recolectar información sobre la situación de la enfermedad en Europa y tratar de establecer normas para el futuro; al mismo tiempo se acuerda definir la enfermedad según los criterios de los Center Disease Control de Atlanta. Un mes más tarde con el apoyo de la Oficina Regional Europea de la O.M.S., se crea el Centro de Colaboración sobre el SIDA con sede en París, sus funciones son:

- * Análisis de la información de la enfermedad recibida de los países europeos.

- * Ordenación de los datos según características epidemiológicas.

- * Intercambio de información y realización de estudios cooperativos.(59)

El 31 de XII de 1987, el número acumulado de casos

notificados era de 10.181, el 89% eran varones y el pico de máxima incidencia en edades era entre los 30 y 39 años. Respecto a los porcentajes según los diferentes grupos de riesgo, el 59% eran varones homo o bisexuales, 20% A.D.V.P. y 6% parejas heterosexuales de enfermos. Llama la atención de que existen dos países, Italia y España en los que el mayor porcentaje se centra en los A.D.V.P., igualmente la existencia de casos pediátricos se centra preferentemente en Francia, Italia y España que acumulan el 64% del total, siendo la transmisión más frecuente la perinatal con un porcentaje del 47% de madres A.D.V.P. (60)

En el período 1989-1990 el número de casos notificados ha experimentado una curva de crecimiento importante con un aumento del 60%.

Las tasas más elevadas de incidencia por millón de habitantes según población estimada se observan en Suiza con 190,2, Francia 173,2, España 135,1, Dinamarca 112,4 e Italia con 105,3. Los países del este europeo tienen tasas muy bajas, pero hay que tener en cuenta las deficiencias en los sistemas de notificación.

En 1990, se observa que el número de casos diagnosticados pertenecientes al grupo de A.D.V.P. se aproxima lentamente al de varones homosexuales, observándose tasas de crecimiento anual progresivamente más bajas entre el grupo de varones homosexuales, al igual que ocurría en E.E.U.U., pudiéndose trasladar a Europa las mismas hipótesis para explicar esta tendencia.

También en Europa, el porcentaje de casos

diagnosticados pertenecientes al grupo de contactos heterosexuales continua aumentando regularmente, 6% en 1987, 8% en 1988 y 9% en 1989, lo cual plantea un futuro preocupante en lo que se refiere a la transmisión heterosexual de la enfermedad.(57)

En conclusión podemos observar, que aunque con diferencias importantes en las tasas de enfermos, la evolución de la epidemia de SIDA en Europa lleva un curso similar al de E.E.U.U., con una lenta disminución del crecimiento de casos nuevos en el grupo de varones homosexuales, mantenimiento entre el grupo de A.D.V.P. y un aumento lentamente progresivo del grupo de contactos heterosexuales.

III.2.2.:EVOLUCION DE LA EPIDEMIA DE SIDA EN ESPAÑA:

Los primeros diagnósticos de SIDA en España aparecen precozmente, en 1981, sin embargo el ritmo de crecimiento en el diagnóstico de casos nuevos es muy lento en los dos primeros años.

En Mayo de 1983, la Subsecretaría de Sanidad crea la Comisión de Trabajo sobre el SIDA para llevar a cabo una normalización en los criterios de definición de los casos de SIDA, homogeneizar protocolos de investigación y evaluar cada caso nuevo.(58) En esa fecha sólo se ha confirmado un caso. Un año más tarde son 12 los casos y a finales de 1984 hay ya 25 casos acumulados con 18 defunciones.(61)

En estas primeras fases se observa un porcentaje elevado de hemofílicos dentro del grupo total de enfermos, así el 25 de Septiembre de 1985 los porcentajes para los diferentes grupos son los siguientes: Varones homo o bisexuales 20%, varones homo o bisexuales y A.D.V.P. 2%, A.D.V.P. 25%, hemofílicos 12%, hijos de padres enfermos 1% y desconocidos 3% (62).

Este mismo año se publica en el Boletín Epidemiológico (43) la revisión de la definición de caso de SIDA según los criterios adoptados por los Center Disease Control de Atlanta, de acuerdo con las decisiones adoptadas en la reunión del 25 de Septiembre en Ginebra de los Centros de Colaboración sobre el SIDA de la O.M.S. En esta misma reunión, se recomendó utilizar ampliamente las pruebas de detección de anticuerpos frente al V.I.H. como método de despistaje realizando obligadamente la

confirmación de los seropositivos mediante inmunoblot. También se propuso acabar con el SIDA transfusional mediante la obligatoriedad de realizar el test en todas las unidades de recogida de sangre y posterior exclusión de los donantes infectados y por último se aconsejó realizar programas masivos de educación sanitaria como único método para parar la progresión de la enfermedad.(63)

Como consecuencia de todo lo anterior, se dicta la Orden Ministerial de 4 de Diciembre de 1985 (B.O.E. 16 de Diciembre) por la que se ordena la realización de la prueba de detección de anticuerpos contra el V.I.H. en todas las muestras de sangre y hemoderivados que se utilicen para tratamientos médicos, también se prohíbe la donación de sangre retribuida y se propone una política general de mejora de los bancos de sangre para conseguir a medio plazo una disminución de las importaciones de sangre y hemoderivados.

Para evitar el aflujo masivo de personas pertenecientes a grupos de riesgo a los bancos de sangre a fin de realizarse la prueba de determinación de anticuerpos, se recomienda la creación inmediata de centros alternativos asequibles a la población interesada encargados de realizar despistaje diagnóstico.(64)

A medida que van aumentando el número de casos de SIDA, se puede ir perfilando los caracteres epidemiológicos de la población afectada, así el 21 de Marzo de 1988, el número total de casos registrados es de 1126, con una tasa de letalidad del 44,06% (496 fallecidos) un predominio en

varones importante (955 varones y 171 mujeres), un pico de edad entre los 20 y los 39 años y con la siguiente distribución por grupos de riesgo:

A.D.V.P.: 64%;

Homosexuales-bisexuales 22'5%;

hemofílicos : 8'44%;

desconocido: 5'16%;

A.D.V.P. y homosexual : 4'89%;

hijos de padres enfermos: 2'31%;

receptores de transfusiones: 1'51%;

pareja heterosexual de enfermos: 1'13%.

Como puede verse, se observa un porcentaje elevado de A.D.V.P., de receptores de hemoderivados y de niños con cifras relativas superiores a las de E.E.U.U. y a la media europea.

La distribución de la enfermedad en las diferentes comunidades autónomas por orden decreciente de tasas de enfermos por millón de habitantes muestra los tres primeros lugares a Cataluña, País Vasco y Madrid respectivamente, siendo Castilla Leon y Castilla La Mancha las menos afectadas.

A finales de 1990, la tasa de enfermos por millón de habitantes es de 135'1 ocupando el tercer lugar europeo despues de Suiza y Francia.

En lo que respecta al ritmo del incremento anual de casos nuevos, si lo comparamos con los datos europeos y americanos (Tabla I) podemos observar que el ritmo de crecimiento en España es muy superior (60) en el período

1984-1987, sin embargo en el período 1988-1990 se observa una desaceleración del crecimiento que puede ser debido a la incidencia de las campañas de educación sanitaria y sobre todo y es lo más preocupante a la disminución de las notificaciones.

**Tabla I: Porcentajes de
Incremento anual de casos nuevos
de SIDA**

	ESPAÑA	EUROPA	AMERICA
1984:	183%	164%	97%
1985:	282%	141%	82%
1986:	155%	100%	54%
1987:	103%	91%	23%

En conclusión se puede resumir que la epidemia de SIDA en España reúne las siguientes características:

- Tasa de enfermos por millón de habitantes elevada.
- Porcentaje muy elevado de A.D.V.P. que supera al colectivo tradicionalmente más afectado en otros países que es el de varones homosexuales.
- Elevado número de casos de SIDA infantil, el 39 de Europa en cifras absolutas, probablemente por ausencia de campañas de prevención de embarazos y por tener un

porcentaje tan elevado de enfermos A.D.V.P., que generalmente prestan poca atención a campañas sanitarias institucionales. El número relativo de abortos terapéuticos es inferior al de otros países.

-Porcentaje elevado de enfermos pertenecientes al grupo de receptores de hemoderivados, debido a la importación que se hizo de estos productos a países con elevada tasa de enfermedad como E.E.U.U., antes de que se generalizasen las pruebas diagnósticas de detección de anticuerpos.

-Elevado ritmo de crecimiento anual de enfermos, lo que es muy preocupante e indica que el número de seropositivos en fase asintomática de la enfermedad es elevado.

III.2.3.:EVOLUCION DE LA EPIDEMIA DE SIDA EN LA COMUNIDAD DE MADRID.:

Como ya hemos visto anteriormente, la Comunidad de Madrid (C.M.) se encuentra entre las comunidades del Estado Español con mayor tasa de enfermos por millón de habitantes.

En Abril de 1988, el Servicio Regional de Salud de la Consejería de Salud de la C.M., comienza una labor de recogida de datos sobre la enfermedad, publicación de éstos y posterior distribución entre los profesionales sanitarios, mediante la edición cada 6 meses de los Informes Epidemiológicos del SIDA. En estos informes, a parte de la información de los casos de SIDA en España, Europa y el Mundo, se realiza un seguimiento riguroso de la evolución de la epidemia en la C.M., basándose en cuatro subsistemas de información:(65)

-Datos procedentes del Registro Regional de casos de SIDA, que se nutre de las notificaciones realizadas por los diferentes servicios clínicos.

-Vigilancia de la infección por V.I.H., que recoge el número de seropositivos, según datos procedentes de los laboratorios de los hospitales madrileños y centros de atención primaria especializada entre los que se incluye el Dispensario Sandoval.

-Vigilancia de la infección por V.I.H. en niños, que aporta los casos infantiles, según las notificaciones de los servicios de Pediatría.

-Datos procedentes de los servicios de Medicina

Preventiva, que recoge los casos de trabajadores sanitarios, que habiendo sufrido inoculación accidental con material procedente de personas infectadas por el V.I.H., con una prueba de detección de anticuerpos basal negativa, aceptan voluntariamente someterse a seguimiento durante un periodo mínimo de 12 meses.

Gracias a estos boletines, podemos obtener datos bastante fiables de la evolución de la epidemia en nuestra comunidad. Así en el Informe número 1 (65), se puede observar que el nº de casos de SIDA en la C.M. supone el 24'9% de todos los de España a 21-3-88 y que la distribución en porcentajes según los grupos de riesgo es similar a los datos globales para España. En total en esta fecha hay 280 casos reconocidos en la C.M.

En lo que se refiere a los datos procedentes de laboratorios nos encontramos a 31-12-87 que de 45.182 pruebas serológicas anti- V.I.H. efectuadas, 10.315 son positivas lo que supone un porcentaje del 22'8%.

Los casos infantiles notificados al 5-12-88 son 205, de los que la mayoría, 143, corresponden al estadio P-0, 32 al P-1 y 30 al P-2, según la clasificación adoptada para la infección por V.I.H. en niños (66).

Los trabajadores con inoculación accidental censados y sometidos a seguimiento suponen un total de 265 sin ninguna seroconversión.

En el segundo informe (67) en los datos recogidos, podemos destacar que:

El número de casos de SIDA en la C.M. en cifras

absolutas, ocupa el segundo lugar de España con 453 casos a 30-9-88. Que el ritmo de crecimiento de aparición de nuevos casos es muy elevado, 62% de incremento en el período 21-3-88 al 30-9-88. Que la tasa de letalidad también es muy elevada 43'9%, dos puntos por encima de la de España. Y que según los datos procedentes de los laboratorios el nº de seropositivos acumulados es de 14.614, con un ritmo mensual medio de casos nuevos de 472 en el período 31-12-87 al 30-9-88, estos datos son alarmantes, si bien hay que reconocer la existencia de sesgos por exceso, ya que alguno de los pacientes provienen de otras comunidades y vienen a la C.M. a hacerse la prueba y por otra parte, existen repeticiones de un mismo enfermo en distintos laboratorios.

En los sucesivos informes se observa que progresivamente va bajando el porcentaje de casos de SIDA en la C.M. respecto al total de casos en España, debido fundamentalmente a un aumento global de los casos en el resto del territorio nacional. En lo que se refiere a tasas por millón de habitantes, la C.M. ocupa el tercer lugar después de Cataluña y País Vasco (57) y hay un total de 1460 casos censados a 1-10-90.

La tasa de letalidad persiste elevada, permaneciendo superior a la del resto de España.

El número de casos pediátricos también es alto y representa el 36% de todos los de España, siendo en el 88'7% la madre enferma la fuente de infección. El número de abortos terapéuticos en mujeres enfermas se mantiene

estacionario en los años 88,89 y 90.

Las características epidemiológicas de los enfermos en lo que se refiere a edad, sexo y grupos de riesgo son similares a los del resto del país.

Con los datos procedentes de los laboratorios se puede ver que el crecimiento de nuevos seropositivos se continua incrementando, calculándose que por cada caso nuevo de SIDA notificado se diagnostican 24 nuevos seropositivos (68). Tambien se observa que desde el inicio de la recogida de estos datos existe una demanda del test progresiva.

En lo que respecta al registro de inoculaciones accidentales a 30-6-90 hay un total de 787 casos recogidos y únicamente una seroconversión registrada lo cual supone un riesgo de seroconversión muy bajo, entre el 0'001 y el 0'002.

Las previsiones para el año 1991, suponen cifras de 2598 casos acumulados de los que 1402 estarán vivos, estos datos son muy preocupantes dado que se estima que suponen un incremento en la sobrecarga de las redes sanitarias de la C.M. del 119% si comparamos datos comprendidos entre el 31-3-1990 y el 31-12-1991.(68)

III.2.4.:IMPACTO SOCIAL DEL SIDA EN LA COMUNIDAD DE MADRID.:

Como ya se ha dicho anteriormente, el primer caso diagnosticado de SIDA en España fué en el año 1981, es decir que fué muy precoz, sin embargo se puede decir que el ritmo de crecimiento de aparición de nuevos casos no empieza a ser preocupante hasta 1986 , siendo hasta esa fecha muy baja la incidencia de la enfermedad en España si se compara con E.E.U.U. y otros países europeos.

Sin embargo las previsiones oficiales en esas fechas, apoyándose en la evolución de las cifras en otros países y en los casos notificados en España, no eran nada optimistas, a pesar de que por entonces se manejaban pocos datos en lo que se refiere a la extensión de la seropositividad entre la población, y tampoco se sabía mucho a cerca de problemas tales como el porcentaje de enfermos asintomáticos que evolucionarían a fases finales de la enfermedad, factores que pueden influir en ésta evolución e incluso el período de incubación de la misma.

Así pues nos encontramos en este período con una situación presente objetivamente poco importante, pero con previsiones futuras pesimistas.

Entre la población general, por esas fechas, la enfermedad todavía era puramente anecdótica, incluso entre los diferentes grupos de riesgo; únicamente se puede considerar importante el impacto en los hemofílicos dado el elevado porcentaje de enfermos pertenecientes a este grupo que existió en los primeros años, si bien es cierto que la

adopción de medidas de diagnóstico en sangre y hemoderivados utilizados para tratamientos médicos supuso un cierto optimismo en lo que se refiere a la aparición de nuevos casos en este colectivo.

En el grupo de A.D.V.P. la influencia en esta fase de la epidemia, se puede considerar nula, debida a la marginación propia de este colectivo y a la impermeabilidad frente las campañas de educación sanitaria.

En el colectivo homosexual, el tema del SIDA comenzaba a tener connotaciones importantes debido a las noticias procedentes de otros países, sin embargo, todavía era considerado tabú para la mayoría del colectivo. El SIDA incrementó la desconfianza ya existente hacia las autoridades sanitarias y hacia la sociedad del grupo homosexual, que llegó a traducirse incluso en una posición de rechazo, adoptando la postura del avestruz, así la Coordinadora de Frentes de Liberación Homosexual del Estado Español, en un comunicado afirma que el mayor problema del SIDA no es la propia enfermedad sino la posible pérdida de libertades conquistadas en los últimos años por los grupos homosexuales en todo el mundo y sobre todo en España con la consolidación de la democracia, junto con una posible pérdida de la tolerancia de la sociedad española hacia el colectivo homosexual que podría desembocar incluso, en un sentimiento renovado de discriminación, al considerar a este colectivo como el principal responsable de la enfermedad. Algunas publicaciones como " Mundo Gay " incluso desaconsejan la realización de la prueba

diagnóstica de determinación de anticuerpos anti-V.I.H., ya que la consideran un nuevo método para fichar a los homosexuales.(89)

En el resto de los grupos de riesgo la incidencia de la enfermedad en esta fase es nula.

III.2.4.1. INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACION:

Por estas fechas, los medios de comunicación escritos y hablados, no pueden sustraerse a las noticias provenientes del extranjero, que aportan diferentes informaciones sobre la evolución de la enfermedad.

Poco a poco empiezan a ejercer su influencia sobre la conformación de la opinión pública y progresivamente se va creando un estado de preocupación entre la población. A este respecto, en un análisis del número de noticias relacionadas con el SIDA publicadas durante 1985 en tres periódicos madrileños (El País, ABC y Ya) , aparecen respectivamente 146, 95 y 53 noticias (70), siendo el punto de máximo volumen de publicaciones, el verano de 1985 (50% de todas las noticias) que coincide con la disminución típica de noticias de otro tipo que aparece en verano y sobre todo con la aparición pública de la enfermedad en Rock Hudson.

Este hecho va a tener una influencia muy importante en la sociedad española, debido a la popularidad del actor , al deterioro físico que la enfermedad produce el cual puede observarse en las fotos de las publicaciones y a la muerte relativamente rápida que tuvo desde que se dió a conocer su enfermedad.

A partir de entonces y de manera progresiva, el SIDA va generando miedo y preocupación entre la sociedad que va a dar lugar a una demanda de asistencia sanitaria y educativa por parte de sectores sociales cada vez más amplios , exigiendo la adopción de medidas para el control

de la enfermedad.

Por parte de las autoridades sanitarias, a parte de la presión de la demanda social progresiva, existen fundados argumentos de preocupación, derivados de las previsiones pesimistas y del enorme gasto económico previsible que puede tener la enfermedad en un período de crisis económica (71), por lo que las actuaciones se van a concentrar en el desarrollo de campañas educativas asumiendo que es el único medio disponible para parar el crecimiento de la extensión del proceso y tratando al mismo tiempo de tranquilizar a la población.

III.2.4.2. CAMPAÑAS INSTITUCIONALES DE EDUCACION

SANITARIA:

A partir de aquí, comienzan las campañas institucionales, la información a los profesionales sanitarios se intensifica, el número de publicaciones científicas relacionadas con el SIDA se multiplican de manera impresionante.

El Ministerio de Sanidad y Consumo por medio de los Boletines Epidemiológicos Semanales comienza a publicar (72,73), medidas preventivas sobre la situación de la población reclusa (74), recomendaciones sobre la utilización del preservativo para la prevención de las E.T.S. (75) y varios documentos publicados por el Plan Nacional sobre el SIDA que recogen recomendaciones para el personal sanitario que trabaja en contacto con enfermos de SIDA, junto con encuestas y programas de educación al personal sanitario para aumentar se aceptación al grupo de enfermos de SIDA (76).

En la C.M. tiene lugar por parte del Servicio Regional de Salud, en Octubre de 1985, la creación de "Teléfono de Información sobre el SIDA ", este hecho va a tener una influencia importante en las variaciones epidemiológicas observadas en el Centro Sanitario Sandoval.

El Teléfono de Información sobre el SIDA se crea como un servicio de demanda, de funcionamiento ininterrumpido las 24 horas del día, atendido por un equipo de asistentes sociales con formación previa en la enfermedad.

Los objetivos iniciales de este servicio se cifraron

en:

-Realizar educación sanitaria sobre el SIDA, a las personas que solicitan información telefónica, esta actividad se pensó que sería importante, ya que a las personas a las que teóricamente iba a ser dirigida, pertenecerían a grupos de riesgo.

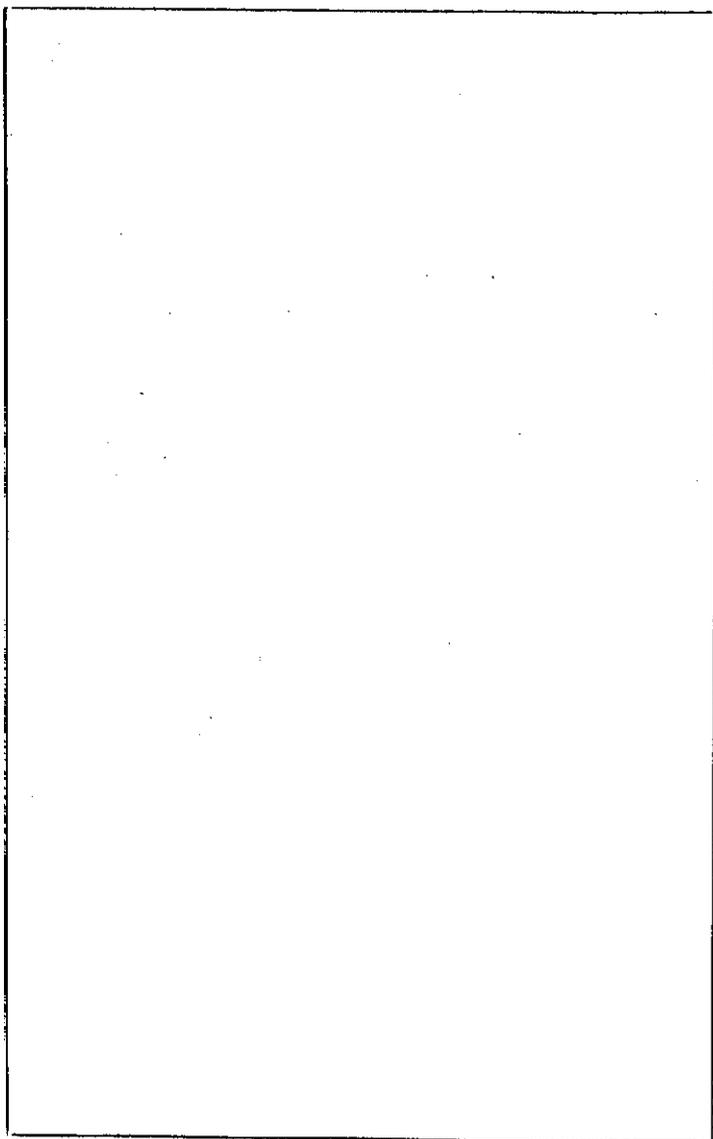
-Realizar una ordenación asistencial, que tendría como objetivo canalizar la asistencia sanitaria de posibles enfermos de SIDA. Este objetivo era prioritario y se basaba en el peligro existente por esas fechas de que cantidades importantes de pacientes con factores de riesgo elevado de contraer la enfermedad, acudiesen a los bancos de sangre, a fin de realizarse allí la prueba de determinación de anticuerpos anti-V.I.H..

Para evitar en la medida de lo posible esta circunstancia, la demanda de asistencia se canalizó mediante el teléfono a los hospitales de referencia o bien al Centro Sanitario Sandoval que se convirtió así en un centro de referencia para el SIDA en la C.M.

-Prestar apoyo psicosocial mediante la colaboración de un equipo de psicólogos a las personas con problemas psíquicos, derivados de la enfermedad.

-Realizar un programa de estudio de investigación social a fin de observar el tipo de población con mayor demanda del servicio y las necesidades de ésta.

El servicio se apoyó con una campaña publicitaria en medios de comunicación, contando con el apoyo de la prensa que llegó a ceder espacios publicitarios, así como con la



Ilustr. 1 Folleto informativo sobre el Telefono de
Informacion sobre el SIDA

difusión de folletos informativos en todos los centros de atención sanitaria. ILS I

Los datos correspondientes al número de llamadas realizadas podemos verlos en las tablas II y III (datos suministrados por el Dr. R. Aguirre del Servicio de Educación del Servicio Regional de Salud)

Tabla II DATOS ACUMULADOS DEL TELEFONO DE INFORMACION SOBRE EL SIDA

	IX-86	IV-87
Nº DE LLAMADAS.....	2443.....	6447
LLAMADAS/DIA.....	7.....	11,2
HOMBRES.....	2060(85%)...	4982(78%)
MUJERES.....	383(15%)...	1465(22%)
INFORM. GENERAL....	1393(57%)..	3751(58,5%)
INFORM. RECURSOS...	1050(43%)..	2698(41,5%)
PERS.CON F.RIESGO..	1621(66%)..	3612(57,7%)
HOMO/BISEX.....	647(39%)..	1127(32,1%)
A.D.V.P.....	184(11%)..	455(12,4%)
HEMOPILIA.....	12(0,7%)....	20(0,6%)
PAREJA DE ENFERM..	237(14,6%)...	677(18,6%)
OTROS.....	541(34,7%)..	1333(36,4%)

A partir de 1988 el teléfono dejó de funcionar como tal integrándose en el Centro Sanitario Sandoval como teléfono informativo de este centro. Así pues podemos decir que en el período comprendido entre Octubre-85 y Diciembre-87, un elevado volumen de pacientes que acudieron al Centro Sanitario Sandoval eran enviados directamente a través del Teléfono de Información sobre el SIDA.

Tabla III LLAMADAS PROCEDENTES DE OTRAS
COMUNIDADES AUTONOMAS
DATOS ACUMULADOS A MARZO-87

CATALUÑA.....	141(19,1%)
ANDALUCIA.....	134(18,1%)
VALENCIA.....	80(10,8%)
EUSKADI.....	64(8,6%)
CASTILLA-LEON.....	54(7,3%)
CASTILLA-LA MANCHA.....	44(6,9%)
GALICIA.....	43(5,8%)
EXTREMADURA.....	20(2,7%)
MURCIA.....	23(3,1%)
CANARIAS.....	15(1,8%)
CANTABRIA.....	12(1,6%)
ARAGON.....	18(2,4%)
ASTURIAS.....	14(1,8%)
BALEARES.....	16(2,1%)
RIOJA.....	4(0,5%)
NAVARRA.....	6(0,8%)

A nivel popular, las noticias sobre las medidas preventivas y posibles mecanismos de transmisión de la enfermedad se multiplicaron; es importante señalar la creación del Comité Ciudadano Anti SIDA a principios de 1985, que recibió apoyo oficial por parte del Servicio Regional de Salud de la C.M., realizando campañas de educación e información sanitaria en los medios de comunicación, junto con la creación de revistas de distribución gratuita como "CIEMPIES", revista de apoyo psicosocial a portadores del V.I.H. y de periódicos de información socio-sanitaria dirigidas a la población general como "HABLEMOS DEL SIDA".

Gracias a todo lo anterior, podemos decir que la información media que tiene la sociedad en lo que se refiere a mecanismos de transmisión del SIDA, es superior a la que se tiene sobre el resto de las E.T.S. y probablemente a la de cualquier enfermedad infecto-contagiosa.

III.3.DATOS EPIDEMIOLOGICOS DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL:

III.3.1. SITUACION MUNDIAL:

Como en todos aquellos procesos transmisibles, la epidemiología tiene una importancia fundamental a fin de conocer los mecanismos y factores que influyen en la cadena de transmisión de la enfermedad, lo cual nos puede permitir actuar sobre ellos.

Cuando nos enfrentamos con los datos epidemiológicos de las E.T.S., nos encontramos por un lado con cifras generales pertenecientes a distintos países, que nos dan una idea de la extensión de la enfermedad en ese país y por otro lado podemos encontrar datos que relacionan las cifras anteriores con una serie de variables como la edad, sexo, preferencias sexuales ect... que nos pueden permitir realizar un perfil o retrato robot del enfermo de una determinada E.T.S..

Esta última posibilidad nos puede permitir actuar de manera mucho más directa sobre los grupos de población con mayor riesgo de padecer la enfermedad o que son considerados como núcleo de transmisión de ésta, variando la elaboración y el contenido de las campañas de prevención y educación según las características del colectivo al que vayan dirigidas.(77,78,79)

Así pues nos interesan dos tipos de datos:

-Las cifras globales de las diferentes E.T.S. en los

diferentes países.

-El perfil epidemiológico para cada E.T.S.

III.3.1.1.:CIFRAS GLOBALES PARA LAS DIFERENTES E.T.S.:

En la actualidad disponemos de abundantes datos sobre la incidencia y tendencia de algunas de las E.T.S., casi siempre de las tres o cuatro más frecuentes, pero por desgracia no se puede decir lo mismo de todas, la mayoría de las veces porque no están reflejadas en los boletines de declaración de los diferentes países y en otras ocasiones por dificultades diagnósticas.

Los datos de que disponemos se refieren a países como E.E.U.U., Reino Unido, Suecia, Dinamarca, en los que las declaraciones de las E.T.S. son más fiables. A pesar de ello las cifras siempre son aproximativas ya que el principal enemigo de la veracidad de los datos referidos a las E.T.S. es el elevado porcentaje de no declaración que existe en todos los países.

En el análisis de las cifras de incidencia de las E.T.S., observamos que hay un acontecimiento importante, que marca un punto de inflexión en las curvas, se trata de la aparición del SIDA; éste hecho ha venido acompañado de la promoción de campañas de educación sanitaria, como el mejor medio disponible para parar la progresión de la enfermedad. Probablemente la incidencia de estas campañas junto con el miedo a contraer el SIDA, ha generado una variación importante en las costumbres sexuales de la población considerada de riesgo para padecer el SIDA

(80,81,82,83) e incluso también entre la población general(84).

Estas variaciones se han empezado a poner de manifiesto a partir de 1985 y se traducen objetivamente por la evidencia entre los colectivos de varones homosexuales de disminución de las prácticas sexuales consideradas de alto riesgo para contraer el SIDA e incluso adopción de medidas preventivas como el preservativo.(82,85,86,87)

III.3.1:1.1. GONORREA:

Con las cifras provenientes de los E.E.U.U. y Reino Unido en lo que se refiere a tasas de la enfermedad, podemos observar un ascenso progresivo de éstas, hasta mediada la década de los 70 (88), a partir de aquí se empieza a observar una declinación lentamente progresiva con tasas en E.E.U.U. de 473/100.000 en 1975, 443/100.000 en 1980 y 418/100.000 en 1982 (89,90).

Una evolución similar nos encontramos en Italia (91), Dinamarca (92), Inglaterra y Gales (93,94), observándose al mismo tiempo un aumento de las tasas en las mujeres (95,96).

La aparición de Gonococos productores de penicilinasasa (NGPP) de manera casi simultánea en Extremo Oriente y en E.E.U.U. (97,98) a partir de 1975, supuso un acontecimiento importante en lo que se refiere a la epidemiología de la enfermedad, sin embargo en poco tiempo dejó de tener la importancia que en un principio se esperaba, dado que en la actualidad las cepas de NGPP están extendidas prácticamente

por todo el mundo, representando en la actualidad porcentajes entre el 20 y el 30 % de todos los casos de gonorrea declarados, lo cual ha obligado a modificar las estrategias terapéuticas de la enfermedad en algunos países, (99,100,101,102,103,104,105,106) y además se viene observando un aumento progresivo de estos porcentajes a medida que disminuyen los casos globales de gonorrea. (107,108).

A partir de 1982, coincidiendo con la aparición del SIDA, se empieza a observar un descenso progresivo de las tasas, probablemente a consta de la población de varones homosexuales (109,110,111,112,113,114), este descenso fué más llamativo a partir de 1985. (115,116,117)

Esta situación persiste en la actualidad en países desarrollados.

Por el contrario en países en vías de desarrollo no ha aparecido este fenómeno y las tasas tienen curvas ascendentes causando un grave problema sanitario.

En resumen, la Gonorrea está en regresión en los países desarrollados, de manera mucho más importante a partir de la aparición del SIDA, probablemente en relación con el empleo de métodos preventivos para el SIDA. En países en vías de desarrollo sigue siendo el principal problema dentro del campo de las E.T.S.

III.3.1.1.2. SIFILIS:

Primero en E.E.U.U. y despues en el resto del mundo, las tasas de la enfermedad experimentaron un descenso muy

importante relacionado con el empleo de la penicilina a partir de 1945, en el tratamiento de la enfermedad. En E.E.U.U. se pasó de 106.539 casos registrados en 1947 a 6399 en 1956. (118)

Sin embargo en la década de los 60, a pesar de disponer de un tratamiento totalmente eficaz se produjo un rebrote de la enfermedad, que posteriormente se achacó al relajo y disminución en los presupuestos de las campañas de prevención. (119)

A mediados de los 70, las tasas de la enfermedad permanecen estacionarias, siendo muy difícil su reducción y considerándose al grupo de varones homosexuales urbanos el reservorio de la enfermedad (120).

En países en vías de desarrollo al igual que ocurría con la gonorrea, la sífilis representa un grave problema sanitario y sus tasas siguen experimentando ascensos hasta nuestras fechas. (121,122,123,124)

A partir de 1981, acompañando al SIDA se observan cambios en las tasas de la enfermedad en los países occidentales, con una disminución progresiva de éstas (125,126). La disminución de los casos de sífilis fué más llamativa entre el colectivo de varones homosexuales (120,112).

Estos datos hicieron pensar que ocurriría lo mismo que con la gonorrea, sin embargo a partir de 1987 y hasta nuestros días acontece un hecho inesperado, que es la aparición de un aumento espectacular de la incidencia de la enfermedad que se observó primero en E.E.U.U. (127,128) y

posteriormente en algunas zonas europeas (129), siendo importante este aumento entre las mujeres y los varones heterosexuales de bajo nivel social así como en el colectivo de prostitutas y A.D.V.P. (130,131,132), mientras que por otra parte persiste la disminución entre el grupo de varones homosexuales.

Las causas de este inesperado rebrote de la enfermedad no están muy bien establecidas, dado que este hecho no ha podido aún generalizarse en otros países occidentales, un dato que podría explicar en parte el rebrote, sería que el SIDA está produciendo cuadros muy severos y atípicos de la enfermedad aumentando el riesgo de contagio de la misma. (133,134)

Así pues la sífilis sigue representando en nuestros días un problema sanitario muy importante, sobre todo si se tiene en cuenta que puede favorecer el contagio heterosexual del SIDA, como consecuencia de cursar con lesiones erosivas genitales.

III.3.1.1.3. CHLAMYDIA TRACHOMATIS:

El principal problema que nos encontramos al intentar buscar las tasas de infección por Chlamydia Trachomatis (C.T.), es que prácticamente no existen cifras individualizadas ya que por lo general en todos los países se engloban dentro del apartado de Uretritis o Cervicitis No Gonocócicas o incluso dentro del más amplio aún de Infecciones Genitales Inespecíficas.

Por otra parte, hasta principios de los años 80, no

empieza a generalizarse la utilización de métodos de diagnóstico asequibles y fiables para esta enfermedad.

Según los datos que poseemos, las infecciones genitales inespecíficas han ido aumentando progresivamente en los países desarrollados, desplazando a la gonorrea, así en el Reino Unido este aumento se observa de manera progresiva desde 1970 y con datos de los casos diagnosticados de C.T. a partir de 1981, podemos ver cifras de 3473 en 1981, 11.035 en 1984 y 18.596 en 1986 bastante demostrativas del aumento experimentado (135,136) a pesar del dato a tener en cuenta de que muchos laboratorios carecerían en estas fechas aún de posibilidades diagnósticas para C.T.

Basándonos en el dato más amplio de Infecciones Genitales Inespecíficas, las estimaciones para el Reino Unido son de que aproximadamente el 50 % de éstas son debidas a C.T. (137).

En E.E.U.U. las cifras provenientes de clínicas de E.T.S. y de consultas ginecológicas, obstétricas y de planificación familiar, son muy variables según los distintos Estados, oscilando entre un 3 y un 17 % se las Uretritis Inespecíficas en varones (138,139) y entre un 4'5 y un 13 % de las Cervicitis en mujeres (140,141), la frecuencia entre colectivos de riesgo como prostitutas es aún mayor (142), siendo considerada como la enfermedad bacteriana más frecuente en E.E.U.U. (143), llegándose a estimar que cada año aparecen de 3 a 5 millones de casos nuevos (144,145)

En los países europeos los porcentajes procedentes de clínicas de E.T.S o ginecológicas, son algo más elevados, así en Suiza, la enfermedad aparece en el 18'5 % de las mujeres que acuden a centros de planificación familiar (146), en un estudio de un centro de Toulouse, en el 7'7 % de las mujeres con síntomas de infección genital (147), en otro de Niza en el 44 % de los varones con Uretritis No Gonocócica (148) y en el 59 % de todas las cervicitis y en datos provenientes de Polonia representan el 50 % de las Uretritis No Gonocócicas (149); en otros países no europeos como Canadá, la enfermedad aparece en el 10'8 % de las embarazadas (150) y en países en vías de desarrollo en el 6 % de los varones y en el 18 % de las mujeres investigadas. (124)

Así pues, podemos observar que aunque con cifras indirectas y tal vez un poco sesgadas la infección por C.T., representa un grave problema, que está experimentando un ascenso en la mayoría de los países, aunque si bien es cierto que no se puede afirmar la aseveración anterior para todos ya que en algunos como en Suecia, se está observando un estancamiento incluso disminución en el número de casos de complicaciones de la enfermedad en el período 1974-1984, lo cual aunque de manera muy indirecta podría querer decir que existe un control de la enfermedad, aunque los expertos lo achacan fundamentalmente a mejoras en el nivel de educación sanitario de la población y al fácil acceso a los servicios sanitarios.(151)

A partir de 1985, existen algunas referencias

provenientes del Reino Unido que muestran una disminución de la enfermedad en algunas zonas en el período 1986-1989 (152); estos son datos locales, que por ahora, no afectan aún a las cifras globales del país y que se achacan al impacto del SIDA, con cambios en la conducta sexual de la población heterosexual, ya que la incidencia de la enfermedad entre los varones homosexuales, no es muy importante (153).

III.3.1.1.4.: UREAPLASMA UREALYTICUM:

Se trata de otro germen, que también se engloba dentro del amplio término de las infecciones genitales inespecíficas. Su papel como agente de las infecciones del tracto genital femenino no tiene trascendencia para muchos, aunque existen algunos datos contradictorios, ya que puede producir síntomas de uretritis en la mujer (154,155), su importancia radica fundamentalmente en la capacidad que tiene para producir Uretritis No Gonocócica en el varón (156), aunque a este respecto hay algunas controversias ya que existen estudios en los que se demuestra que el aislamiento del germen de la uretra masculina está en relación directa con la promiscuidad sexual independientemente de que tengan uretritis o no (157,158), también se ha relacionado con la esterilidad en el varón (159).

Las cifras de que disponemos son escasas y siempre están relacionadas con los casos de Uretritis No Gonocócicas en los que se aísla el germen, persistiendo la

duda de su papel etiológico, los porcentajes de aislamiento varían del 27 % en E.E.U.U. (138), 31 % en Italia (160) y 45 % en Tailandia (161).

No poseemos datos de que existan variaciones con respecto al SIDA en las cifras de ésta enfermedad.

III.3.1.1.5.:MYCOPLASMA HOMINIS:

Nos plantea problemas similares al Ureaplasma urealyticum, para la mayoría de los autores, este germen no tiene relación con las Uretritis No Gonocócicas del varón, sus aislamientos en estos casos son muy bajos, no llegando al 8 % en los varones en los que no se aislado Chlamydia trachomatis ni Ureaplasma urealyticum y siempre con la duda de su papel etiológico (160).

Su papel en las infecciones del tracto genital femenino tiene más relevancia, muchas veces está asociado a síntomas de vaginosis bacteriana (147) y su frecuencia de aislamiento en mujeres que acuden a la consulta con síntomas de infección oscila entre el 25 y el 35 % (162,163). No poseemos datos que relacionen variaciones en su frecuencia con la aparición del SIDA.

III.3.1.1.6.: CANDIDIASIS GENITAL:

Aunque no de manera exclusiva, la candidiasis genital es considerada como una E.T.S. (164), aunque su papel en el varón como E.T.S. está peor determinado.

La frecuencia de la enfermedad, ha ido aumentando progresivamente y hasta 1975 era considerada en el Reino

Unido como la causa más frecuente de vaginitis (165), en general se achacó su aumento al empleo masivo de anticonceptivos orales y al uso más generalizado de los antibióticos, aunque esta aseveración se puede considerar como controvertida .

En la década de los 80 el incremento de las cifras oficiales continuó (166) en el Reino Unido, con cifras similares en Francia (147) y en países en desarrollo. En E.E.U.U. su frecuencia también es elevada y se mantiene junto con las *Trichomonas vaginalis* en cabeza de las infecciones del tracto genital femenino. (167)

Es lógico pensar que el crecimiento del número de casos de pacientes de infección por V.I.H., se acompañará de un incremento de las Candidiasis genitales, habida cuenta de que la Candidiasis orofaríngea es una complicación frecuente del SIDA, sin embargo no existen datos que relacionen epidemiológicamente esta suposición.

III.3.1.1.7.: TRICHOMONAS VAGINALIS:

Hasta el inicio de la década de los 80 la parasitación por este protozoo seguía siendo una de las E.T.S. de mayor frecuencia en el Reino Unido , al igual que en E.E.U.U. donde representaba el 33 % de las vaginitis (168) siendo mayor su frecuencia entre poblaciones de riesgo (142), sin embargo sus tasas se mantenían más o menos estables en los países desarrollados, observándose en algunos importantes descensos tras la generalización del tratamiento con Metronidazol en las mujeres enfermas y en la pareja, dado

el papel de transmisor de la enfermedad que juega el varón. (169)

En países en subdesarrollo en los que el acceso a los servicios de salud es difícil, la enfermedad ocupa un lugar muy importante (170), en algunos como la India es la E.T.S. más frecuente entre la población femenina (122).

A partir de los 80 se observa una lenta curva de descenso en las tasas de la enfermedad en los países desarrollados, paralela a la de la gonorrea, para los expertos este descenso se podría deber, por un lado, a que la enfermedad, produce sintomatología clínica a veces llamativa, lo cual, junto con la mejora de los servicios sanitarios, hace que las mujeres enfermas, demanden fácilmente atención médica y por otro a la efectividad del tratamiento. (171)

A partir de 1985, el descenso es mucho más llamativo, sobre todo en países europeos (172), pudiéndose considerar nuevamente que la enfermedad está siguiendo una evolución paralela a la gonorrea, achacándose este descenso también a la influencia del SIDA en las costumbres sexuales de la población.

III.3.1.1.8.:GARDNERELLA VAGINALIS:

Al igual que en procesos anteriores, carecemos de datos epidemiológicos globales de la enfermedad y más aquí en donde el papel del germen en la etiología de la Vaginosi s Bacteriana está en duda, ya que su presencia se detecta en porcentajes elevados, tanto en mujeres con

síntomas que en asintomáticas, mientras que en algunas ocasiones , en mujeres con criterios clínicos de Vaginosis Bacteriana, no se aísla el germen (173).

Del mismo modo, también hay controversias a la hora de considerar a esta vaginitis como una E.T.S., aunque el germen se ha aislado de la uretra masculina en parejas de enfermas (174) en la actualidad se considera a la Vaginosis Bacteriana como un proceso en el que además de la Gardnerella vaginalis pueden intervenir varios gérmenes en su etiología (175).

La frecuencia es aproximadamente del 20 al 37 % de las vaginitis, careciendo de cifras globales de la enfermedad. (147,175,176).

III.3.1.1.9. HERPES SIMPLE:

Coincidiendo con la aparición de técnicas de diagnóstico de laboratorio de la enfermedad, se observó durante el período 1970-1985 una elevación importante de las tasas de incidencia , que fueron aumentando de manera preocupante en los países occidentales.

Con datos recogidos de las clínicas de E.T.S de estos países, con el sesgo que supone, las cifras de H.V.S., superaron a las de la gonorrea, sin tener en cuenta que algunas de las Uretritis No gonocócicas pueden ser debidas a infección por H.V.S. sin ser notificadas como tal (177).

El país dónde de manera más importante aumentó al principio fué en E.E.U.U., dónde analizando los datos

procedentes de consultas privadas, se registraron aumentos entre 7 y 15 veces en las consultas por la enfermedad en el período 1966-1984. (178,179)

Teniendo en cuenta que la mayoría de la población es asintomática, se hicieron estudios serológicos de anticuerpos, observándose que en el período 1976-1980, aproximadamente el 16'4 % de la población comprendida entre 15 y 74 años podía estar infectada por el H.V.S. tipo II en E.E.U.U.(255)

Si se analizan motivos de consulta médica en los que la causa podría ser debida al H.V.S. como las ulceraciones genitales, podemos decir que entre el 20 y el 50 % pueden ser debidas a ésta causa (180,181,182).

En los países europeos también se registró un aumento importante pero un poco más tarde; en Inglaterra, el ritmo de crecimiento de las tasas era hasta 1983 del 11 %, superior al de todas las E.T.S. (183), también se registraron en este período aumentos importantes en Irlanda,(184) y poseemos menos datos de otros países europeos.

En África y en Asia las cifras son muy discordantes, aunque hay que tener en cuenta las dificultades diagnósticas de la enfermedad, en Japon, donde éstas no existen, también se ha registrado un aumento en el período 1970-1982, aunque con cifras de incidencia media bajas, si se comparan con las americanas o con las inglesas (185).

Este aumento espectacular de las tasas, recibió algunas críticas por parte de algunos estudios dado que se

consideró que muchos de los casos notificados como nuevos, en realidad se trataban de recurrencias de la enfermedad, achacándose a la popularidad del herpes en los medios de comunicación, la causa de que las consultas médicas por H.V.S. se dispararan a consta de recurrencias principalmente. (186)

A partir de 1985, las cifras se han estabilizado en los países occidentales, con una disminución importante entre el colectivo de varones homosexuales, manteniéndose en pacientes heterosexuales con menor riesgo para padecer el SIDA (112).

III.3.1.1.10. CONDILOMAS VENEREOS:

En lo que respecta a ésta infección, se han observado en los últimos años varios datos de interés, en primer lugar, el descubrimiento de numerosos tipos de H.P.V., en segundo lugar su relación epidemiológica con la aparición de atipias celulares (187) y posterior desarrollo de algunos tipos de cancer genital y anal (188,189,190,172) y por último, el aumento espectacular en las tasas de incidencia de la enfermedad.

Este aumento se inició en E.E.U.U. a mediados de los 60,, así en el período 1966-1982, las tasas aumentaron 5 veces (90), en 1978, era la 3ª E.T.S. más frecuente en E.E.U.U. (191).

Datos similares se registraron en Inglaterra y Gales en el mismo período, con aumentos del 12 % en tre 1981 y 1982 (192), siendo considerada como la 4ª E.T.S. más

ese intervalo tan elevado de treinta años. (203)

A partir de 1980, la enfermedad está en fase de disminución en los países occidentales (192) persistiendo esta tendencia en la actualidad.

La aparición del SIDA, ha dado lugar a la proliferación de formas graves y muy contagiosas entre los enfermos de SIDA (204) incluso en niños que no adquirieron la enfermedad mediante transmisión sexual (205), lo cual preocupa dado que podrían actuar como fuente de contagio, pudiendo variar la actual tendencia descendente de la enfermedad (206). Sin embargo hasta la fecha estos temores no han podido confirmarse.

III.3.1.1.12. PEDICULOSIS PUBIS:

Esta parasitosis se frecuentemente en las consultas de E.T.S. y es considerada como tal.

Sus cifras se mantienen en un incremento constante acompañando a las cifras globales de la E.T.S., así en el Reino Unido en 1975 se declararon 5838 casos y en 1984, 11461, sin embargo a partir de 1986 comienza a aparecer un descenso, 10527 casos en 1986, descenso que se mantiene. (136,192)

Debido a que la enfermedad es más frecuente en homosexuales, se piensa que el impacto del SIDA podría estar relacionado con este descenso.

III.3.1.1.13. URETRITIS DE CAUSA DESCONOCIDA:

Carecemos de cifras globales en lo que se refiere a la

incidencia de este problema, que por otra parte, es bastante frecuente en las consultas de E.T.S. variando su frecuencia entre el 20 y el 38 % de los casos totales de Uretritis No Gonocócicas (207).

Como podemos ver estos porcentajes son variables y hay que valorar la capacidad de diagnóstico microbiológico de cada centro, a este respecto, hay que señalar que la investigación de las mujeres parejas sexuales de estos enfermos revelan cifras altas de infección por Chlamydia trachomatis y de otros gérmenes, que no pueden ponerse en evidencia en el varón (208). También hay que tener en cuenta gérmenes que habitualmente no se investigan en los protocolos de uretritis y que pueden ser los causales (209).

Un dato curioso es que la práctica de la fellatio tiene una relación epidemiológica con este proceso con significación estadística. (210)

III.3.1.2. PERFILES EPIDEMIOLOGICOS DE LAS DIFERENTES E.T.S.:

Poseemos datos de las E.T.S. más frecuentes, que la mayoría de las veces, son concordantes en los distintos países pertenecientes a un mismo entorno y con situaciones sociales y económicas similares.

Sin embargo, estos datos provienen de estudios realizados en diferentes comunidades o centros de trabajo locales, sin que existan cifras globales, pertenecientes a colectivos grandes como un país o una región.

En numerosas E.T.S., hay ausencia de estos datos o bien los porcentajes de población a que se refieren, tienen poca significación.

III.3.1.2.1. GONORREA:

Clásicamente, se ha reconocido que la enfermedad es más frecuente en hombres que en mujeres, sin embargo como ya apuntamos anteriormente, se ha observado en los últimos años un aumento de la incidencia entre las mujeres, registrando los mayores porcentajes de crecimiento, (96) por otra parte, no se puede olvidar el hecho de que en numerosas ocasiones las mujeres son asintomáticas y esto puede infravalorar el número real de enfermas, a este respecto, llama la atención las investigaciones realizadas en poblaciones cerradas independientemente de los síntomas, observándose tasas más elevadas entre mujeres que en

varones (211). Así pues podemos poner en duda que la enfermedad sea más frecuente en varones.

En lo que se refiere a la edad, la enfermedad afecta a personas jóvenes predominantemente, siendo los picos de mayor frecuencia entre los 20 y 35 años (96,212,213).

Casi unánimemente en todas las referencias se aporta una mayor incidencia de la enfermedad en las clases sociales más bajas, que en algunos países como E.E.U.U. tiene a su vez una relación con la raza siendo más frecuente en negros e hispanos. (213,214,215,216,217).

La promiscuidad es un importante factor de riesgo, siendo más frecuente la enfermedad en solteros con cambios frecuentes de pareja y en personas que han tenido E.T.S. previas y de repetición (213,218,219).

En mujeres se ha encontrado relación estadística con la edad del primer coito, siendo más frecuente la gonorrea en las mujeres con mayor precocidad (220).

La fuente de infección más frecuente es la prostitución y los contactos ocasionales (212,221).

El empleo de anticonceptivos de manera regular, parece que también tiene relación, siendo mayor, la incidencia de la enfermedad, en mujeres que utilizan anticonceptivos orales, (213,222,223) por contra el empleo de anticonceptivos barrera, disminuye la incidencia (219,224).

La enfermedad es frecuente entre el colectivo homosexual pero con tasas no superiores que las que tienen los varones heterosexuales, aunque hay que tener en cuenta que la gonorrea rectal es asintomática la mayoría de las

veces (153).

Entre los homosexuales es más frecuente la infección por N.G.P.P.(225), en este colectivo, la enfermedad se ve más frecuente en promiscuos con bajo nivel cultural, residentes en grandes ciudades y con un consumo medio de alcohol elevado.(216)

Así pues podemos resumir el perfil epidemiológico del enfermo de gonorrea en los siguientes parámetros:

Hombre o mujer indistintamente, edad comprendida entre 20 y 35 años, soltero, de elevada promiscuidad, usuario habitual de la prostitución, de bajo nivel social, con historia previa repetida de otras E.T.S., si es mujer utiliza anticonceptivos orales y si es varon homosexual reside en una gran ciudad.

III.3.1.2.2. SIFILIS:

En lo que se refiere al sexo, el patrón epidemiológico de la enfermedad está modificándose, es más frecuente en varones, pero se observa en los últimos años al igual que en la gonorrea un aumento progresivo de la incidencia en las mujeres lo cual hace que el cociente hombre/mujer, tienda a ser 1 (127,226).

La edad de los enfermos de sífilis es precoz, oscilando entre los 20 y 30 años (226,227).

La promiscuidad es otro factor relacionado con la enfermedad.(228) El nivel social de los enfermos de sífilis, es bajo y es más frecuente entre negros e hispanos como consecuencia de la mayor pobreza de estos colectivos.

(127,217,229,230,).

La enfermedad sigue siendo más frecuente entre los varones homosexuales (216,231,232), pero a partir de 1984, a consecuencia del SIDA, la enfermedad está disminuyendo entre los homosexuales y aumentando entre las mujeres y los varones heterosexuales.

La fuente de infección más frecuente es la prostitución (227,228).

El empleo de anticonceptivos barrera disminuye la incidencia de la enfermedad (233).

Resumiendo, el perfil de un enfermo de sífilis, es predominantemente un varón, preferentemente homosexual, promiscuo, de bajo nivel cultural, de una edad cercana a los 30 y residente en zona urbana.

III.3.1.2.3. CHLAMYDIA TRACHOMATIS:

En lo que se refiere a la distribución por sexos, debido a que en el varón la sintomatología no es tan llamativa como en la gonorrea, tenemos abundantes referencias de su afectación en mujeres y no tantas en el hombre, pero es lógico pensar como ya se apuntaba en la gonorrea, que la distribución por sexos sea similar.

La edad de los enfermos, también se sitúa entre la población joven, pero en los estudios realizados, se encuentra una precocidad mayor que en la gonorrea, con picos de edad inferiores a los 25 años (147) siendo considerada como la causa más frecuente de uretritis y de cervicitis en adolescentes (234,235,236).

La promiscuidad como en todas las E.T.S. juega un papel importante como factor de riesgo para padecer la enfermedad (237,238).

Es mucho menos frecuente la afectación entre los homosexuales que la gonorrea, si bien es cierto que suele ser asintomática en su localización rectal y que al afectar con mayor frecuencia a adolescentes, la recogida de datos puede ser problemática (153).

La enfermedad afecta con mayor frecuencia a las clases sociales bajas (214,237), si bien es cierto que dentro del colectivo de prostitutas enfermas, el nivel social es superior entre las enfermas de Chlamydia trachomatis que entre las que padecen gonorrea (239).

Las fuentes de infección más frecuentes son la prostitución y las parejas ocasionales.

El uso de anticonceptivos orales tiene una relación directa con la posibilidad de contraer la enfermedad posiblemente como consecuencia de una mayor promiscuidad frente a mujeres que no usan anticonceptivos (147,222,223), por el contrario, se ha demostrado una disminución importante de la incidencia de Enfermedad Inflamatoria Pelviana por Chlamydia en las mujeres que toman anticonceptivos orales, achacándose a factores hormonales (240). Como es lógico el empleo de anticonceptivos barrera, disminuye la incidencia de la enfermedad. (146,237)

En resumen, afecta por igual ambos sexos, es la E.T.S. más frecuente entre adolescentes, la edad media es menor de 25 años, afecta a clases sociales bajas, pero un poco más

elevada que al de los pacientes que padecen gonorrea, la incidencia tiene relación con la promiscuidad.

III.3.1.2.4. UREAPLASMA UREALYTICUM Y MICOPLASMA HOMINIS:

No disponemos de muchos datos a cerca del perfil epidemiológico de los pacientes infectados por estos dos gérmenes.

La infección en mujeres tanto con uno como otro germen, tiene una epidemiología paralela y casi siempre están asociados, la infección afecta con mayor frecuencia a grupos de edades mayores que en otras E.T.S., siendo la media superior a 30 años (154), siendo más frecuente en mujeres solteras con elevada promiscuidad y sobre todo entre las prostitutas (241,242,243).

En varones los datos tampoco son muy valorables si además tenemos en cuenta las dudas existentes en lo que respecta a su papel patógeno (158).

La promiscuidad también juega un papel importante y es menos frecuente la colonización por *Mycoplasma hominis* que en la mujer (244).

Resumiendo, podemos decir que tanto la infección por *Mycoplasma hominis* como por *Ureaplasma uralyticum* tienen un papel relativo como productoras de E.T.S., la promiscuidad es el dato epidemiológico más importante a la hora de relacionarlo con estas infecciones, y en lo que se refiere a mujeres afecta con mayor frecuencia a grupos de edades mayores de 30 años.

III.3.1.2.5. CANDIDIASIS GENITAL:

Nos interesa casi exclusivamente la afectación en la mujer.

Como factores de riesgo más importantes se han señalado, en primer lugar la promiscuidad sexual (245), y también la falta de medidas higiénicas (246).

No se ha encontrado relación aparente con la edad, ni con el nivel socioeconómico (247) y en el caso de Candidiasis crónica, no se ha podido demostrar la existencia de factores epidemiológicos relacionados. (248).

El empleo de anticonceptivos orales puede ser un factor desencadenante de la enfermedad, pero su empleo de manera habitual no tiene relación epidemiológica con la Candidiasis genital (249).

Así pues podemos decir que el único factor epidemiológico relevante de la enfermedad es la promiscuidad.

III.3.1.2.6. TRICHOMONAS VAGINALIS.

La enfermedad afecta fundamentalmente a mujeres, por lo general mayores de 30 años, con elevada promiscuidad (241,243).

El empleo de anticonceptivos orales y barrera parece que no tienen demasiada influencia en la posibilidad de contraer la enfermedad (233,250).

En varones, la afectación es casi exclusiva de los heterosexuales y la fuente de infección selectiva es una prostituta de bajo nivel. (250,251)

En resumen afecta a mujeres mayores de 30 años, promiscuas, con independencia de otros factores de riesgo.

En varones, en heterosexuales, y como fuente de infección la prostitución.

III.3.1.2.7. GARDNERELLA VAGINALIS:

El único factor de riesgo reconocido en relación con la enfermedad es la promiscuidad sexual (241,249).

También se ha relacionado con el empleo de tampones intravaginales en la menstruación, ya que podría favorecer el desarrollo de los gérmenes (252).

El empleo de anticonceptivos orales no tienen relación aparente, pero si pueden tenerla los dispositivos intrauterinos (252,253,254).

III.3.1.2.8. HERPES SIMPLE GENITAL:

Respecto al sexo, parece que tiene una mayor incidencia en las mujeres (179,255).

La enfermedad es más precoz en mujeres, con edades máximas entre los 20 y 24 años (185), que en varones en los que la edad de máxima incidencia oscila entre 25 y 30 años (178,179), aunque en estudios de seroprevalencia, aparecen picos de edades superiores a los 30 años (255), en este mismo estudio se observa una mayor incidencia de la enfermedad en personas de raza negra en E.E.U.U. sin encontrar relación con el nivel socioeconómico, relación que si se ha podido encontrar en otros países. (256) Siendo una E.T.S. relativamente frecuente entre grupos de nivel

socioeconómico elevado antes de que se iniciara su ascenso en las tasas (257).

La promiscuidad sexual tiene relación con la incidencia de la enfermedad, es frecuente tener antecedentes de otras E.T.S. (257), en mujeres existe relación con la precocidad en las relaciones sexuales y con el número de parejas (258).

En lo que se refiere a la conducta sexual, es más frecuente entre los homosexuales (256), si bien es cierto que antes del inicio del aumento de las tasas era más frecuente en heterosexuales (259).

En resumen la enfermedad es más frecuente en mujeres, las cuales padecen la enfermedad a edades más precoces que el hombre, la promiscuidad es el factor relacionado más importante, no hay relación clara con el nivel socioeconómico y en los varones es más frecuente entre los homosexuales probablemente en relación con la promiscuidad.

III.3.1.2.9. CONDILOMAS VENEREOS:

En algunas series estudiadas parece que la enfermedad es más frecuente en mujeres que en varones, (198) sin embargo en series más amplias se observa que la frecuencia es mayor en varones (190), si bien es cierto que muchas mujeres no consideran los Condilomas como una E.T.S. y solicitan menor atención médica por ello. Sin embargo, si se está observando un crecimiento de las tasas de la enfermedad, mayor entre las mujeres que entre los hombres (195).

La edad de los enfermos oscila entre los 20 y los 40 años (190,260,261), aunque con picos máximos a edades jóvenes, menores de 22 años (195,197).

El número y el cambio de pareja sexual, parece que es el mayor factor de riesgo para padecer la enfermedad, siendo mucho más frecuente en solteros y divorciados (262,263,264,265).

La existencia de E.T.S. anteriores, tiene relación estadística con riesgo de padecer la enfermedad, sobre todo cuando la E.T.S. es infección por Chlamydia trachomatis (262).

En estudios sobre el nivel socioeconómico, se ve una relación entre el padecimiento de la enfermedad, el desarrollo de cáncer y el nivel socioeconómico bajo, como consecuencia probablemente de dificultades al acceso de los servicios de salud en las clases sociales más bajas (266).

En varones la enfermedad es más frecuente entre los homosexuales (267). La fuente de infección más frecuente son los contactos ocasionales (264). El empleo de anticonceptivos orales tiene relación con un aumento de la incidencia de la enfermedad en la mujer, probablemente relacionado con un aumento de la promiscuidad (260,268).

En lo que respecta al desarrollo de cáncer cervical, en mujeres que padecen la enfermedad, se ha observado una relación estadística con el hábito de fumar y con la promiscuidad. (260,263,265,268)

En los varones homosexuales con Condilomas perianales, también se desarrolla con mayor frecuencia, cáncer de la

mucosa anal (267,269,270).

III.3.1.2.10.PARASITOSIS:

Nos referimos en primer lugar a la Pediculosis del pubis, que afecta con mayor frecuencia a los varones, sobre todo a los homosexuales y que está en relación directa con la promiscuidad. (271).

En lo que respecta a la Escabiosis hay que tener en cuenta que la enfermedad muchas veces no es una E.T.S.; es más frecuente en niños, en los adultos el pico máximo de edad oscila entre los 15 y 44 años (272). Entre los varones es más frecuente en el grupo de homosexuales (205).

III.3.2. SITUACION EN ESPAÑA:

III.3.2.1. CIFRAS GLOBALES DE LAS E.T.S.:

Los datos globales a cerca de la situación en España de las E.T.S., no son muy fiables, debido a la tradicional infradeclaración que existe de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (E.D.O.), sobre todo en lo que respecta a las E.T.S. Por otra parte sólo la sífilis y la gonorrea pertenecen al grupo de las E.D.O. desde 1982 (273). En la Comunidad de Madrid, se realizó a partir de 1986 un programa de mejoras en el sistema de notificación de las E.D.O. introduciendo un apartado nuevo, denominado "Otras E.T.S." sin individualizar las distintas E.T.S., diferentes a la Sífilis y a la Gonorrea.

Analizando las cifras oficiales de los Boletines Epidemiológicos Semanales del Ministerio de Sanidad y Consumo, calculando las tasas, utilizando como denominadores la población de edades comprendidas entre 15 y 44 años obtenida por extrapolación aritmética de los datos censados, observamos la existencia de unas tasas elevadas y de un aumento importante y progresivo de las E.T.S. en el período 1982-1986 (274). Tabla nº IV:

	1982	1983	1984	1985	1986
SIFILIS	5'06	24'09	29'91	36'13	40'11
GONORREA	32'73	110'81	125'73	165'31	208'46

TABLA Nº IV: Tasas anuales de Sífilis y Gonococia en España calculadas para la población comprendida entre 15 y 44 años.

Por otra parte, datos procedentes de encuestas realizadas a Dermatovenerólogos en el año 1983, también muestran un aumento global importante de las E.T.S. en España en el período 1975-1983. (275)

Si observamos las tasas calculadas para la población global, tabla nº V:

	1983	1984	1985	1986
SIFILIS	8'74	10'31	10'11	9'59
GONORREA	61'44	71'18	79'41	77'83

TABLA Nº V: Tasas anuales de Sífilis y Gonorrea en España

Se puede observar el mismo aumento anteriormente comentado pero con cifras mucho menos llamativas. (276)

Analizando separadamente las cifras de las tasas de cada una de las dos enfermedades, llama la atención lo elevadas que son las de la sífilis, superiores a las de cualquier país europeo, e incluso a las de E.E.U.U., donde la tasa es muy alta, lo cual hace, que miremos con prevención estos datos y que haya que pensar en una sobredimensión de las cifras, dado que no se especifica en los boletines de declaración si los datos se refieren únicamente a sífilis precoz, por lo que puede darse el caso de que muchas de las notificaciones puedan referirse a enfermos de sífilis antigua, pacientes con serologías persistentes, que pueden engrosar año tras año las cifras de sífilis en España; por otra parte dado el anonimato de

la declaración, hay que tener en cuenta las posibles duplicaciones de las declaraciones, pudiéndose dar el caso de que un mismo enfermo acuda a más de un médico, siendo notificado en más de una ocasión.

En lo que se refiere a la gonorrea, podemos ver, que al contrario que en la sífilis, las tasas son muy inferiores a las de los países de nuestro entorno, lo cual indica una infradeclaración de esta enfermedad.

Así pues hay que poner en duda la fiabilidad de las cifras de que disponemos en este período 1982-1986.

En el período 1986-1988, se observa un lento descenso en las tasas tanto de la sífilis como de la gonorrea que pasan respectivamente a 5'87 y 50'13 (277). Este descenso persiste en 1989 y 1990 (278).

Con los datos procedentes de la Comunidad de Madrid en lo que respecta al apartado de " Otras ETS" observamos un aumento del 16'8 % en las tasas durante el período 1986-1988 (279), este aumento persiste en 1989 (280). En estos aumentos hay que tener en cuenta la mejora en la cobertura de las notificaciones como consecuencia de las variaciones efectuadas en el Servicio de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria.

A partir de 1990 y hasta nuestras fechas, se observa una importante desaceleración.(281)

En resumen podemos decir que en lo que se refiere a las cifras globales de las E.T.S. en España, se ha observado un importante aumento en el período 1975-1985, iniciándose a partir de aquí un lento descenso progresivo

que se mantiene hasta nuestras fechas, en el que han podido influir varios factores como la mejora en los sistemas de notificación de las E.T.S., la posible influencia del SIDA sin olvidar el progresivo envejecimiento de la población.

III.3.2.2. PERFILES EPIDEMIOLOGICOS DE LAS E.T.S. EN ESPAÑA:

En este apartado no es posible introducir todas las E.T.S. que hemos visto en los apartados anteriores, dado que no disponemos de estudios realizados en España que nos ofrezcan datos en lo que se refiere al perfil epidemiológico de la Escabiosis, la Pediculosis del pubis, las Uretritis de causa desconocida, las vaginosis por *Gardenerella* e incluso la Candidiasis genital.

III.3.2.2.1. GONORREA:

En las publicaciones de las series españolas, se observa que la edad de máxima incidencia de la enfermedad está entre los 20 y 30 años (282,283,284), siendo menor entre las mujeres, 20-24 años.(285)

En la distribución por sexos, la enfermedad es más frecuente en varones.(284) La promiscuidad es elevada, es frecuente la asociación a otras ETS o bien tener antecedentes de haberlas padecido anteriormente, siendo especialmente frecuente la asociación con *Tricomona vaginalis* en la mujer.(282,286,287)

El Nivel de instrucción adquirido de los enfermos es bajo (286,287,288).

En lo que respecta a la conducta sexual, el porcentaje de varones homosexuales varía entre un 15 y un 27% (283,284,286).

La fuente de infección más frecuente en los varones es la prostitución, que representa como media el 50 % de los

casos. (284,286,287,288)

Podemos resumir, que el perfil epidemiológico es similar al internacional, aparece en gente joven entre 20-30 años, más frecuente en varones, elevada incidencia entre homosexuales, los enfermos tienen una promiscuidad alta, con altos porcentajes de antecedentes de haber padecido E.T.S. anteriores o asociadas y la fuente de infección principal es la prostitución.

III.3.2.2.2. SIFILIS:

En todas las series publicadas hay mayor incidencia en los varones (289,290,291).

En lo que respecta a la edad, el rango es grande, abarcando entre los 20 y 40 años (289,290). La promiscuidad es un factor importante, siendo frecuente la enfermedad entre las personas que ejercen la prostitución y entre el colectivo de varones homosexuales (289).

El nivel de instrucción es bajo y hay relación con antecedentes de E.T.S. anteriores, sobre todo con gonorrea (289).

III.3.2.2.3. CHLAMYDIA TRACHOMATIS:

La enfermedad, se diagnostica con mayor frecuencia en los varones (292).

En lo que respecta a la edad, las cifras son discordantes, ya que en las publicaciones provenientes de clínicas ginecológicas los picos de edad en mujeres varían entre los 30 y 40 años (293,294), mientras que con datos

procedentes de clínicas de E.T.S. las edades oscilan entre los 19 y 25 años en mujeres y 20 y 29 en los varones, cifras más de acuerdo con las de otros países (292,295).

La promiscuidad es elevada en los varones con la enfermedad y entre las mujeres es frecuente el porcentaje de prostitutas (292,296).

El nivel de instrucción de los enfermos es bajo, pero superior al de los enfermos de gonorrea (297,298). En lo que respecta al empleo de anticonceptivos, llama la atención, la frecuencia del DIU entre las mujeres enfermas (294).

III.3.2.2.4. MICOPLASMA HOMINIS Y UREAPLAMA UREALITICUM:

En los pocos estudios de que disponemos, observamos que la infección es más frecuente en varones, predominantemente heterosexuales (98 %), los picos de mayor frecuencia entre los 25 y 29 años y el factor más importante relacionado con la enfermedad es la promiscuidad elevada (299,300).

III.3.2.2.5. TRICHOMONAS VAGINALIS:

Es más frecuente en mujeres, en varones viene a suponer el 4'6 % de las U.N.O.. La edad media es de 28 años en las mujeres y de 36 en los varones. (251,301)

El nivel de instrucción es bajo, la promiscuidad elevada, la frecuencia de antecedentes de otras E.T.S., alta y es frecuente el empleo de anticonceptivos orales y

D.I.U.. (302)

III.3.2.2.6. HERPES GENITAL:

La enfermedad parece que es mucho menos frecuente en España que en otros países como E.E.U.U. y Reino Unido (303,304,305).

Afecta más a varones , es frecuente en homosexuales y la edad de los enfermos oscila entre 25 y 30 años (306).

La promiscuidad elevada y los antecedentes de haber padecido otras E.T.S. son factores muy relacionados con los enfermos de Herpes genital (307,308).

III.3.2.2.7. CONDILOMAS VENEREOS:

No hay mucha diferencia en la afectación en lo que respecta al sexo (309).

Las edades de los enfermos varían entre los 20 y 30 años, la enfermedad es frecuente entre los varones homosexuales y entre los A.D.V.P. (309,310,311).

En mujeres el anticonceptivo más empleado es el DIU no encontrándose además relación con la promiscuidad. (312,313)

IV. OBJETIVOS:

A partir de 1982 se ha podido observar en los diferentes países, incluida España, aunque con algo de retraso, una disminución de las tasas de algunas E.T.S.

Como hemos podido ver en la introducción, la aparición del SIDA en 1981, enfermedad con elevada mortalidad y la importancia que los medios de comunicación tienen en la actualidad, en lo que se refiere a velocidad en la información y en su capacidad para influir en el estado de opinión de los miembros de la sociedad, ha generado un sentimiento de miedo a contraer el SIDA.

Este hecho ha podido suponer, un factor de cambio importante, en el comportamiento sexual de la sociedad en estos últimos años, que podría explicar estas variaciones cuantitativas en las tasas de las distintas E.T.S.

Podríamos pensar que además de estas variaciones cuantitativas fácilmente demostrables, también podrían haber tenido lugar variaciones cualitativas, en lo que se refiere a los perfiles epidemiológicos de los enfermos de las diferentes E.T.S., entendiéndose por perfil epidemiológico las características de edad, sexo, conducta sexual, promiscuidad, nivel social ect... predominantes en los enfermos de las diferentes E.T.S..

Las variaciones cuantitativas en España, podemos evidenciarlas mediante las tasas globales de las E.T.S. , pero sin poder individualizarlo para cada una de las diferentes E.T.S. ya que los datos de que disponemos sólo son de la Sífilis y Gonorrea , por otra parte no podemos

achacarias exclusivamente al SIDA, ya que otros factores como el mayor desarrollo socioeconómico del país o la mejora en la asistencia sanitaria podrían servir de ejemplo como factores a tener en cuenta a la hora de intentar explicar el descenso de algunas E.T.S.

Sin embargo, la existencia de cambios en los perfiles epidemiológicos de los enfermos de las diferentes E.T.S., sí podrían indicar al menos indirectamente modificaciones en la conducta sexual derivada de la influencia del SIDA en nuestra sociedad en los últimos años.

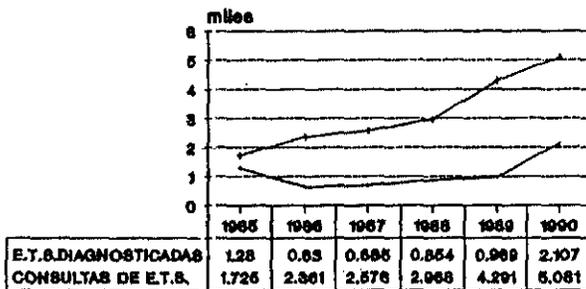
Para intentar demostrar la existencia de éstas variaciones, he aprovechado el trabajo realizado en el consultorio de E.T.S., Sandoval, de la Comunidad de Madrid desde el año 1984, teniendo acceso al archivo de historias clínicas de este centro, analizando los datos epidemiológicos, los resultados, aunque si bien, pueden suponer una visión muy particular del problema, si pueden ser significativos, en lo que se refiere sobre todo, a los cambios cualitativos que se han generado en relación con la aparición del SIDA, entre poblaciones de alto riesgo para padecer E.T.S. que por otra parte, son los clientes habituales de este tipo de consultorios.

Analizando la evolución en lo que se refiere al número de total de consultas de E.T.S. y al número de casos nuevos de E.T.S. diagnosticados en el C.S.Sandoval en el período comprendido entre 1985 y 1990, como podemos observar en la Tabla VI, se puede ver que mientras que el número de consultas ha tenido un aumento progresivo, el número de

E.T.S. diagnosticadas tuvo una disminución llamativa en el período 1988-1989, para volver a aumentar de manera espectacular en 1990.

Lo cual puede ser un indicador de los posibles cambios epidemiológicos anteriormente sospechados. TABLA VI:

VARIACIONES EN LAS E.T.S. C.SANDOVAL



— E.T.S.DIAGNOSTICADAS — CONSULTAS DE E.T.S.

Así pues, los objetivos de mi tesis tratan mediante la comparación de las historias clínicas del consultorio, de los siguientes períodos:

-El comprendido entre Septiembre de 1984 y Septiembre de 1985, cuando aún el SIDA no tenía un impacto importante en la sociedad madrileña.

-El del año 1987 cuando la enfermedad alcanza su

máximo apogeo en lo que se refiere a preocupación en la sociedad.

-El del año 1990, cuando esta preocupación se mantiene estacionaria o incluso ha bajado.

Encontrar y demostrar la existencia de estos cambios y al mismo tiempo aportar datos nuevos y actuales de algunas E.T.S. de las que en España no existen en abundancia.

V. MATERIAL Y METODOS:

V.1. DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DERMATOLÓGICO SANDOVAL:

Conocido prácticamente por todos los dermatólogos de Madrid y me atrevería a decir que de España, por ser la sede de la Academia Española de Dermatología, el C.S. Sandoval, es un consultorio situado en el centro de Madrid, que desde su fundación en 1926, viene realizando una labor asistencial encaminada al área dermatológica, pero sobre todo en su vertiente de la venereología.

El centro es conocido también a nivel popular y desde siempre han acudido en demanda de asistencia sanitaria los colectivos de mayor riesgo en E.T.S..

La asistencia es gratuita, no es necesario presentar ningún tipo de documentación para ser atendido, tales como documento de la Seguridad Social, Cartilla de Beneficiencia ect...lo cual, favorece el acceso a la asistencia sanitaria y que sea frecuentado por colectivos de alto riesgo, como personas que ejercen la prostitución, emigrantes no legalizados y personas con pocos medios económicos; también ha sido desde su fundación un centro muy demandado por los colectivos de homosexuales de Madrid en demanda de asistencia especializada en E.T.S.; por otra parte la popularidad del centro, hace que también sea atendido un colectivo amplio de la población, con problemas relacionados con las E.T.S., pertenecientes a todos los niveles socioeconómicos.

En consecuencia podemos decir que en general el centro acoge a una población heterogénea, en la que predominan

los grupos sociales de alto riesgo para padecer E.T.S..

En el momento en el que se recogieron los datos para el presente trabajo, el C.S. Sandoval contaba con cuatro consultas de E.T.S. y un laboratorio de microbiología con los medios suficientes para el diagnóstico de la mayoría de las E.T.S., contaba además con la ayuda del Centro Nacional de Virología de Majadahonda para el diagnóstico de laboratorio de enfermedades complejas como Herpes ect... sirviendo además como control de calidad de los diagnósticos efectuados en nuestro laboratorio.

V.2. ENCUESTA APLICADA A LOS ENFERMOS QUE ACUDEN AL
C.S.SANDOVAL. VARIABLES INVESTIGADAS:

Desde el primero de Enero de 1984, se viene aplicando en el C.S. Sandoval, una encuesta clínica uniforme a todos los enfermos de E.T.S., que acuden a las consultas del centro, ésto, nos ha permitido contar con datos uniformes aunque provinieran de distintas consultas del mismo centro.

La encuesta aplicada es la que recomendó el Grupo Español para la Investigación de las Enfermedades de Transmisión Sexual (G.E.I.E.T.S.), es una encuesta, dirigida a recoger datos, tanto clínicos, epidemiológicos como del laboratorio, de fácil cumplimentación, basada en el método de tachar casillas a preguntas ya escritas (314).

Consta de los siguientes apartados:

1.-Razón de la visita: en la que se pregunta por los síntomas por los que el paciente acude a la consulta, también se investiga la posible fuente de infección de la posible E.T.S. motivo de la consulta.

2.-Tratamientos Anteriores: se pregunta sobre los tratamientos previos que el paciente ha realizado, que pueden hacer variar los resultados diagnósticos del laboratorio, sobre la fuente de prescripción de este tratamiento, que nos puede hacer una idea si ha sido correcto o no, también se preguntan datos que pueden interesarnos a la hora de poner nuestro tratamiento, tales como alergias a medicamentos, embarazo y empleo de anticonceptivos.

3.-Actitud Sexual: es un apartado epidemiológico en el que se pregunta sobre la conducta sexual del enfermo, las prácticas sexuales habituales, datos sobre promiscuidad sexual, práctica y uso de la prostitución.

4.-E.T.S. anteriores: en donde se especifica las E.T.S. previas y el número de episodios, diferenciando las que se han padecido en el último año y las más antiguas.

5.-Síntomas de las parejas: se pregunta sobre los síntomas si los hay y si se puede, sobre el diagnóstico de la pareja si le hubiere.

6.-Nivel Socio-económico: se pregunta sobre el nivel de estudios, datos laborales sobre estabilidad en el empleo, y datos sociológicos como el estado civil.

7.-Enfermedades Sistémicas: se pregunta por las que hubiera, se pregunta si ha necesitado transfusiones, si ha tenido Hepatitis B y también se preguntan datos sobre adicción a drogas.

En los siguientes apartados se recogen datos de la Exploración Física, pruebas diagnósticas efectuadas y resultados de éstas.

Las Variables investigadas en la recogida de datos de éste trabajo fueron:

1.-Sexo

2.-Edad

3.-Estado Civil: que incluía las subvariables , Casado, Soltero, Divorciado, Viudo.

4.-Profesión: que incluye, estudiante, espectáculo, hostelería, no cualificado, especializado, prostitución,

parado, jubilado y sus labores.

5.- Nivel de Instrucción Adquirido (N.I.A.): que incluye estudios primarios, medios, superiores, sin estudios.

6.-Conducta Sexual: homosexual, bisexual y heterosexual

7.-Promiscuidad: número de parejas sexuales al año

8.-Tratamiento anterior: sí o no.

9.-Empleo de Anticonceptivos: condon, D.I.U., anticonceptivos orales (pildora), otros.

10.-Síntomas de la pareja: sí, no, no sabe.

11.-Fuente de Infección: pareja habitual, contacto esporádico, prostitución, droga, transfusión.

12.-Drogadicción: No, Heroína, Cocaína, Hachís, y asociaciones.

13.- E.T.S. anteriores : que incluye: Ninguna, Candidas, Chancroide, Chlamydias, Condilomas, Escabiosis, Gardnerella, Gonorrea, Hepatitis B, Herpes, Ladillas, Micoplasma H., Ureaplasma U., N.G.P.P., Sífilis, Tricomonas, Uretritis de Causa Desconocida (Uretritis en la que no se pudo llegar al diagnóstico etiológico), V.I.H. (Infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana independientemente del estadio).

14.-Diagnóstico : que incluye los mismos apartados que el anterior y además los de Sidofobia (miedo a padecer el SIDA sin factores de riesgo) y Sidofobia F.R. (miedo a padecer el SIDA con factores de riesgo asociados)

15.-Síntomas: que incluye: Asintomático, Adenopatías, Astenia, Balanitis, Diarrea, Disuria, Dolor Abdominal, Erupción cutánea, Escozor, Fiebre, Leucorrea, Pérdida de

Peso, Proctitis, Prurito, Sudoración Nocturna, Supuración, Ulcera Genital, Verrugas, Lesión O.R.L., Otros.

V.3. METODOLOGIA DIAGNOSTICA EMPLEADA:

El Centro Sanitario Sandoval, cuenta con un laboratorio propio, dirigido por un Microbiólogo, con personal suficiente y los medios necesarios para efectuar el diagnóstico de la mayoría de las E.T.S. y como ya se ha dicho anteriormente dispone además de la ayuda del laboratorio del Centro Nacional de Virología de Majadahonda para el diagnóstico de procesos con dificultad y como centro de referencia.

La metodología que se ha seguido en las diferentes E.T.S. ha sido la siguiente:

1.- Gonorrea:

En varones: Ante todo enfermo con síntomas de uretritis, incluyendo picor y escozor aún en ausencia de supuración objetiva se realizó toma de muestra intrauretral para investigar Gonorrea, con torunda de lana, introduciendo ésta 1-2 cm en el interior de la uretra y efectuando suavemente varias rotaciones.

En pacientes sin supuración objetiva, la toma de muestras se realizó por la mañana sin haber orinado. Una vez conseguida la muestra, se hizo extensión en un porta efectuándose tinción con GRAM según los métodos tradicionales. Todas las muestras independientemente de los resultados del GRAM fueron cultivadas en medio de Thayer-Martin en atmósfera de CO₂ de 5-10 % para cubrir los casos

en los que puede fallar el GRAM (315).

En varones homosexuales con o sin síntomas se realizó toma de muestra rectal, introduciendo la torunda 2-3 cm en el canal rectal, presionando en las paredes laterales para evitar masas fecales, en caso de contaminación fecal se repetía el procedimiento. Por no disponer de medios, no se realizó visión directa previa con anoscopio, procedimiento que incrementaría la sensibilidad de las tomas, con las muestras rectales se realizó un GRAM y también fueron cultivadas en medio de Thayer-Martin modificado de la casa Difco que contiene además Nistatina 12,5 microgr./ml, Colistina 7'5 microgr./ml., Vancomicina 3 microgr./ml., y Trimetropin 5 microgr./ml.

En Mujeres: independientemente de la sintomatología clínica se tomaron muestras de:

Cervix: para ello se introdujo en la vagina un espéculo desechable, posteriormente se limpió con torunda el exocervix y a continuación se introdujo una torunda de lana en el orificio cervical rotándose varias veces suavemente a ambos lados.

Uretra: La toma de muestras uretrales se efectuó solamente en mujeres con síntomas urinarios, realizándose para ello una compresión de la uretra de dentro a fuera y tomando con la torunda el exudado.

Rectal: En todas las mujeres con o sin síntomas se realizó toma de muestra rectal, siguiendo el mismo procedimiento que el descrito anteriormente en varones.

En caso de Bartolinitis se tomó la muestra de mate



aspirado mediante jeringa en el absceso. (316)

Con todas las muestras se realizó tinción con GRAM y cultivo en medio de Thayer- Martin modificado (317).

Por falta de medios y de enfermos dado el caracter ambulatorio del dispendario no se realizaron tomas de muestras de endometritis, salpingitis, artritis ni hemocultivos.

La prostatitis no se investigó habitualmente debido a la falta de casos de prostatitis aguda y las formas crónicas si las hubiere fueron desviadas a servicios de urología.

La faringitis gonocócica tampoco fué motivo de investigación rutinaria , por falta de enfermos con síntomas y por ser incierto su significado clínico y epidemiológico (318,319).

Todos los cultivos fueron incubados en estufa a 36 °C, efectuándose la lectura de las placas al tercer día. Se realizó la lectura de las colonias, el test de Oxidasa aplastando unas colonias en una tirita de papel filtro, impregnada en solución de clorhidrato de parafenilendiamina al 1 % formándose en los positivos, pigmento rosado en un minuto.

Tambien se estudió la utilización de carbohidratos en medio de Keliog.

En todos los cultivos se realizó el test para la Beta-lactamasa de la cefalosporina cromatogénica mediante tirita impregnada.(320)

No se determinaron auxotipos.

2.-Sífilis: Se siguieron los siguientes parámetros para su diagnóstico:

-Examen en microscopio de campo oscuro: esta técnica, se realizó de manera rutinaria en toda lesión ulcerosa localizada en genitales y en las úlceras extragenitales con sospecha clínica. La técnica de la recogida de muestra se realizó limpiando previamente la úlcera con suero fisiológico, eliminando costras y pus si lo hubiere, secando posteriormente con una gasa, a continuación se hizo una compresión manual de la úlcera tomando el exudado directamente con el porta, realizando a continuación el examen inmediato con el microscopio de campo oscuro.

En el caso de que el paciente se hubiese aplicado medicación antiséptica local previamente, se realizaba la técnica a las 72 horas.

En aquellos casos en los que los resultados eran negativos se repetía la técnica en días sucesivos hasta un total de tres veces hasta dar el resultado negativo como definitivo.

Si clínica y epidemiológicamente había sospechas serias de que se tratase de un chancro sífilítico con tres ultras negativos se valoraba la posibilidad de realizar punción aspiración del ganglio regional siempre que éste mostrase signos de inflamación, para ello se inyectaban en éste 2 ml de suero salino, masajeando posteriormente el ganglio y aspirando a continuación.(321)

-Serología Reagínica: esta prueba se realizó a todos los pacientes que acudían al centro para consultar por

cualquier E.T.S., independientemente de la sintomatología que presentasen, a fin de diagnosticar los casos de sífilis en latencia clínica.

La prueba que se realizó fué el V.D.R.L., los resultados se dieron cuantitativamente a 1/2, 1/4, 1/8, 1/16, 1/32, 1/64 y 1/128 con lo que podíamos seguir la evolución de la respuesta al tratamiento. (322) No disponíamos de automatización para realizar la prueba, para disminuir posibles errores humanos, que es la causa más frecuente de falsos positivos, pero por contra, el personal del laboratorio está muy familiarizado con esta prueba. (323)

-Pruebas Treponémicas: En todos aquellos casos en los que la serología reagínica fué positiva se realizó una prueba treponémica, también se hizo en aquellos casos de úlcera sospechosa con un campo oscuro negativo.

La prueba treponémica que se realizó fue el F.T.A.-abs, prueba muy sensible, pero con el inconveniente de ser laboriosa y de que debe de ser realizada por personal experimentado por contra es la más sensible de todas. (324, 325)

-Diagnóstico de Neurosífilis: Los métodos clásicos de análisis del líquido cefalorraquídeo en los que se realizaba, VDRL, recuento de células, determinación de proteínas y globulinas totales y la determinación de la curva de oro coloidal, están en la actualidad en discusión en cuanto a su efectividad diagnóstica, aunque está claro que la falta de reactividad del líquido cefalorraquídeo a

todo lo anterior excluye con casi seguridad la existencia de neurolues (326), por este motivo en nuestros enfermos con serología reagínica positiva persistente a títulos valorables después de dos años eran enviados al Servicio de Neurología del Hospital General Gregorio Marañón para descartar mediante otros procedimientos la existencia de neurolues.

3.-Mycoplasma Hominis:

En Varones, la toma de muestra se realizó de la uretra siguiendo el mismo procedimiento y los mismos criterios de selección de pacientes que en la gonorrea.

En las mujeres, también se realizó la toma de muestras igual que en la gonorrea.

No se realizaron toma de muestras rectales.

Las muestras obtenidas, se cultivaron en medio de cultivo líquido conocido comercialmente como PPLO, a 37 °C durante tres días, la lectura se hizo mediante la prueba del fenol rojo por cambio de Ph por formación de metabolitos alcalinos y por siembra en medio sólido A7C (320,327).

4.-Ureaplasma Urealyticum: La toma de muestras en hombres y mujeres y sus indicaciones fueron las mismas que las del Mycoplasma hominis. La muestra se inoculó en medio líquido U9 de Shepard con Urea y Ph ácido, se incubó a 37 °C durante dos días, y se observa si cambia el color del medio debido al desdoblamiento de la urea a amoníaco, variando el Ph; en caso positivo, se cultiva en medio sólido durante 7 días, testándose la producción de ureasa mediante la

adición al medio de una solución de Urea al 1% y Cloruro de Manganeso al 0'8%, siendo positiva cuando las colonias se tñen de marron oscuro o negro. (320).

5.-Chlamydia Trachomatis: Hasta 1986, el dispensario carecía de medios para el diagnóstico de la infección genital por Chlamydias, por lo que éste se realizaba rutinariamente en el Centro Nacional de Virología de Majadahonda.

La toma de muestras se realizó sistemáticamente a todas las mujeres que acudían a la consulta de E.T.S. y a todos los hombres con síntomas o sospechas de uretritis.

La recogida de la muestra se efectuó con torunda de algodón siguiendo el mismo procedimiento descrito anteriormente para la gonorrea.

Las muestras obtenidas se introdujeron en medio de transporte a base de sucrosa bufferada que nos proporcionaba el Centro Nacional de Virología de Majadahonda almacenándose en nevera; todos los días eran transportados en nevera portátil a Majadahonda, donde se efectuaba el diagnóstico mediante incubación en cultivo de células monocapa de células McCoy en medio RPMI 1640, pretratado con Cicloheximidina, durante 72 horas a 36 °C, posteriormente se efectuaba la identificación mediante tinción con GIEMSA.(328)

A partir de 1986 se empiezan a realizar en el Dispensario Sandoval, técnicas inmunoenzimáticas, para el diagnóstico de las Chlamydias, con resultados que se estuvieron comparando con los de Majadahonda, que a su vez

se compararon con técnicas de inmunofluorescencia con anticuerpos monoclonales (Microtrak), con muy buenos resultados de especificidad y sensibilidad , motivo por el que a partir de entonces se siguió este método para el diagnóstico de la Chlamydias en el Dispensario Sandoval. (329,330,331,332,333)

6.-Candida Albicans: Se realizó toma de muestra a todas las mujeres que acudían a la consulta de E.T.S. recogién dose de los fondos de saco y paredes vaginales; en los varones sólo se tomó muestra en aquellos tenían síntomas de balanitis.

La muestra se tiñó con GRAM y se cultivó en medio de Saboureaud. (334). No se realizó identificación para saber el tipo de Candida.

7.-Trichomonas Vaginalis: Se realizó toma de muestras en todas las mujeres que acudieron a la consulta de E.T.S., obtenién dose de los fondos de saco vaginales, el diagnóstico se realizó mediante observación directa en suero salino , en los negativos, se realizó además tinción con GIEMSA y en los negativos, se cultivó en medio de Roiron incubado durante 7 días. (334,335)

En los varones se tomaron muestra en aquellos que tenían síntomas de uretritis y en los que tenían balanopostitis (336), realizándose directamente cultivo en medio de Roiron.

8.- Condilomas Venéreos: Sólo se incluyeron los casos con lesiones externas visibles, en algún caso dudoso se efectuó biopsia que fué procesada y diagnosticada en el Servicio de

Anatomía Patológica del H. G. Gregorio Marañón (Dr. M. Leconal, en los varones se realizó antes del tratamiento, aplicación de compresa húmeda en solución de Acido Acético al 5% durante 5 minutos para mejorar el índice de diagnóstico (337). Las lesiones localizadas en mucosa rectal, se diagnosticaron mediante anoscopia que se efectuó rutinariamente en todos aquellos pacientes con lesiones perianales.

Las mujeres con Condilomas externos fueron enviadas a los servicios de Ginecología del Servicio Regional de Salud para realizar estudio ginecológico.

9.-Vaginosis Inespecífica: para el diagnóstico de éste proceso se consideró necesario presentar al menos, tres de los siguientes criterios (338,339)

Presencia de flujo blanco adherente en paredes vaginales.

Ph del exudado vaginal > 4.5 .

Prueba del KOH con fuerte olor a pescado.

Presencia de células clave (Clue cells).

En los casos positivos se efectuó además tinción con GRAM y cultivo en medio Agar Bilayer para confirmar la presencia de *Gardnerella vaginalis*. (340,341)

10.-Herpes Genital: El diagnóstico de esta infección se ha realizado con la ayuda del Centro Nacional de Virología de Majadahonda, transportándose las muestras diariamente.

En mujeres, se realizó toma de muestras del cervix siguiendo procedimientos anteriormente descritos, a todas las mujeres que acudieron a la consulta de E.T.S., independientemente de los síntomas.

En varones se realizó toma de muestra intrauretral de todos los que tuvieron síntomas de uretritis.

En los casos de lesiones cutáneas sospechosas de infección por Herpes, incluidas úlceras genitales, se efectuó también toma de muestra de la base de las erosiones o úlceras y en caso de la existencia de vesículas se rompieron tomando la muestra del suelo de la vesícula.

En Majadahonda el diagnóstico se efectuó mediante aislamiento del virus en cultivo de fibroblastos humanos diploides de riñón embrionario, efectuándose la lectura a los 4 días de la inoculación, repitiéndose a los 8 y 14 días. (342)

11.-Uretritis de Causa Desconocida: Se incluyeron dentro de éste apartado a todos aquellos varones con síntomas subjetivos y objetivos de uretritis en los que se realizó toma de muestras, como se ha descrito previamente, para todas las uretritis, encontrándose en la tinción con GRAM, la existencia más de 3 polimorfonucleares por campo y habiendo sido negativos los resultados para el diagnóstico de Gonorrea, Ureaplasma U, Micoplasma H., Chlamydia T., Trichomona V. y Herpes Genital

12.-Parasitosis: Incluyendo Escabiosis y Pediculosis, se efectuó el diagnóstico en el primer caso por criterios puramente clínicos y posterior diagnóstico adjuvantis y en el segundo por la visualización del parásito.

13.-Fobias: se incluyeron en este apartado tres tipos de procesos:

a) la Venereofobia en la que se incluyeron pacientes

con síntomas sólo subjetivos en los que no se pudo demostrar ningún tipo de patología y en los que no existían datos epidemiológicos en su historia de riesgo para padecer E.T.S., a todos ellos se les realizó serología reagínica para sífilis.

b) Sidofobia en la que se incluyeron a los pacientes que demandaban únicamente realizarse la prueba diagnóstica del SIDA, sin presentar ninguna sintomatología y sin tener datos epidemiológicos en su historia de riesgo para padecer la enfermedad.

c) Sidofobia con Factores de Riesgo, que cumplían los requisitos del apartado anterior pero con existencia de datos epidemiológicos en su historia de factores de riesgo para padecer la enfermedad.

14.-Chancroide: La toma de muestra se realizó de todas aquellas lesiones ulcerosas genitales, en las que no se había podido demostrar previamente su etiología, para lo que se siguió el procedimiento de sin limpieza previa y con asa de platino arañar el fondo de la ulcera, sembrándose a continuación en medio de Hammond modificado (Agar chocolate con Vancomicina 3 microgr/ml e Isovitalex BBL al 1%) incubándose en atmósfera de CO₂ al 10%, a 35 °C.

15.-Infección por V.I.H.: El diagnóstico se efectuó por la determinación en sangre de Ac anti-VIH, mediante el método de ELISA, con confirmación de los positivos con el método de Western blot. (43)

Estas pruebas se realizaron en el Centro Nacional de Virología de Majadahonda, efectuándose la extracción de

sangre en el dispensario, siendo transportada diariamente a Majadahonda.

A partir de 1986, se comienzan a realizar en el dispensario la prueba de ELISA, confirmándose los casos positivos en Majadahonda con el Western blot.

La determinación de anticuerpos se realizó en todos los pacientes que lo solicitaron y en aquellos, previo consentimiento, en los que el médico consideró de importancia su realización por necesidades diagnósticas o epidemiológicas.

V.4. SELECCION DE LAS MUESTRAS. TRATAMIENTO ESTADISTICO:

Las historias clínicas del C.D.Sandoval se almacenan de manera independiente en cada consulta, con una numeración correlativa, distinta para cada una.

La selección de las historias para la realización del presente trabajo, se efectuó a partes iguales en las distintas consultas, mediante tablas de números aleatorios de cuatro cifras generadas por el programa de ordenador SIGMA.

En una primera fase del estudio se seleccionaron tres muestras de 50 historias cada una, correspondientes a los períodos de Septiembre de 1984-Septiembre de 1985, año 1987 y año 1990.

Los muestras se metieron como base de datos en tres ficheros respectivamente, en el programa de ordenador SIGMA, determinándose mediante este programa el tamaño aconsejado de la muestra para cada fichero, según análisis de las diferentes variables previamente citadas.

Al final se escogieron las cantidades de historias necesarias más elevadas respectivamente según los distintos datos que nos proporcionó el programa, seleccionándose finalmente, 281 historias del año 1985, 318 del año 1987 y 283 del año 1990.

Todas las variables cualitativas investigadas se expresaron en porcentajes, aportándose los datos siguientes:

* n: número de individuos.

* porcentaje en %.

* Sp: error estandard del porcentaje para poder calcular el Intervalo de Confianza para un determinado nivel de probabilidad.

* I.C.: Intervalo de Confianza, calculado a partir del Sp para una $p < 0.05$, se recoge sólo en los datos globales correspondientes a los ficheros generales de las tres muestras.

En las variables cuantitativas se determinaron los siguientes parámetros:

* m: media aritmética

* Dt: desviación típica

* Rango con los valores máximo y mínimo entre paréntesis.

* Coef. Var.: coeficiente de variación que nos indica el tanto por ciento de la media que representa la desviación típica.

* Sm: error estandard de la media, que nos permite calcular también el I.C. para un determinado nivel de probabilidad.

Los resultados generales correspondientes a los tres archivos se compararon entre sí, las variables cualitativas se procesaron mediante comparación de porcentajes, utilizándose para calcular el Error Estandard de la diferencia de porcentajes la prueba Exacta de Fisher calculando además el nivel de significación.

Las variables cuantitativas se compararon obteniendo la diferencia de las medias de ambas, el Error Estandard de esta diferencia se calculó mediante la Desviación Típica

ponderada de las dos muestras, en el caso de que las Varianzas no fuesen homogéneas, se calculó a partir de las Desviaciones Típicas de cada muestra, en ambos casos la distribución teórica con la que se contrastó fué la "t" de Student, con un valor corregido (corrección de Welch) en el segundo caso.(344)

Se realizó la determinación de una posible asociación entre variables cualitativas para cada diagnóstico mediante la prueba Exacta de Fisher.(344)

Todos los cálculos anteriormente descritos se realizaron mediante el programa SIGMA de ESTADISTICA.

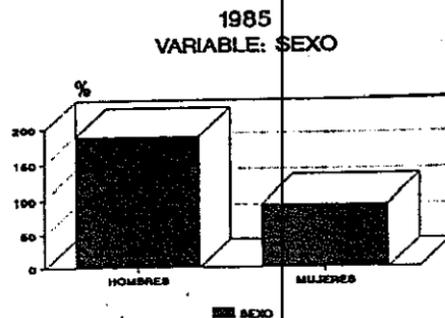
VI. RESULTADOS:

IV.1.RESULTADOS DE 1985:

IV.1.1.DATOS GLOBALES:

1985
VARIABLE: SEXO

- HOMBRES: n=189. 67.26%. Sp = 2.80
Inter.Conf. p<0.05 = 61.77-72.75
- MUJERES: n=92. 32.74%. Sp = 2.80
Inter.Conf. p<0.05 = 27.25-38.23



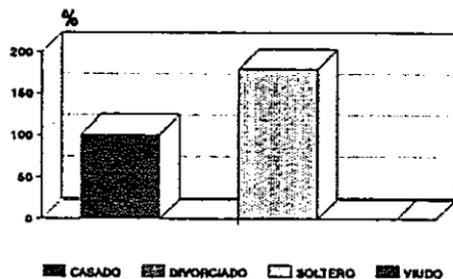
1985
VARIABLE : EDAD

- m = 28.94. Dt=8.81. Rango=48(17-65)
Coef.Var.=30.45. Sm= 0.5255
- Edad en Hombres:
m =29.53. Dt=8.66. Rango=48(17-65)
Coef.Var.=29.32. Sm=0.63
- Edad en Mujeres:
m = 27.69. Dt=9.03. Rango=37(18-55)
Coef.Var.=32.60. Sm=0.94

1985
VARIABLE: ESTADO CIVIL

- CASADO: n=101. 35.94%. Sp=2.86.
Inter.Conf. p<0.05 = 30.33-41.55
- DIVORCIADO: 0
- SOLTERO: n=180. 64.06%. Sp=2.86.
Inter.Conf. p<0.05 = 58.45-69.67
- VIUDO: 0

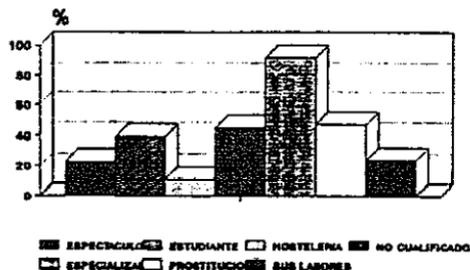
1985
VARIABLE: ESTADO CIVIL



1985
VARIABLE: PROFESION

- ESPECTACULO: n=23. 8.19%. Sp=1.64. LC.=4.98-11.
- ESTUDIANTE: n=39. 13.88%. Sp=2.06. LC.=9.84-17.
- HOSTELERIA: n=11. 3.91%. Sp=1.16. LC.=1.65-6.18
- NO CUALIFICADO: n=45. 16.01%. Sp=2.19. LC.=11.73
- ESPECIALIZADO: n=92. 32.74%. Sp=2.80. LC.=27.2
- PROSTITUCION: n=47. 16.73%. Sp=2.23. LC.=12.36-
- SUS LABORES: n=24. 8.54%. Sp=1.67. LC.=5.27-11

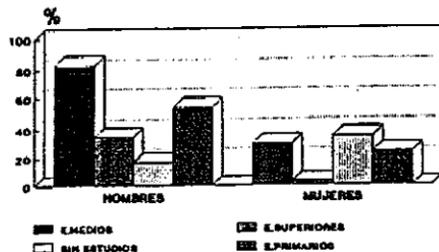
1985
VARIABLE: PROFESION



1985
VARIABLE: N.I.A.

- E.MEDIOS: n=113. 40.21%. Sp=2.93. LC.= 34.48-45.95
- E.SUPERIORES: n=38. 13.52%. Sp=2.04. LC.= 9.52-17.52
- SIN ESTUDIOS: n=52. 18.51%. Sp=2.32. LC.=13.96-23.05
- E.PRIMERIOS: n=78. 27.76%. Sp=2.67. LC.=22.52-32.99

1985
VARIABLE: N.I.A.



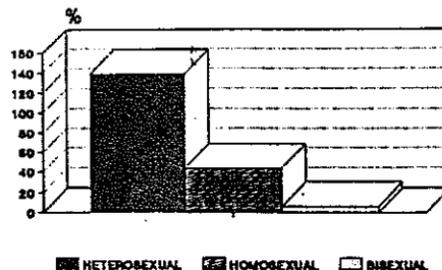
1985
VARIABLE: N.I.A./SEXO

- E.MEDIOS: HOMBRES:n=83, 43.92%, Sp=3.61
MUJERES:n=30, 32.61%, Sp=4.89
- E.SUPERI: HOMBRES:n=35, 18.62%, Sp=2.83
MUJERES:n=3, 3.26%, Sp=1.85
- SIN ESTU: HOMBRES:n=17, 8.99% Sp=8.99
MUJERES:n=35, 38.04% Sp=5.06
- E.PRIMAR: HOMBRES:n=54, 28.57% Sp=3.28
MUJERES:n=24, 26.09% Sp=4.58

1985
VARIABLE: CODUCT. SEXUAL HOMBRES

- HETEROSEXUAL:n=139, 73.54%, Sp=3.21
LC.=67.26-79.83
- HOMOSEXUAL:n=44, 23.28%, Sp=3.07
LC.=17.26-29.31
- BISEXUAL:n=6, 3.17%, Sp=1.28
LC.=0.68-5.67.

1985
VARIABLE: COND. SEXUAL HOMBRES

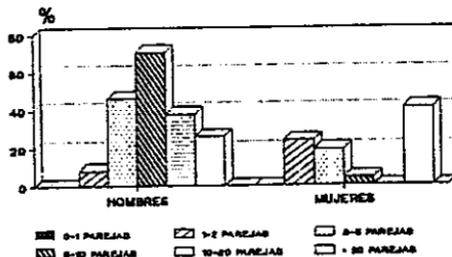


1985
VARIABLE: PROMISCUIDAD

- 0-1 PAREJAS: n=0
- 1-2 PAREJAS: n=32, 11,56%. Sp=1,92. LC.=7,79-15,3
- 3-5 PAREJAS: n=65, 23,48%. Sp=2,55. LC.=18,48-
- 5-10 PAREJAS: n=75, 27,08%. Sp=2,67. LC.=21,84-
- 10-20 PAREJAS: n=38, 13,72%. Sp=2,07. LC.=9,67-
- > 20 PAREJAS: n=67, 24,19%. Sp=2,57. LC.=19,14-2

PAREJAS / AÑO

1985
VARIABLE: PROMISCUIDAD / SEXO



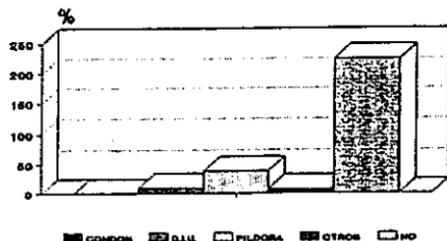
1985
VARIABLE: PROMISCUIDAD / SEXO

- 1-2 PAREJAS: HOMBRES:n=8, 4,23%. Sp=1,46
MUJERES:n=24, 27,27%. Sp=4,75
- 3-5 PAREJAS: HOMBRES:n=46, 24,34%. Sp=3,12
MUJERES:n=19, 21,59%. Sp=4,39
- 5-10 PAREJAS: HOMBRES:n=71, 37,57%. Sp=3,52
MUJERES:n=4, 4,55%. Sp=2,22
- 10-20 PAREJAS: HOMBRES:n=38, 20,11%. Sp=2,92
MUJERES:n=0
- > 20 PAREJAS: HOMBRES:n=26, 13,76%. Sp=2,51
MUJERES:n=41, 46,25%. Sp=5,32

1985
VARIABLE: ANTICONCEPTIVOS

- CONDON: 0
- D.I.U.: n=10, 3,56%. Sp=1,11. LC.=1,39-5,72
- PILDORA: n=39, 13,88%. Sp=2,06. LC.=9,84-17
- OTROS: n=8, 2,85%. Sp=0,99. LC.=0,90-4,97
- NO: n=224, 79,72%. Sp=2,40. LC.=75,1-84,42
(Ningún hombre utilizó anticonceptivos)

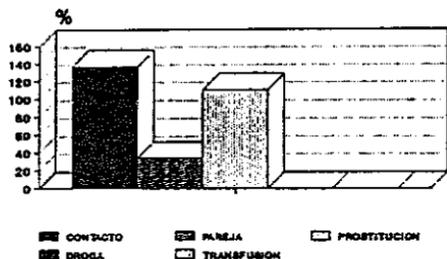
1985
VARIABLE : ANTICONCEPTIVOS



1985
VARIABLE: FUENTE DE INFECCION

- CONTACTO: n=137. 48.75%. Sp=2.98. I.C.=42.9
- PAREJA: n=34. 12.10%. Sp=1.95. I.C.=8.29-15.9
- PROSTITUCION: n=110. 39.15%. Sp=2.91. I.C.=3
- DROGAS: n=0
- TRANSFUSION: n=0

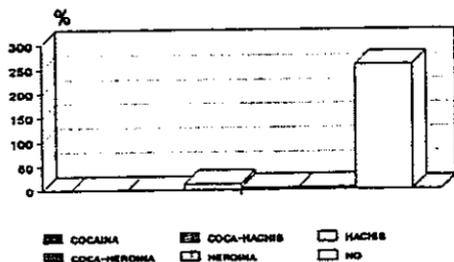
1985
VARIABLE: FUENTE DE INFECCION



1985
VARIABLE: DROGAS

- COCAINA:n=0
- COCA-HACHIS:n=0
- COCAINA-HEROINA:n=5. 1.78%. Sp=0.79. I.C.=
- HEROINA:n=5. 1.78%. Sp=0.79. I.C.0.23-3.33
- HACHIS:n=13. 4.63%. Sp=1.25. I.C.=2.17-7.08
- NO:n=258. 91.81%. Sp=1.64. I.C.=88.61-95.02

1985
VARIABLE: DROGAS



1985
VARIABLE: E.T.S.ANTERIORES

- NO:n=88. 31.32%. Sp=2.77. I.C.=25.89-36.74
- CANDIDAS:n=17. 6.05%. Sp=1.42. I.C.=3.26-8.8
- CONDILOMAS:n=4. 1.42%. Sp=0.71. I.C.=0.04-2
- SIFILIS:n=42. 14.95%. Sp=2.13. I.C.=10.78-19.12
- GONORREA:n=94. 33.45%. Sp=2.81. I.C.=27.94
- CHLAMYDIAS:n=3. 1.07%. Sp=0.61. I.C.=0.13-2
- TRICHOMONAS:n=26. 9.25%. Sp=1.73. I.C.=5.8
- MICOPLASMA:n=1. 0.36%. Sp=0.36. I.C.=0-34
- UREAPLASMA:n=3. 1.07%. Sp=0.81. I.C.=0.13-2.27
- LADILLAS:n=3. 1.07%. Sp=0.61. I.C.=0.13-2.27

1985
E.T.S.ANTERIORES / SEXO

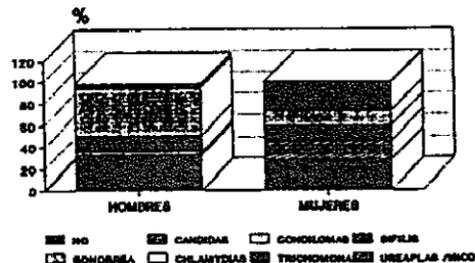
HOMBRES

NO:n=82/32.80%.
CANDIDAS:n=1/0.53%.
SIFILIS:n=29/16.34%.
GONORREA:n=82/43.39%.
TRICHOMONAS:n=2/1.06%.
UREAPLASMA:n=3/1.59%.
LADILLAS:n=3/1.59%.

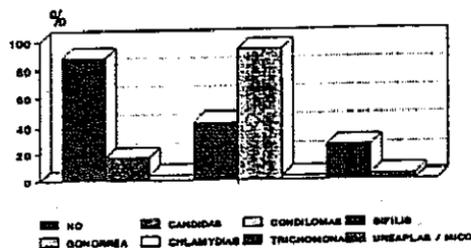
MUJERES

NO:n=26/28.26%.
CANDIDAS:n=18/17.39%.
SIFILIS:n=13/14.13%.
GONORREA:n=12/13.04%.
TRICHOMONAS:n=24/26%.
MICOPLASMA:n=1/1.09%.

1985
E.T.S. ANTERIORES / SEXO



1985
VARIABLE: E.T.S. ANTERIORES



1985
DIAGNOSTICO / SEXO

DIAGNOSTICO-HOMBRES	n / % / Sp	I.C. % p<0.05
CANDIDA	5 / 2.65 / 1.17	0.36-4.93
CHLAMYDIAS	16 / 8.47 / 2.02	4.50-12.43
CONDILOMAS	10 / 5.29 / 1.63	2.10-8.48
ESCABIOSIS	3 / 1.59 / 0.91	-0.19-3.37
GONORREA	56 / 29.83 / 3.32	23.12-36.14
HERPES	5 / 2.65 / 1.17	0.36-4.93
MICOPLASMA	12 / 6.35 / 1.77	2.87-9.83
SIFILIS	42 / 22.22 / 3.02	16.3-28.15
TRICHOMONAS	3 / 1.59 / 0.91	-0.19-3.37
URET.DESCO.	12 / 6.35 / 1.77	2.87-9.83
UREAPLASMA	12 / 6.35 / 1.77	2.87-9.83
VENEREOFOBIA	13 / 4.63 / 1.84	3.27-10.49

1985
VARIABLE : DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO	n / % / Sp	I.C. p<0.05
CANDIDAS	17 / 6.06 / 1.42	3.26-8.64
CHLAMYDIAS	26 / 9.25 / 1.73	5.66-12.64
CONDILOMAS	13 / 4.63 / 1.26	2.17-7.06
ESCABIOSIS	3 / 1.07 / 0.61	-0.13-2.27
GONORREA	62 / 22.0 / 2.47	17.2-26.91
HERPES	6 / 2.14 / 0.86	0.45-3.83
MICOPLASMA	33 / 11.74 / 1.92	7.98-15.51
N.G.P.P.	3 / 1.07 / 0.61	-0.13-2.27
SIFILIS	62 / 22.0 / 2.47	17.2-26.91
TRICHOMONAS	13 / 4.63 / 1.26	2.17-7.06
URET.DESCO.	12 / 4.27 / 1.21	1.91-6.63
UREAPLASMA	12 / 4.27 / 1.21	1.91-6.63
GARDNERELLA	5 / 2.14 / 0.86	0.45-3.83
VENEREOFOBIA	13 / 4.63 / 1.26	2.17-7.06

1989
DIAGNOSTICO / MUJERES

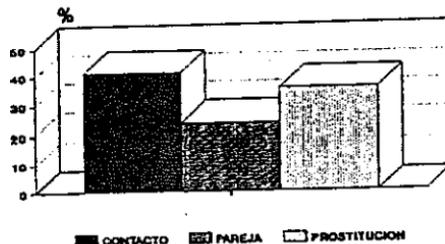
DIAGNOSTICO	n / % / Sp	I.C. p<0.05
CANDIDA	12 / 13.04 / 3.61	6.16-19.93
CHLAMYDIAS	10 / 10.87 / 3.26	4.51-17.23
CONDILOMAS	3 / 3.28 / 1.85	-0.37-6.89
GONORREA	6 / 6.52 / 2.57	1.48-11.57
HERPES	1 / 1.09 / 1.08	-1.03-3.21
MICOPLASMA	21 / 22.83 / 4.38	14.25-31.40
N.G.P.P.	3 / 3.28 / 1.85	-0.37-6.89
SIFILIS	20 / 21.74 / 4.30	13.31-30.17
TRICHOMONAS	10 / 10.87 / 3.26	4.51-17.23
GARDNERELA	6 / 6.52 / 2.57	1.48-11.57

VI.1.2.DATOS DE CADA ENFERMEDAD:

1985 CANDIDAS

- **FUENTE DE INFECCION**
CONTACTO: n=7. 41.18%. Sp=11.94
PAREJA: n=4. 23.53%. Sp=10.29
PROSTITUCION: n=6. 35.29%. Sp=11.59

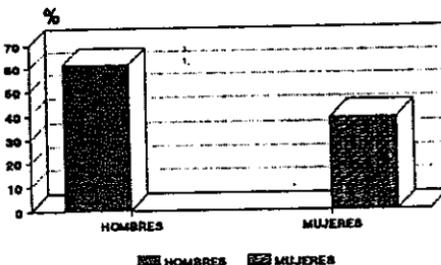
1985. CANDIDAS FUENTE DE INFECCION



1985 CHLAMYDIAS

- **SEXO:**
HOMBRES: n=16. 61.54%. Sp=9.54
MUJERES: n=10. 38.46%. Sp=9.54
- **EDAD:** m=26.46. Dt=5.201 Rango=17 (18-35)
Coef.Var.=19.66. Sm=1.02
- **PROFESION:**
ESPECTACULO: n=4. 15.38%. Sp=7.08
ESTUDIANTE: n=1. 3.85%. Sp=3.77
NO CUALIFICADO: n=7. 26.92%. Sp=8.70
ESPECIALIZADO: n=8. 30.77%. Sp=9.05
PROSTITUCION: n=4. 15.38%. Sp=7.08
SUS LABORES: n=2. 7.69%. Sp=5.23

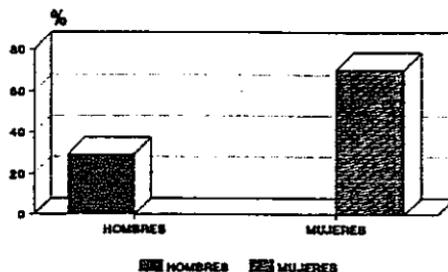
1985 CHLAMYDIAS / SEXO



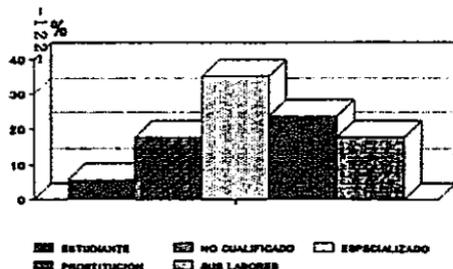
1985.
CANDIDAS

- SEXO:HOMBRES: n=5. 29.49%. Sp=11.05.
MUJERES: n=12. 70.59%. Sp=11.05
- EDAD: m=28.82. Dt=12.82. Rango=42(18-60)
Coef.Var.=44.48. Sm=3.109
- PROFESION:
ESTUDIANTE: n=1. 5.88%. Sp=5.71
NO CUALIFICADO: n=3. 17.65%. Sp=9.25
ESPECIALIZADO: n=6. 35.29%. Sp=11.59
PROSTITUCION: n=4. 23.53%. Sp=10.29
SUS LABORES: n=3. 17.65%. Sp=9.25

1985 CANDIDAS
VARIABLE: SEXO



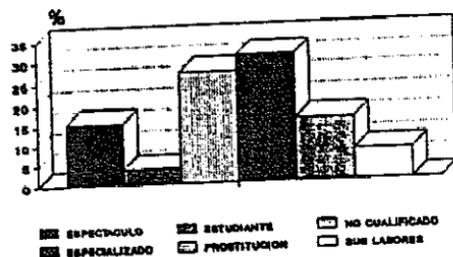
1985.CANDIDAS
VARIABLE: PROFESION



1985.
CANDIDAS

- N.I.A.:
E.MEDIOS: n=6. 35.29%. Sp=11.9
E.SUPERIORES: n=1. 5.88%. Sp=5.71
SIN+PRIMARIOS: n=10. 58.82%. Sp=11.94
- COND.SEX.HOMBRES: HETEROSEX:n=5. 100%
- ANTICONCEPTIVOS:
CONDON: n=0
D.I.U.: n=1. 5.88%. Sp=5.71
PILDORA: n=8. 47.06%. Sp=12.11
OTROS: n=0
NO: n=8. 47.06%. Sp=12.11

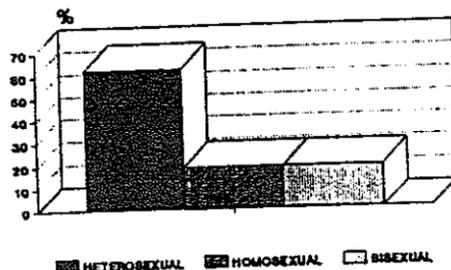
1985.
CHLAMYDIAS / PROFESION



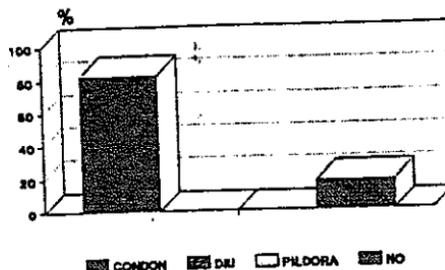
1985
CHLAMYDIAS

- N.I.A.:
E.MEDIOS: n=11, 42.31%. Sp=9.69
E.SUPERIORES: n=0
SIN PRIMARIOS: n=16, 57.69%. Sp=9.69
- COND. SEX. HOMBRES:
HETEROSEX: n=10, 82.50%. Sp=12.10
HOMOSEX: n=3, 18.75%. Sp=9.76
BISEX: n=3, 18.75%. Sp=9.76
- ANTICONCEPTIVOS:
CONDON: n= 21, 82.81%. Sp=7.90
D.I.U.: n=0
PILDORA: n=0
NO: n=6, 17.39%. Sp=7.90

1985. CHLAMYDIAS
CONDUCTA SEXUAL HOMBRES



1985 CHLAMYDIAS
ANTICONCEPTIVOS



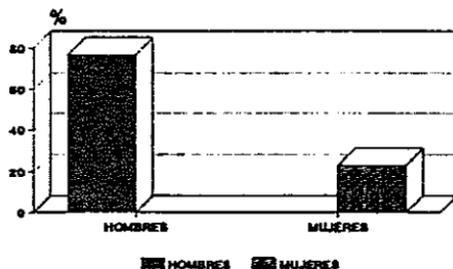
1985 CHLAMYDIAS

- **FUENTE DE INFECCION:**
CONTACTO: n=11. 43.48%. Sp=10.34
PAREJA: n=12. 56.52%. Sp=10.34
PROSTITUCION: n=0
- **DROGAS:**
HACHIS: n=9. 30.43%. Sp=9.59
NO: n=17. 69.57%. Sp=9.59
- **E.T.S. ANTERIORES:**
NO: n=19. 73.91%. Sp=9.16
OTRAS: n=7. 28.09%. Sp=9.16
- **SINTOMAS: SUPURACION URETRAL: n=23. 100%**

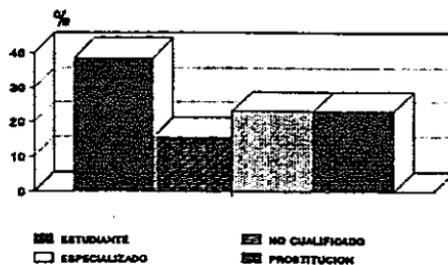
1985 CONDILOMAS

- **SEXO:**
HOMBRES: n=10. 76.92%. Sp=11.69
MUJERES: n=3. 23.08%. Sp=11.69
- **EDAD: m=24.07. Dt=6.77. Rango=18 (18-36)
Coef.Var.=28.14. Sm=1.87**
- **PROFESION:**
ESTUDIANTE: n=5. 38.46%. Sp=13.44
NO CUALIFICADO: n=2. 15.38%. Sp=10.01
ESPECIALIZADO: n=3. 23.08%. Sp=11.69
PROSTITUCION: n=3. 23.08%. Sp=11.69

1985
CONDILOMAS / SEXO



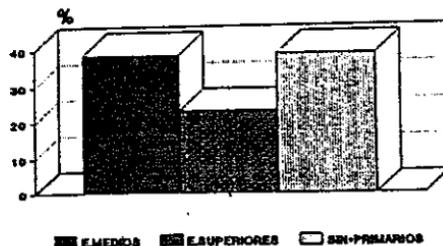
1985
CONDILOMAS / PROFESION



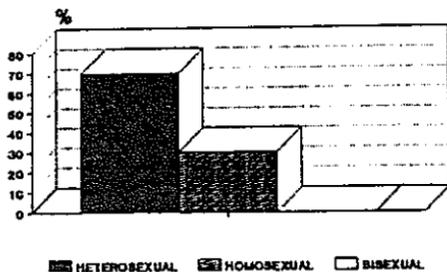
1985 CONDILOMAS

- **N.I.A.:**
E.MEDIOS: n=6, 38.46%, Sp=13.49
E.SUPERIORES: n=3, 23.08%, Sp=11.69
SIN-PRIMARIOS: n=6, 38.46%, Sp=13.49
- **CONDUCTA SEXUAL HOMBRES:**
HETEROSEXUAL: n=7, 70%, Sp=14.49
HOMOSEXUAL: n=3, 30%, Sp=14.49
BISEXUAL: n=0
- **ANTICONCEPTIVOS:**
CONDON: n=0
DIU: n=0
PILDORA: n=3, 23.08%, Sp=11.69
NO: n=10, 76.92%, Sp=11.69

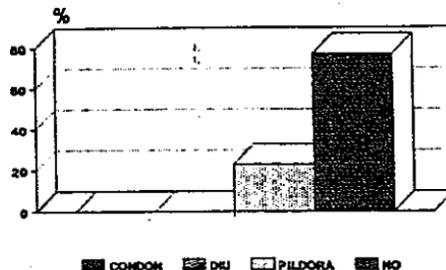
1985 CONDILOMAS / N.I.A.



1985 CONDILOMAS / COND.SEXUAL EN HOMBRES



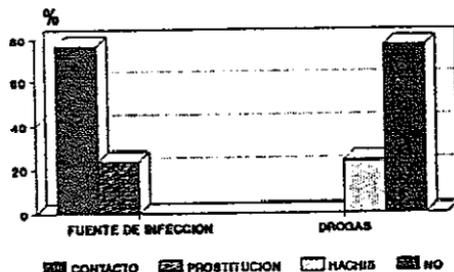
1985 CONDILOMAS / ANTICONCEPTIVOS



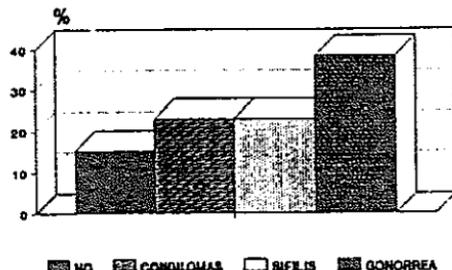
1985 CONDILOMAS

- **FUENTE DE INFECCION:**
CONTACTO: n=10, 76.92%. Sp=11.69
PROSTITUCION: n=3, 23.08%. Sp=11.69
- **DROGAS:**
HACHIS: n=3, 23.08%. Sp=11.69
NO: n=10, 76.92%. Sp=11.69
- **E.T.S.ANTERIORES:**
NO: n=2, 15.38%. Sp=10.01
CONDILOMAS: n=3, 23.08%. Sp=11.69
SIFILIS: n=3, 23.08%. Sp=11.69
GONORREA: n=5, 38.46%. Sp=13.49
- **SINTOMAS:** VERRUGAS: n=13, 100%

1985. DROGAS FUENTE INFECCION / DROGAS



1985 CONDILOMAS / ETS ANTERIORES



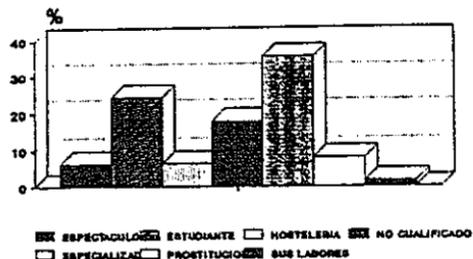
1985 ESCABIOSIS

- **SEXO:** VARON: n=3, 100%
- **EDAD:** m= 32, Dt=13.52, Rango=27 (18-45)
Coef.Var.=42.27, Sm=7.81
- **PROFESION:** ESPECIALIZADO: n=3, 100%
- **N.I.A.:** EMEDIOS: n=3, 100%
- **CONDUCTA SEXUAL:** n=3, 100%
- **ANTICONCEPTIVOS:** NO: n=3, 100%
- **FUENTE INFECCION:** CONTACTO: n=3, 100%
- **DROGAS:** NO: n=3, 100%
- **E.T.S.ANTERIORES:** SIFILIS: n=1, 33.33%.
NO: n=2, 66.67%. Sp=27.22
- **SINTOMAS:** PRURITO: n=3, 100%

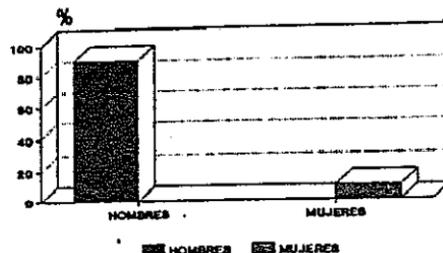
1985 GONORREA

- **SEXO:**
HOMBRE: n=56, 90,32%, Sp=3,75
MUJER: n=6, 9,68%, Sp=3,75
- **EDAD:** m=27,89, Dt=7,69, Rango=30 (17-47)
Coef.Var.=27,6, Sm=0,98
- **PROFESION:**
ESPECTACULO: n=4, 6,45%, Sp=3,12
ESTUDIANTE: n=15, 24,19%, Sp=5,44
HOSTELERIA: n=4, 6,45%, Sp=3,12
NO CUALIFICADO: n=11, 17,74%, Sp=4,85
ESPECIALIZADO: n=22, 35,48%, Sp=6,98
PROSTITUCION: n=6, 8,06%, Sp=3,46
SUS LABORES: n=1, 1,61%, Sp=1,60

1985 GONORREA / PROFESION



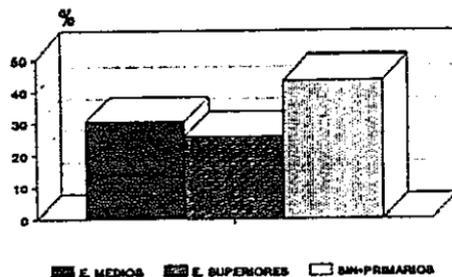
1985 GONORREA / SEXO



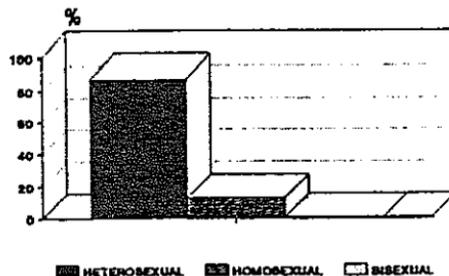
1985 GONORREA

- **N.I.A.:**
E. MEDIOS: n=19, 30,66%, Sp=5,85
E. SUPERIORES: n=16, 25,81%, Sp=5,58
SIN PRIMARIOS: n=27, 43,55%, Sp=6,30
- **COND. SEXUAL EN HOMBRES:**
HETEROSEXUAL: n=49, 87,50%, Sp=4,42
HOMOSEXUAL: n=7, 12,5%, Sp=4,42
BISEXUAL: n=0
- **ANTICONCEPTIVOS:**
PILDORA: n=5, 8,06%, Sp=3,46
NO: n=57, 91,94%, Sp=3,46
- **SINTOMAS:**
SUPURACION: n=56, 90,32%, Sp=3,75
LEUCORREA: n=6, 9,68%, Sp=3,75

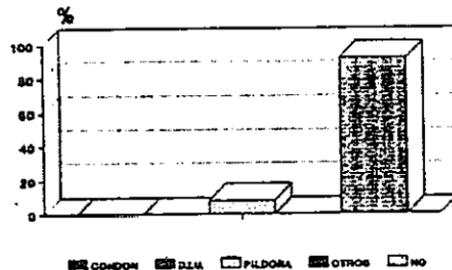
1985
GONORREA / N.I.A.



1985
GONORREA / COND. SEXUAL HOMBRES



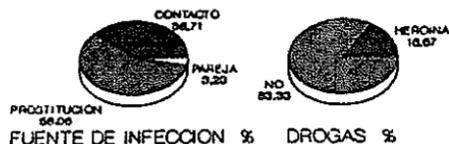
1985
GONORREA / ANTICONCEPTIVOS



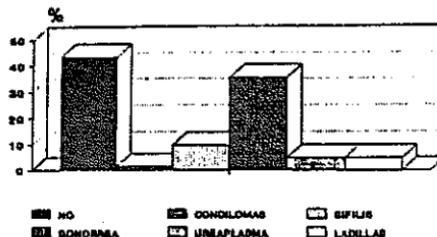
1985
GONORREA

- **FUENTE DE INFECCION:**
CONTACTO: n=24, 38.71%, Sp=6.19
PAREJA: n=2, 3.23%, Sp=2.24
PROSTITUCION: n=36, 58.06%, Sp=6.27
- **DROGAS:**
HEROINA: n=1, 1.61%
NO: n=61, 98.39%, Sp=1.60
- **ETS ANTERIORES:**
NO: n=27, 43.55%, Sp=6.30
CONDILOMAS: n=1, 1.61%, Sp=1.60
SIFILIS: n=6, 9.68%, Sp=3.75
GONORREA: n=22, 35.48%, Sp=6.08
UREAPLASMA: n=3, 4.84%, Sp=2.73
LADILLAS: n=3, 4.84%, Sp=2.73

1985 GONORREA



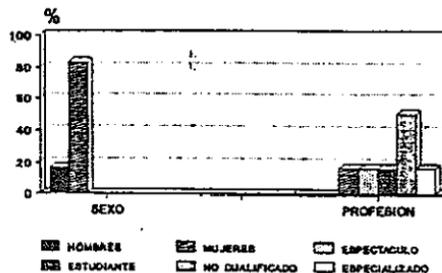
1985 GONORREA / ETS ANTERIORES



1985 HERPES

- SEXO:**
HOMBRES: n=6, 83.33%, Sp=15.21
MUJERES: n=1, 16.67%.
- EDAD:** m=24.33, Dt=4.32, Rango= 10(16-28)
Coef.Var.=17.78, Sm=1.76
- PROFESION:**
ESPECTACULO: n=1, 16.67%, Sp=15.21
ESTUDIANTE: n=1, 16.67%, Sp=15.21
NO CUALIFICADO: n=3, 50%, Sp=20.41
ESPECIALIZADO: n=1, 16.67%, Sp=15.21
- NLA:** E. MEDIOS: n=6, 100%
- CONDUCT. SEX. HOMBRES:** HETEROSEXUAL: n=6, 100%

1985 HERPES



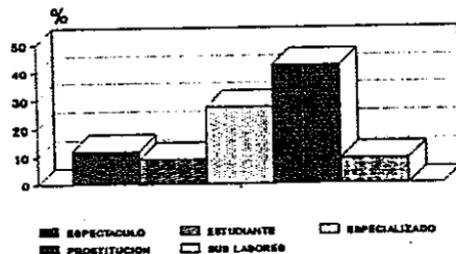
1985
HERPES

- **FUENTE DE INFECCION:**
CONTACTO: n=5, 83.33%, Sp=15.21
PROSTITUCION: n=1, 16.67%
- **ANTICONCEPTIVOS:** NO: n=5, 100%
- **DROGAS:**
NO: n=5, 83.33%
HEROINA: n=1, 16.67%, Sp=15.21
- **E.T.S. ANTERIORES:**
NO: n=3, 50%, Sp=20.41
GONORREA: n=3, 50%, Sp=20.41
- **SINTOMAS:**
DISURIA: n=4, 66.67%, Sp=19.25
ERUPCION: n=1, 16.67%, Sp=15.21

1985
MICOPLASMA

- **SEXO:**
VARON: n=12, 36.66%, Sp=8.37
MUJERES: n=21, 63.34%
- **EDAD:** n=26.73, DI=5.23, Rango=17 (18-35)
Coe1.Var.=18.6, Sm=0.91
- **PROFESION:**
ESPECTACULO: n=4, 12.12%, Sp=5.68
ESTUDIANTE: n=3, 9.09%, Sp=6
ESPECIALIZADO: n=9, 27.27%, Sp=7.75
PROSTITUCION: n=14, 42.42%, Sp=8.60
SUS LABORES: n=3, 9.09%, Sp=5
- **COND. SEXUAL HOMBRES:**
HETEROSEXUAL: n=8, 66.67%, Sp=13.61
HOMOSEXUAL: n=4, 33.33%

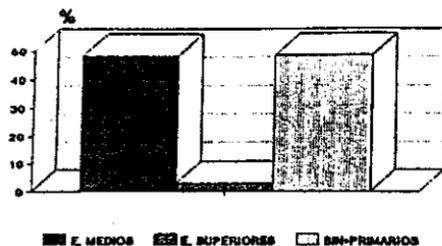
1985
MICOPLASMA / PROFESION



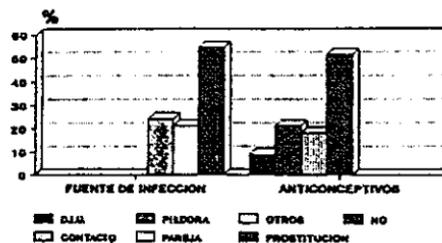
1985
MICOPLASMA

- **NIA:**
ENEDIOS: n=16, 48.48%, Sp=8.70
E.SUPERIORES: n=1, 3.03%, Sp=2.98
SIN+PRIMARIOS: n=16, 48.48%, Sp=8.70
- **ANTICONCEPTIVOS:**
DIU: n=3, 9.09%, Sp=5
PILDORA: n=7, 21.21%, Sp=7.12
OTROS: n=6, 18.18%, Sp=6.71
NO: n=17, 51.52%, Sp=8.70
- **FUENTE DE INFECCION:**
CONTACTO: n=8, 24.24%, Sp=7.46
PAREJA: n=7, 21.21%, Sp=7.12
PROSTITUCION: n=18, 54.55%, Sp=8.67

1985
MICOPLASMA / N.I.A.



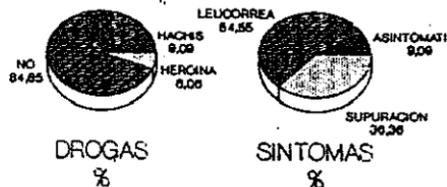
1985. MICOPLASMA
FUENTE DE INFECCION . ANTICONCEPTIVOS



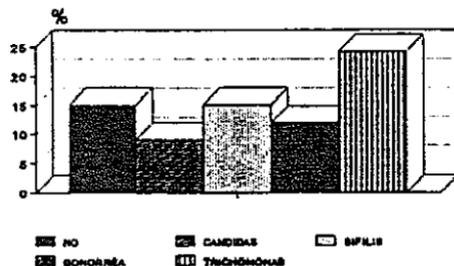
1985
MICOPLASMA

- **DROGAS:**
KACHIS: n=3, 9,09%, Sp=5
HEROINA: n=2, 6,06%, Sp=4,15
NO: n=28, 84,85% Sp=6,24
- **E.T.S. ANTERIORES:**
NO: n=5, 15,15%, Sp=6,24
CANDIDA: n=3, 9,09%, Sp=5
SIFILIS: n=5, 15,15%, Sp=6,24
GONORREA: n=12, 36,36%, Sp=8,37
TRICHOMONAS: n=8, 24,24%, Sp=7,46
- **SINTOMAS:**
ASINTOMATICO: n=3, 9,09%, Sp=5
LEUCORREA: n=18, 54,55%, Sp=8,67
SUPURACION: n=12, 36,36%, Sp=8,37

1985 . MICOPLASMA
DROGAS / E.T.S. ANTERIORES



1985
MICOPLASMA / E.T.S. ANTERIORES



1985
N.G.P.P.

- SEXO: HEMBRA: n=3. 100%
- EDAD: n=29.33. Dt=1.15. Rango=2 (28-30)
Coef.Var.=3.93. Sm=0.87
- PROFESION:
ESPECIALIZADO: n=1. 33.33%. Sp=27.22
SUS LABORES: n=2. 66.66%
- N.I.A.:
E.MEDIOS:n=2. 66.66%. Sp=27.22
E.SUPERIORES: n=1. 33.33%
- ANTICONCEPTIVOS:
NO: n=2. 66.66%. Sp=27.22
PILDORA: n=1. 33.33%

1985
N.G.P.P.

- FUENTE DE INFECCION:
CONTACTO: n=1. 33.33%. Sp=27.22
PAREJA: n=2. 66.67%
- DROGAS:
NO: n=3. 100%
- E.T.S. ANTERIORES:
NO: n=3.100%
- SINTOMAS:
LEUCORREA: n=2. 66.67%. Sp=27.22
ASINTOMÁTICO: n=1. 33.37%.

1985
SIFILIS

- SEXO:
HOMBRES: n=42. 87.74%. Sp=5.94
MUJERES: n=20. 32.26%
- EDAD: n=31.5. Dt=10.30. Rango= 47 (18-65)
Coef. Var.=32.7. Sm=1.30
- PROFESION:
ESPECTACULO: n=5. 8.06%. Sp=3.46
ESTUDIANTE: n=6. 8.06%. Sp=3.48
HOSTELERIA: n=6. 9.68%. Sp=3.75
ESPECIALIZADO: n=29. 48.77%. Sp=6.34
PROSTITUCION: n=10. 16.13. Sp=4.67
SUS LABORES: n=7. 11.29. Sp=4.02

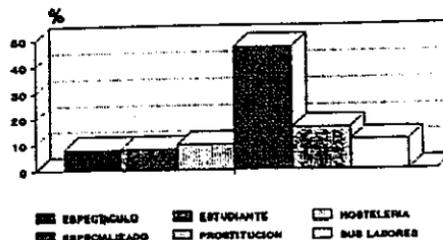
1985
SIFILIS / SEXO



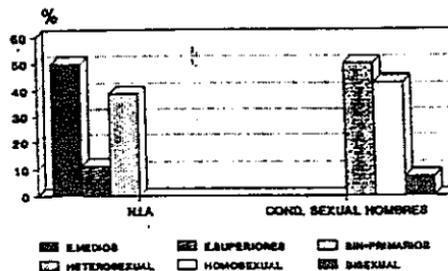
1985
SIFILIS

- **N.I.A.:**
E.MEDIOS: n=31, 50%, Sp=6.35
E.SUPERIORES: n=7, 11.29%, Sp=4.02
SIN-PRIMARIOS: n=24, 38.71%, Sp=6.19
- **COND. SEXUAL HOMBRES:**
HETEROSEXUAL: n=21, 50%, Sp=7.72
HOMOSEXUAL: n=18, 42.85%, Sp=7.64
BISSEXUAL: n=3, 7.14%, Sp=3.97
- **ANTICONCEPTIVOS:**
D.I.U.: n=1, 1.61%, Sp=1.80
PILDORA: n=4, 6.45%, Sp=3.12
NO: n=57, 91.94%, Sp=3.42

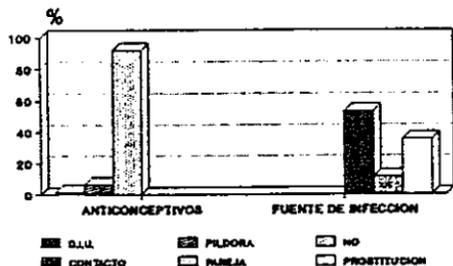
1985
SIFILIS / PROFESION



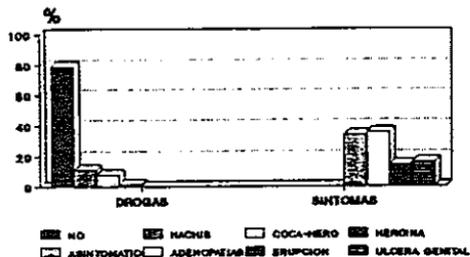
1985 SIFILIS
N.I.A. / COND.SEXUAL HOMBRES



1985. SIFILIS
ANTICONCEPTIVOS / FUENTE DE INFECCIO



1985 SIFILIS
DROGAS / SINTOMAS



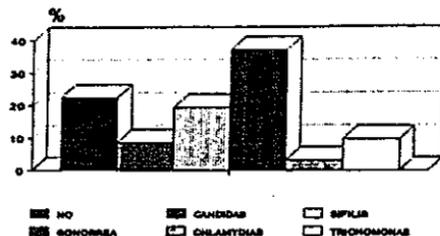
1985
SIFILIS

- **FUENTE DE INFECCION:**
CONTACTO: n=33. 63.23%. Sp=6.34
PAREJA: n=7. 11.29%. Sp=4.02
PROSTITUCION: n=22. 35.48%. Sp=6.08
- **DROGAS:**
NO: n=48. 79.03%. Sp=5.17
HACHIS: n=7. 11.29%. Sp=4.02
COCA-HERO: n=5. 8.06%. Sp=3.48
HEROINA: n=1. 1.61%. Sp=1.60

1985
SIFILIS

- **E.T.S. ANTERIORES:**
NO: n=14. 22.58%. Sp=5.31
CANDIDAS: n=5. 8.66%. Sp=3.46
SIFILIS: n=12. 19.35%. Sp=6.02
GONORREA: n=23. 37.10%. Sp=6.13
CHLAMYDIAS: n=2. 3.23%. Sp=2.24
TRICHOMONAS: n=6. 9.68%. Sp=3.15
- **SINTOMAS:**
ASINTOMATICO: n=21. 33.87%. Sp=6.01
ADENOPATIAS: n=22. 35.48%. Sp=6.08
ERUPCION: n=9. 14.52%. Sp=4.47
ULCERA GENITAL: n=10. 16.13%. Sp=4.67

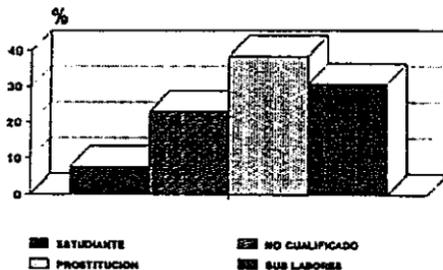
1985
SIFILIS / E.T.S. ANTERIORES



1985
TRICHOMONAS

- **SEXO:**
HOMBRE: n=3, 23.08%, Sp=11.69
MUJER: n=10, 76.92%.
- **EDAD:** n=35.62, Dt=11.90, Rango= 32 (18-60)
Coef. Var.=33.41, Sm=3.30
- **PROFESION:**
ESTUDIANTE: n=1, 7.96%, Sp=7.39
NO CUALIFICADO: n=3, 23.08%, Sp=11.69
PROSTITUCION: n=5, 38.46%, Sp=13.49
SUS LABORES: n=4, 30.77%, 12.80
- **N.I.A.:**
EMEDIOS: n=2, 15.38%, Sp=10.01
SIN-PRIMARIOS: n=11, 84.62%.

1985. TRICHOMONAS
PROFESION



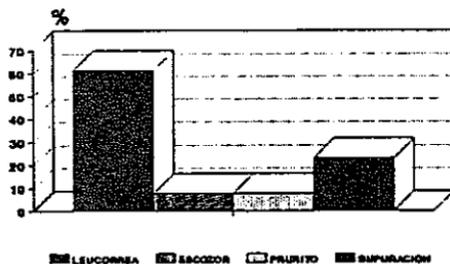
1985
TRICHOMONAS

- **COND. SEXUAL EN HOMBRES:**
HETEROSEXUAL: n=3, 100%
- **ANTICONCEPTIVOS:**
PILDORA: n=6, 46.15%, Sp=13.83
NO: n=7, 53.85%.
- **DROGAS:**
NO: n=13, 100%
- **FUENTE DE INFECCION:**
PAREJA: n=5, 38.46%, Sp=13.49
PROSTITUCION: n=8, 61.54%.

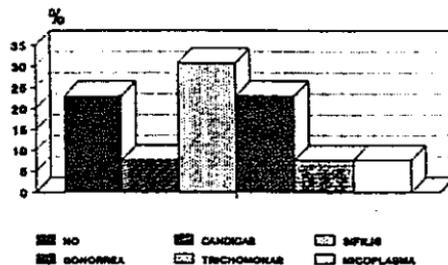
1985 TRICHOMONAS

- **E.T.S. ANTERIORES:**
 NO: n=3, 23.08%, Sp=11.69
 CANDIDAS: n=1, 7.69%, Sp=7.39
 SIFILIS: n=4, 30.77%, 12.80
 GONORREA: n=3, 23.08%, Sp=11.69
 TRICHOMONAS: n=1, 7.69%, Sp=7.39
 MICOPLASMA: n=1, 7.69%, Sp=7.39
- **SINTOMAS:**
 LEUCORREA: n=8, 61.54%, Sp=13.49
 ESCOZOR: n=1, 7.69%, Sp=7.39
 PRURITO: n=1, 7.69%, Sp=7.39
 SUPURACION: n=3, 23.08%, Sp=11.69

1985. TRICHOMONAS SINTOMAS



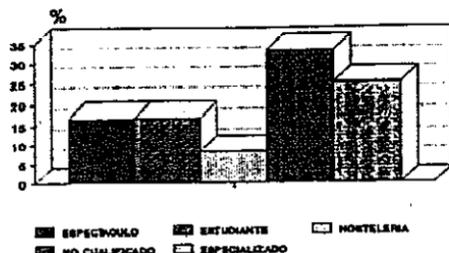
1985. TRICHOMONAS E.T.S. ANTERIORES



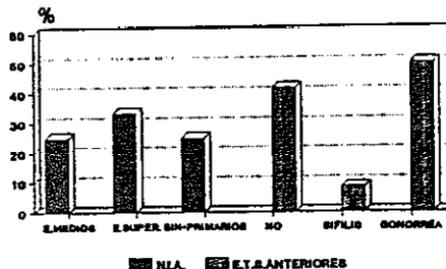
1985 URETRITIS DE CAUSA DESCONOCIDA

- **SEXO:** HOMBRES: n=12, 100%
- **EDAD:** m=30.67, Dt=8.92, RANGO=25 (20-45)
Coef.Var.= 29.08, Sm=2.57
- **PROFESION:**
 ESPECTACULO: n=2, 16.67%, Sp=10.76
 ESTUDIANTE: n=2, 16.67%, Sp=10.76
 HOSTELERIA: n=1, 8.33%, Sp=7.98
 NO CUALIFICADO: n=4, 33.33%, Sp=12.50
 ESPECIALIZADO: n=3, 25%, Sp=12.50
- **NIA:**
 EMEDIOS: n=3, 25%, Sp=12.50
 E.SUPERIORES: n=4, 33.33%, Sp=13.61
 SIN+PRIMARIOS: n=5, 41.67%, Sp=14.23

1985 URETRITIS CAUSA DESCONOCIDA PROFESION



1985. URETRITIS DE CAUSA DESCONOCIDA N.I.A. /E.T.S. ANTERIORES



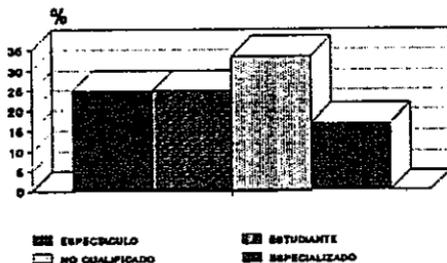
1985 URETRITIS DE CAUSA DESCONOCIDA

- **COND. SEXUAL HOMBRES;**
HETEROSEXUAL: n=12. 100%
- **ANTICONCEPTIVOS:** NO n=12. 100%
- **FUENTE DE INFECCION:**
CONTACTO: n=9. 75%. Sp=12.60
PAREJA: n=3. 25%. Sp=12.60
- **DROGAS:** No: n=12. 100%
- **E.T.S. ANTERIORES:**
NO: n=5. 41.87%. Sp=14.23
SIFILIS: n=1. 8.33%. Sp=7.98
GONORREA: n=6. 50%. Sp=14.43

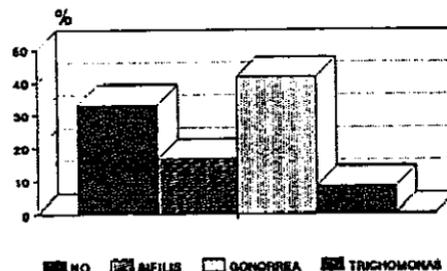
1985 UREAPLASMA U.

- **SEXO:** HOMBRES: n=12. 100%
- **EDAD:** n=27.58. Dt=6.78. Rango= 19(18-37)
Coef.Var. =24.56. Sm=1.96
- **PROFESION:**
ESPECTACULO: n=3. 25%. Sp=12.5
ESTUDIANTE: n=3. 25%. Sp=12.5
NO CUALIFICADO: n=4. 33.33%. Sp=13.61
ESPECIALIZADO: n=2. 16.67%. Sp=10.76
- **N.I.A.:**
E.MEDIOS: n=3. 25%. Sp=12.5
E.SUPERIORES: n=3. 25%. Sp=12.5
SIN-PRIMARIOS: n=6. 50%. Sp=14.43

1985
UREAPLASMA / PROFESION



1985
UREAPLASMA / E.T.S. ANTERIORES



1985
UREAPLASMA U.

- **COND. SEXUAL HOMBRES:**
HETEROSEXUAL: n=8, 66.67%, Sp=13.61
HOMOSEXUAL: n=4, 33.33%
- **ANTICONCEPTIVOS:** n=0; n=12, 100%
- **FUENTE DE INFECCION:**
CONTACTO: n=10, 83.33%, Sp=10.76
PROSTITUCION: n=2, 16.67%, Sp=10.76
- **DROGAS:** NO: n=12, 100%
- **E.T.S. ANTERIORES:**
NO: n=4, 33.33%, Sp=13.61
SIFILIS: n=2, 16.67%, Sp=10.76
GONORREA: n=2, 16.67%, Sp=10.76
- **SINTOMAS:** SUPURACION: n=12, 100%

1985
GARDNERELLA V.

- **SEXO:** MUJERES: n=6, 100%
- **EDAD:** n=29.33, Dt=9.40, Rango=21 (19-40)
Coef.Var.=32.08, Sm=3.84
- **PROFESION:**
ESTUDIANTE: n=2, 33.33%, Sp=19.25
PROSTITUCION: n=2, 33.33%, Sp=19.25
SUS LABORES: n=2, 33.33%, Sp=19.25
- **N.I.A.:**
E.MEDIOS: n=2, 33.33%, Sp=19.25
SIN-PRIMARIOS: n=4, 66.66%
- **DROGAS:** NO: n=6, 100%

1985
GARDNERELLA V.

- **ANTICONCEPTIVOS:**
DIU: n=2, 33.33% Sp=19.25
OTROS: n=2, 33.33%, Sp=19.25
NO: n=2, 33.33%, Sp=19.25
- **FUENTE DE INFECCION:**
CONTACTO: n=2, 33.33%, Sp=19.25
PAREJA: n=2, 33.33% Sp=19.25
PROSTITUCION: n=2, 33.33%, Sp=19.25
- **E.T.S. ANTERIORES:**
NO: n=2, 33.33%, SP=19.25
CANDIDAS: n=1, 16.67%, Sp=15.21
GONORREA: n=1, 16.67%, Sp=15.21
TRICHOMONAS: n=2, 33.33%, SP=19.25
- **SINTOMAS:** LEUCORREA: n=6, 100%

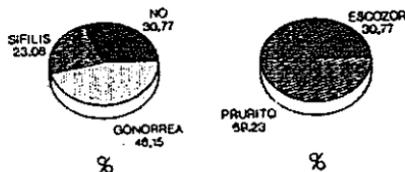
1985
VENEREOFOBIA

- **COND. SEXUAL HOMBRES:**
HETEROSEXUAL: n=11, 84.62%, Sp=10.01
HOMOSEXUAL: n=2, 15.38%
- **FUENTE DE INFECCION:**
CONTACTO: n=5, 38.46%, Sp=13.49
PROSTITUCION: n=8, 61.54%
- **E.T.S. ANTERIORES:**
NO: n=4, 30.77%, Sp=12.80
SIFILIS: n=3, 23.08%, Sp=11.69
GONORREA: n=6, 46.15%, Sp=13.83
- **SINTOMAS:**
ESCOZOR: n=4, 30.77% Sp=12.80
PRURITO: n=9, 69.23%

1985
VENEREOFOBIA

- **SEXO:** HOMBRES: n=13, 100%
- **EDAD:** m=31.38, Dt=8.96, Rango=22 (22-44)
Coef.Var.=28.54, Sm=2.48
- **PROFESION:**
NO CUALIFICADO: n=8, 61.45%, Sp=13.49
ESPECIALIZADO: n=5, 38.49%
- **N.I.A.:**
EMEDIOS: n=4, 30.77%, Sp=12.80
E.SUPERIORES: n=2, 15.38%, Sp=10.01
SIN-PRJMARIOS: n=7, 53.83%, Sp=13.83
- **DRUGAS:** NO: n=13, 100%

1985. VENEREOFOBIA
E.T.S. ANTERIORES / SINTOMAS



VI.1.3. RELACIONES ENTRE VARIABLES ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS:

En los datos recogidos correspondientes al año 1985, encontramos una relación estadísticamente significativa entre las siguientes variables y los diferentes diagnósticos:

- 1.-CANDIDAS: Mujeres ($p < 0.05$)
- 2.-CLHAMYDIAS: ninguna variable
- 3.-CONDILOMAS: ninguna variable
- 4.-ESCABIOSIS: ninguna variable
- 5.-GONORREA: Hombres ($p < 0,001$) ,Fuente de Infección : Prostitución ($p < 0,001$). E.T.S. anterior: Gonorrea ($p < 0,05$)
- 6.-HERPES: Fuente de Infección: Contacto ($p < 0.1$).
- 7.-MICOPLASMA H.: Mujeres ($P < 0.001$), Fuente de Infección y Profesión: Prostitución ($p < 0.1$).
- 8.-N.G.P.P.: ninguna variable
- 9.-SIFILIS: Conducta Sexual: Homosexual y Bisexual ($p < 0.001$)
- 10.-TRICHOMONAS: Mujeres ($p < 0.001$).
- 11.-URETRITIS DESCONOCIDA: Hombres ($p < 0.05$). Conducta Sexual: Heterosexual ($p < 0.1$). E.T.S. Anterior: Gonorrea ($p < 0.05$).
- 12.-UREAPLASMA U.: Hombres ($p < 0.05$). Funete de Infección: Contacto ($p < 0.05$).
- 13.-GARDNERELLA: Mujeres ($p < 0.001$).
- 14.-VENEREOFOBIA: Hombres ($p < 0.05$). Profesión: No Cualificado ($p < 0.001$). Fuente de Infección: Prostitución ($p < 0.1$).

15.-V.I.H.: ninguna variable

VI.2.RESULTADOS DE 1987:

VI.2.1.DATOS GLOBALES:

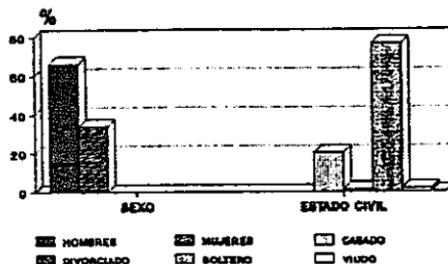
1987
VARIABLES: EDAD / SEXO

- SEXO: HOMBRES: n=145. 66.21%. Sp=3.20
MUJERES: n=74. 33.79%.
- EDAD: m=29.1781. Dt=10.85. Rango=71 (15-86) ·
Coef.Var.=34.78, Sm=0.695
- EDAD EN HOMBRES: m=30.84. Dt=11.28. Rang
Coef.Var.=36.60. Sm=0.937
- EDAD EN MUJERES: m=27.10. Dt=7.44. Rango=
Coef.Var.=27.45. Sm=0.865

1987
VARIABLE: ESTADO CIVIL

- CASADO: n=44. 20.18%. Sp=2.72. I.C.=14.86-2
- DIVORCIADO: n=3. 1.38%. Sp=0.79. I.C.= -0.17-
- SOLTERO: n=167. 76.61%. Sp=2.87. I.C.=70.99
- VIUDO: n=4. 1.83%. Sp=0.91. I.C.=0.05-3.62

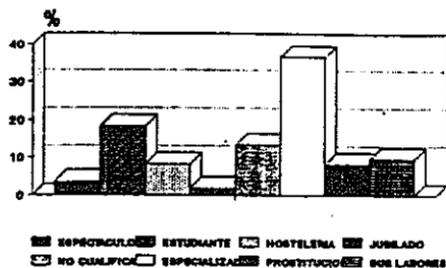
1987
SEXO / ESTADO CIVIL



1987
VARIABLE: PROFESION

PROFESION	n	%	Inter.Conf: $\alpha=0.05$
ESPECTACULO	8	3.67%	1.17-6.17
ESTUDIANTE	40	18.35	13.21-23.49
HOSLETERIA	18	8.28	4.80-11.91
JUBILADO	4	1.83	0.06-3.62
NO CUALIFICADO	29	13.30	8.79-17.81
ESPECIALIZADO	80	36.70	30.30-43.10
PROSTITUCION	18	8.28	4.80-11.91
PARADO	0	0	0
SUS LABORES	21	9.23	5.72-13.56

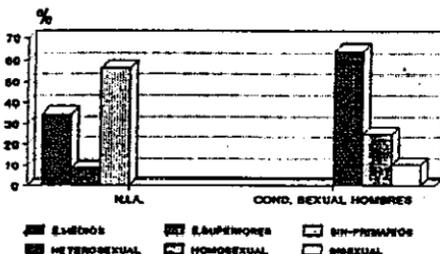
1987 PROFESION



1987 VARIABLE: N.I.A.

- E.MEDIOS: n=76. 34.86%. Sp=3.23.
Inter.Conf. (p<0.05)=28.54-41.19
- E.SUPERIORES: n=19. 8.72%. Sp=1.91.
Inter.Conf. (p<0.05)=4.97-12.46
- SIN+PRIMARIOS: n=123. 56.42%. Sp=3.36.
Inter.Conf. (p<0.05)=49.84-63.00

1987 N.I.A. / COND. SEXUAL HOMBRES



1987 CONDUCTA SEXUAL EN HOMBRES

- HETEROSEXUAL: n=93. 64.58%. Sp=3.99.
I.C.=56.72-72.39
- HOMOSEXUAL: n=36. 25%. Sp=3.61.
I.C.=17.93-32.07
- BISEXUAL: n=15. 10.42%. Sp=2.55.
I.C.=5.43-15.41

1987 PROMISCUIDAD

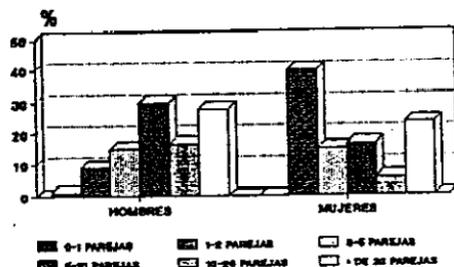
- 0-1 PAREJAS: n=2, 0.92%, Sp=0.66, I.C.=-0.35-2.19
- 1-2 PAREJAS: n=42, 19.45%, Sp=19.35, I.C.=14.10-24.81
- 3-5 PAREJAS: n=33, 15.21%, Sp=2.44, I.C.=10.43-19.99
- 6-10 PAREJAS: n=55, 25.35%, Sp=2.95, I.C.=19.56-31.13
- 10-20 PAREJAS: n=28, 12.90%, Sp=2.28, I.C.=8.44-17.36
- >20 PAREJAS: n=57, 26.27%, Sp=2.99, I.C.=20.41-32.12

PAREJAS/AÑO

1987 PROMISCUIDAD / SEXO

- 0-1 PAREJAS: HOMBRES: n=2, 1.39%, Sp=0.98, MUJERES: n=0
- 1-2 PAREJAS: HOMBRES: n=13, 9.03%, Sp=2.39, MUJERES: n=29, 39.73%, Sp=5.73
- 3-5 PAREJAS: HOMBRES: n=22, 16.28%, Sp=3.00, MUJERES: n=11, 15.07%, Sp=4.19
- 5-10 PAREJAS: HOMBRES: n=43, 29.86%, Sp=3.81, MUJERES: n=12, 16.44%, Sp=4.34
- 10-20 PAREJAS: HOMBRES: n=24, 16.67%, Sp=3.11, MUJERES: n=4, 5.48%, Sp=2.66
- >20 PAREJAS: HOMBRES: n=40, 27.78%, Sp=3.73, MUJERES: n=17, 23.29%, Sp=4.95

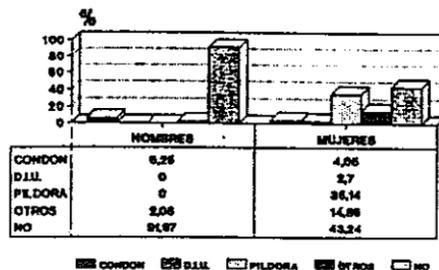
1987 PROMISCUIDAD / SEXO



1987 VARIABLE : ANTICONCEPTIVOS

- CONDON: n=12, 5.5%, Sp=1.54, I.C.=2.48-8.53
- D.I.U.: n=2, 0.92%, Sp=0.65, I.C.=-0.35-2.18
- PILDORA: n=27, 12.39%, Sp=2.23, I.C.=8.01-16.76
- OTROS: n=13, 5.96%, Sp=1.60, I.C.=2.82-9.11
- NO: n=164, 75.23%, Sp=2.92, I.C.=69.5-80.96

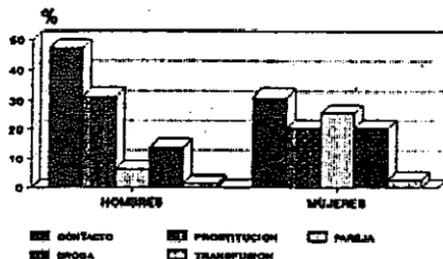
1987 ANTICONCEPTIVOS / SEXO



1987. VARIABLE: FUENTE DE INFECCION

- CONTACTO: n=91. 41.74%. Sp=3.34. I.C.=36.2-48.29
- PAREJA: n=28. 12.84%. Sp=2.27. I.C.=8.40-17.29
- PROSTITUCION: n=60. 27.52%. Sp=3.02. I.C.=21.69-33.4
- DROGA: n=35. 16.06%. Sp=2.49. I.C.=11.18-20.93
- TRANSFUSION: n=4. 1.83%. Sp=0.91. I.C.=0.05-3.82

1987 FUENTE DE INFECCION



1987 VARIABLE: DROGAS

- COCAINA: n=4. 1.84%. Sp=0.91. I.C.=0.05-3.83
- COCAINA-HACHIS: n=1. 0.46%. Sp=0.48. I.C.= -0.44-1.36
- HACHIS: n=10. 4.61%. Sp=1.42. I.C.=0.87-5.58
- COCAINA-HEROINA: n=7. 3.23%. Sp=1.20. I.C.=0.87-5.68
- HEROINA: n=31. 14.29%. Sp=2.38. I.C.=9.63-18.94
- NO: n=164. 75.58%. Sp=2.92. I.C.=69.86-81.29

1987
VARIABLE: DIAGNOSTICO EN HOMBRES

<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>n / % / Sp</u>	<u>I.C. p<0.05</u>
CANDIDA	5 / 3.45 / 152	0.48-6.42
CHANCROIDE	1 / 0.69 / 0.89	-0.66-2.04
CHLAMYDIAS	7 / 4.83 / 178	1.34-8.32
CONDILOMAS	4 / 2.76 / 136	0.09-5.42
ESCABIOSIS	2 / 1.38 / 0.97	-0.52-3.28
GONORREA	12 / 8.28 / 2.29	3.79-12.76
HERPES	2 / 1.38 / 0.97	-0.52-3.28
LADILLAS	2 / 1.38 / 0.97	-0.52-3.28

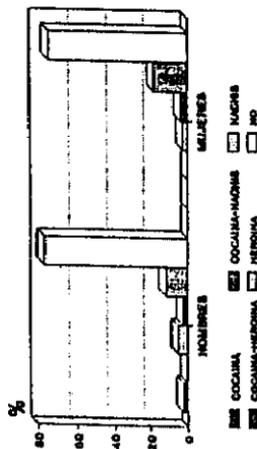
1987
VARIABLE: DIAGNOSTICO EN HOMBRES

<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>n / % / Sp</u>	<u>I.C. p<0.05</u>
SIFILIS	16 / 11.03 / 2.6	5.93-16.13
SIDOFobia	27 / 18.62 / 3.23	12.28-24.96
SIDOF. F.R.	31 / 21.38 / 3.40	14.71-28.05
URETDESCO	3 / 2.07 / 1.98	-0.25-4.39
UREAPLASMA	7 / 4.83 / 1.78	1.34-8.32
VENEREOFobia	8 / 5.52 / 1.90	1.80-9.23
V.I.H.	18 / 12.41 / 2.74	7.05-17.78

1987
VARIABLE: DIAGNOSTICO EN MUJERES

<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>n / % Sp</u>	<u>I.C. p<0.05</u>
CANDIDAS	7 / 9.46 / 3.40	2.79-16.13
CHLAMYDIAS	2 / 2.70 / 1.89	-0.99-6.40
CONDILOMAS	2 / 2.70 / 1.89	-0.99-6.40
GONORREA	1 / 1.35 / 1.34	-1.28-3.98
MICOPLASMA	4 / 6.41 / 2.63	0.25-10.56
N.G.P.P.	1 / 1.35 / 1.34	-1.28-3.98
SIFILIS	6 / 8.11 / 3.17	1.89-14.33
SIDOFobia	6 / 8.11 / 3.17	1.89-14.33
SIDOF. F.R.	24 / 32.43 / 5.44	21.77-43.10
TRICHOMONAS	2 / 2.70 / 1.89	-0.99-6.40
GARDNERELLA	2 / 2.70 / 1.89	-0.99-6.40
V.I.H.	17 / 22.97 / 4.89	13.39-32.58

1987
DROGAS / SEXO



1987
VARIABLE: E.T.S. ANTERIORES

- NO: n=20, 55.05%, Sp=3.7, IC=48.44-61.06
- CANDIDAS: n=3, 1.35%, Sp=0.79, IC=0.17-2.52
- HEPATITIS B: n=7, 7.80%, Sp=1.52, IC=4.24-11.36
- CONDILOMAS: n=2, 0.92%, Sp=0.55, IC=0.35-2.19
- SIFILIS: n=8, 8.28%, Sp=1.26, IC=4.60-11.91
- ESCABIOSIS: n=1, 0.49%, Sp=0.45, IC=0.44-1.36
- GONORREA: n=4, 20.9%, Sp=2.72, IC=14.89-26.51
- TRICHOMONAS: n=2, 0.92%, Sp=0.66, IC=0.35-2.19
- LADILLAS: n=1, 0.49%, Sp=0.45, IC=0.44-1.36
- OTRAS: n=3, 1.35%, Sp=0.79, IC=0.17-2.52
- DOS O MAS E.T.S.: n=7, 3.23%, Sp=1.20, IC=0.87-5.68

1987
VARIABLE: DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO	n	%	Sp	I.C. p<0.05
CANDIDAS	12	5.48	1.64	2.47-8.49
CHANCROIDE	1	0.46	0.46	-0.44-1.35
CHLAMYDIAS	9	4.11	1.34	1.48-6.74
CONDILOMAS	6	2.74	1.10	0.58-4.90
ESCABIOSIS	2	0.91	0.64	-0.35-2.17
GONORREA	13	5.94	1.60	2.81-9.07
HERPES	2	0.91	0.64	-0.35-2.17
LADILLAS	2	0.91	0.64	-0.35-2.17
MICOPLASMA	4	1.83	0.90	0.05-3.60
N.G.P.P.	1	0.46	0.46	-0.44-1.35

1987
VARIABLE: DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO	n	%	Sp	I.C. p<0.05
SIFILIS	24	10.05	2.03	6.08-14.03
SIDOFOBIA	33	15.07	2.42	10.33-19.51
SIDO F.E.R.	65	25.11	2.63	19.37-30.86
TRICHOMONAS	2	0.91	0.64	-0.35-2.17
URETROSCO.	3	1.37	0.79	-0.17-2.91
UREAPLASMAU.	7	3.20	1.19	0.87-5.53
GARDNERELLA	2	0.91	0.64	-0.35-2.17
VENEREOFOBIA	8	3.65	1.27	1.17-6.14
V.I.H.	35	15.98	2.48	11.13-20.83

VI.2.2.DATOS DE CADA ENFERMEDAD:

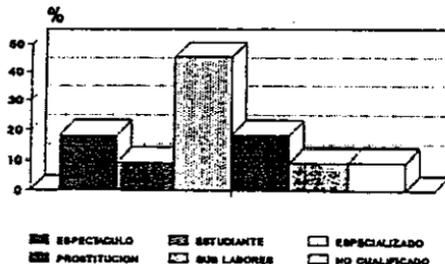
1987 CANDIDAS

- **SEXO:**
HOMBRES: n=6. 41.67%. Sp=14.23
MUJERES: n=7. 58.33%
- **EDAD:** n=25.16 Dt=13.84 Rango = 1(30-41)
Coef.Var=56.00. Sm=3.99
- **PROFESION:**
ESPECTACULO: n=2. 18.18%. Sp=11.63
ESTUDIANTE: n=1. 9.09%. Sp=8.67
ESPECIALIZADO: n=6. 45.45%. Sp=15.01
PROSTITUCION: n=2. 18.18%. Sp=11.63
SUS LABORES: n=1. 9.09%. Sp=8.67
NO CUALIFICADO: n=1. 9.09%. Sp=8.67

1987. CANDIDAS SEXO / N.I.A.



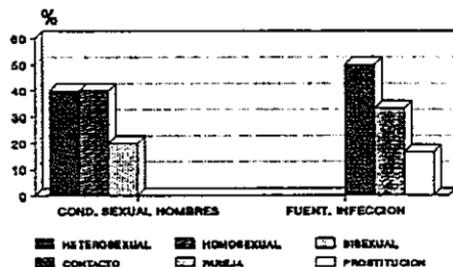
1987. CANDIDAS PROFESION



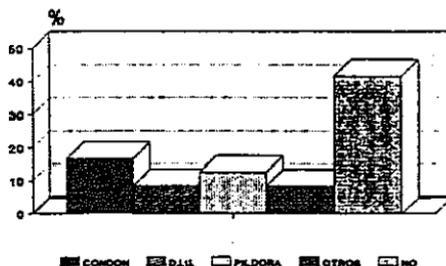
1987 CANDIDAS

- **N.I.A.:**
E.MEDIOS: n=7. 63.64%. Sp=14.5
E. SUPERIORES: n=1. 9.09%. Sp=8.67
SIN-PRIMARIOS: n=4. 33.33%. Sp=13.61
- **COND. SEXUAL HOMBRES:**
HETEROSEXUAL: n=2. 40%. Sp=21.91
HOMOSEXUAL: n=2. 40%. Sp=21.91
BISEXUAL: n=1. 20%. Sp=13.61
- **ANTICONCEPTIVOS:**
CONDON: n=2. 16.67%. Sp=10.78
D.I.U.: n=1. 8.33%. Sp=7.98
PILDORA: n=3. 12.50. Sp=25.00
OTROS: n=1. 8.33%. Sp=7.98

1987. CANDIDAS
COND. SEXUAL HOMBRES / FUENT. INFECCION



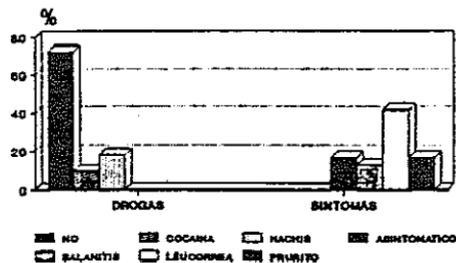
1987. CANDIDAS
ANTICONCEPTIVOS



1987
CANDIDAS

- **FUENTE DE INFECCION:**
CONTACTO: n=6. 50%. Sp=14.43
PAREJA: n=4. 33.33%. Sp=13.61
PROSTITUCION: n=2. 16.67%. Sp=10.76
- **DROGAS:**
NO: n=8. 72.73%. Sp=13.43
COCAINA: n=1. 9.09%. Sp=8.87
HACHIS: n=2. 18.08%. Sp=11.63
- **SINTOMAS:**
ASINTOMATICO: n=2. 16.67%. Sp=10.76
BALANITIS: n=3. 25%. Sp=12.50
LEUCORREA: n=5. 41.67%. Sp=14.23
PRURITO: n=2. 16.67%. Sp=10.76

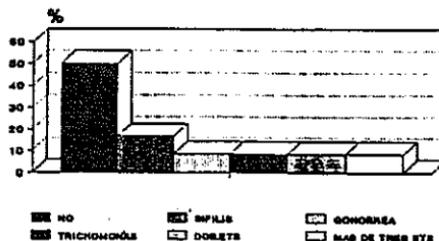
1987. CANDIDAS
DROGAS / SINTOMAS



1987
CANDIDAS

- E.T.S.ANTERIORES:
 NO: n=6. 50%. Sp=14.43
 SIFILIS: n=2. 16.87%. Sp=10.78
 GONORREA: n=1. 8.33%. Sp=7.98
 TRICHOMONAS: n=1. 8.33%. Sp=7.98
 DOS.ETS: n=1. 8.33%. Sp=7.98
 MAS DE TRES ETS: n=1. 8.33%. Sp=7.98

1987. CANDIDAS
E.T.S.ANTERIORES



1987
CHANCROIDE

- SEXO: HOMBRE: n=1. 100%
- EDAD: 36
- PROFESION: NO CUALIFICADO
- N.LA: SIN ESTUDIOS
- COND. SEXUAL: HETEROSEXUAL
- FUENTE DE INFECCION: PROSTITUCION
- ANTICONCEPTIVOS: NO
- E.T.S. ANTERIORES: GONORREA
- SINTOMAS: ULCERA GENITAL

1987
CHLAMYDIAS

- SEXO:
 HOMBRE: n=7. 77.78%. Sp=13.86
 MUJER: n=2. 22.22%. Sp=13.86
- EDAD: m=28.44. Dt=5.77. Rango= 14(21-36)
 Coef.Var.=20.28. Sm=1.92
- PROFESION:
 ESTUDIANTE: n=2. 22.22%. Sp=13.86
 HOSTELERIA: n=2. 22.22%. Sp=13.86
 NO CUALIFICADO: n=1. 11.11%. Sp=10.48
 ESPECIALIZADO: n=2. 22.22%. Sp=13.86
 PROSTITUCION: n=1. 11.11%. Sp=10.48
 SUS LABORES: n=1. 11.11%. Sp=10.48
- COND. SEXUAL HOMBRES: HETEROSEXUAL: n=7. 100%

1987
CHLAMYDIAS

- **N.I.A.:**
E.MEDIOS: n=2. 22.22%. Sp=13.86
E.SUPERIORES: n=1. 11.11%. Sp=10.48
SIN-PRIMARIOS: n=6. 86.67%. Sp=15.71
- **ANTICONCEPTIVOS:**
NO: n=8. 88.89%. Sp=10.48
PILDORA: n=1. 11.11%
- **FUENTE DE INFECCION:**
CONTACTO: n=4. 44.44%. Sp=18.65
PROSTITUCION: n=6. 66.66%
- **DROGAS:** NO: n=9. 100%

1987
CONDILOMAS

- **SEXO:**
HOMBRES: n=4. 66.67%. Sp=19.25
MUJERES: n=2. 33.33%
- **EDAD:** m=25. Dt=8.43. Rango=23(19-42)
Coef.Var.=33.75. Sm=3.44
- **PROFESION:**
ESTUDIANTE: n=1. 16.67%. Sp=15.21
NO CUALIFICADO: n=1. 16.67%. Sp=15.21
ESPECIALIZADO: n=2. 33.33%. Sp=19.25
PROSTITUCION: n=2. 33.33%. Sp=19.25
- **DROGAS:**
NO: n=5. 83.33%. Sp=15.21

1987
CHLAMYDIAS

- **E.T.S.ANTERIORES:**
NO: n=5. 55.56%. Sp=18.68
SIFILIS: n=1. 11.11%. Sp=10.48
GONORREA: n=3. 33.33%. Sp=15.71
- **SINTOMAS:**
SUPURACION: n=7. 77.78%. Sp=13.86
ASINTOMATICO: n=2. 22.22%

1987
CONDILOMAS

- **N.I.A.:**
E.MEDIOS: n=1. 16.67%. Sp=15.21
E.SUPERIORES: n=1. 16.67%. Sp=15.21
SIN-PRIMARIOS: n=4. 66.67%. Sp=19.25
- **COND.SEXUAL HOMBRES:**
HETEROSEXUAL: n=2. 50%. Sp=25
HOMOSEXUAL: n=1. 25%. Sp=21.66
BISEXUAL: n=1. 25%. Sp=21.66
- **ANTICONCEPTIVOS:**
CONDON: n=1. 16.67%. Sp=15.21
OTROS: n=1. 16.67%. Sp=15.21
NO: n=4. 86.67%. Sp=19.25

1987
CONDILOMAS

- FUENTE DE INFECCION:
CONTACTO: n=2, 33.33%. Sp=19.25
PAREJA: n=1, 16.67%. Sp=20.41
PROSTITUCION: n=3, 50%. Sp=20.41
- E.T.S. ANTERIORES:
NO: n=6, 83.33%. Sp=15.21
SIFILIS: n=1, 16.67%.
- SINTOMAS:
VERRUGAS GENITALES: n=5, 83.33%. Sp=15.21
LEUCORREA: n=1, 16.67%.

1987
ESCABIOSIS

- ANTICONCEPTIVOS:
NO: n=2, 100%
- FUENTE DE INFECCION:
CONTACTO: n=2, 100%
- DROGAS:
NO: n=2, 100%
- E.T.S. ANTERIORES:
NO: n=2, 100%
- SINTOMAS:
PRURITO: n=2, 100%

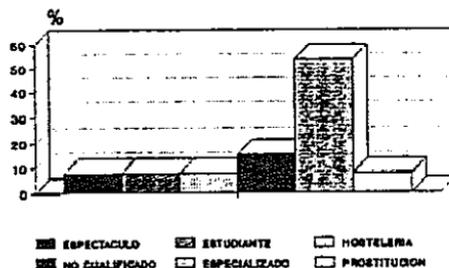
1987
ESCABIOSIS

- SEXO: HOMBRES: n=2, 100%
- EDAD: m=29.5, Dt=2.12, Rango= 3 (28-31)
Coef.Var.=7.19, Sm=1.5
- PROFESION:
ESTUDIANTE: n=1, 50%. Sp=35.36
NO CUALIFICADO: n=1, 50%
- N.I.A.:
EMEDIOS: n=1, 50%. Sp=35.36
SIN-PRIMARIOS: n=1, 50%
- COND. SEXUAL:
HETEROSEXUAL: n=2, 100%

1987.
GONORREA

- SEXO:
HOMBRES: n=12, 92.31%. Sp=7.39
MUJERES: n=1, 7.69%.
- EDAD: m=28.30, Dt=6.55, Rango= 21 (19-40)
Coef.Var.=23.14, Sm=1.82
- PROFESION:
ESPECTACULO: n=1, 7.68%. Sp=7.39
ESTUDIANTE: n=1, 7.68%. Sp=7.39
HOSTELERIA: n=1, 7.68%. Sp=7.39
NO CUALIFICADO: n=2, 15.38%. Sp=10.01
ESPECIALIZADO: n=7, 53.85%. Sp=13.83
PROSTITUCION: n=1, 7.68%. Sp=7.39

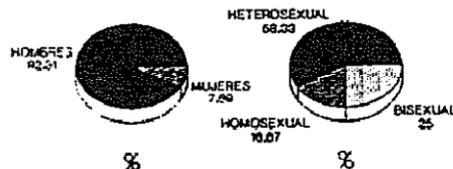
1987. GONORREA
PROFESION



1987
GONORREA

- **N.I.A.:**
EMEDIOS: n=6, 46.15%, Sp=13.83
E SUPERIORES: n=2, 15.38%, Sp=10.01
SIN-PRIMARIOS: n=5, 38.46%, Sp=13.48
- **COND. SEXUAL HOMBRES:**
HETEROSEXUAL: n=7, 58.33%, Sp=14.23
HOMOSEXUAL: n=2, 16.67%, Sp=10.76
BISEXUAL: n=3, 25%, Sp=12.50
- **ANTICONCEPTIVOS:**
PILDORA: n=1, 7.69%, Sp=7.39
NO: n=12, 92.31%.
- **DROGAS:**
NO: n=11, 84.62%, Sp=10.01
HACHIS: n=2, 15.38%.

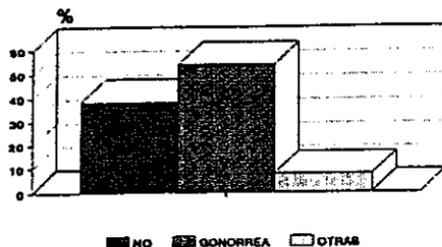
1987. GONORREA
SEXO / COND SEXUAL HOMBRES



1987
GONORREA

- **FUENTE DE INFECCION:**
CONTACTO: n=6, 61.54%, Sp=13.49
PAREJA: n=1, 7.69%, Sp=7.39
PROSTITUCION: n=4, 30.77%, Sp=12.80
- **E.T.S. ANTERIORES:**
NO: n=5, 38.46%, Sp=13.49
GONORREA: n=7, 53.85%, Sp=13.83
OTROS: n=1, 7.69%, Sp=7.31
- **SINTOMAS:**
SUPURACION: n=11, 84.62%, Sp=10.01
PRURITO: n=1, 7.69%, Sp=7.31
PROCTITIS: n=1, 7.69%, Sp=7.31

**1987. GONORREA
E.T.S.ANTERIORES**



**1987
HERPES**

- COND. SEXUAL HOMBRES: HETEROSEXUAL : n=2. 100
- ANTICONCEPTIVOS: NO:n=2. 100%
- FUENTE DE INFECCION: PROSTITUCION: n=2.100%
- DROGAS: NO: n=2. 100%
- E.T.S. ANTERIORES: NO: n=2. 100%
- SINTOMAS:
ULCERA GENITAL n=1. 50%. Sp=35.36
OTROS: n=1. 50%.

**1987
HERPES**

- SEXO:
VARON: n=2. 100%
- EDAD: m=45. Dt=25.46. Rango= 36 (27-63)
Coef.Var.=56.56 Sm=18
- PROFESION:
ESTUDIANTE: n=1. 50%. Sp=35.36
ESPECIALIZADO: n=1. 50%.
- N.I.A.:
E.MEDIOS: n=1. 50%. Sp=35.36
SIN-PRIMARIOS: n=1. 50%

**1987
LADILLAS**

- SEXO: VARON : n=2. 100%
- EDAD: m=27.5. Dt=4.95. Rango= 7 (24-31)
Coef. Var.=17.99. Sm=3.5
- PROFESION:
ESTUDIANTE: n=1.50%. Sp=35.36
ESPECIALIZADO: n=1. 50%.
- N.I.A.:
E.MEDIOS: n=1. 50%. Sp=35.36
SIN-PRIMARIOS: n=1. 50%

1987
LADILLAS

- COND. SEXUAL HOMBRES:
HETEROSEXUAL: n=2. 100%
- ANTICONCEPTIVOS: n=2. 100%
- EVENTE DE INFECCION: PROSTITUCION: n=2. 100%
- E.T.S. ANTERIORES: NO: n=2. 100%
- SINTOMAS: PRURITO: n=2. 100%

1987
MICOPLASMA

- SEXO: MUJERES: n=4. 100%
- EDAD: m=32.75. Dt=10.6. Rango=23 (21-44)
Coef. Var.= 32.35 Sm=6.30
- PROFESION:
ESPECTACULO: n=1. 25%. Sp=21.65
ESPECIALIZADO: n=1. 25%. Sp=21.65
PROSTITUCION: n=1. 25%. Sp=21.65
SUS LABORES: n=1. 25%. Sp=21.65
- N.L.A.:
E.SUPERIORES: n=2. 50%. Sp=25
SIN-PRIMARIOS: n=2. 50%

1987
MICOPLASMA

- ANTICONCEPTIVOS:
NO: n=1. 25%. Sp=21.65
PILDORA: n=2. 50%. Sp=26
D.I.I.I.: n=1. 25%. Sp=21.65
- DROGAS: NO: n=4. 100%
- E.T.S. ANTERIORES:
NO: n=1. 25%. Sp=21.65
GONORREA: n=1. 25%. Sp=21.65
OTRAS: n=1. 25%. Sp=21.65
TRES ETS: n=1. 25%. Sp=21.65
- SINTOMAS:
ASINTOMATICO: n=2. 50%. Sp=25
LEUCORREA: n=2. 50%

1987
N.G.P.P.

- SEXO: MUJER: n=1. 100%
- EDAD: 31a
- PROFESION: PROSTITUCION: n=1. 100%
- N.L.A.: SIN-PRIMARIOS: n=1. 100%
- ANTICONCEPTIVOS: PILDORA: n=1. 100%
- DROGAS: NO: n=1. 100%
- E.T.S. ANTERIORES: GONORREA: n=1. 100%
- SINTOMAS: LEUCORREA: n=1. 100%

1987
SIFILIS

- SEXO:
HOMBRES: n=18. 72.73%. Sp=9.50
MUJERES: n=6. 27.27%
- EDAD: m=31.82. Dt=12.28. Rango= 58 (19-77)
Coef. Var.=38.54. Sm=2.81
- PROFESION:
ESTUDIANTE: n=6. 27.27%. Sp=9.50
HOSTELERIA: n=1. 4.55%. Sp=4.44
JUBILADO: n=1. 4.55%. Sp=4.44
NO CUALIFICADO: n=3. 13.64%. Sp=7.32
ESPECIALIZADO: n=6. 27.27%. Sp=9.50
PROSTITUCION: n=4. 18.18% Sp=8.22
SUS LABORES: n=1. 4.55%. Sp=4.44

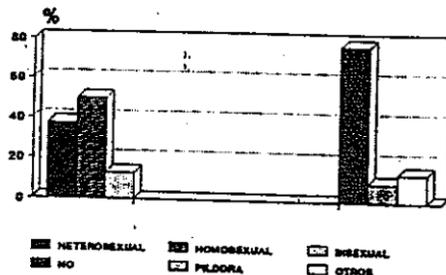
1987. SIFILIS
SEXO / N.I.A.



1987
SIFILIS

- N.I.A.:
ELMEDIOS: n=6. 27.27% Sp=9.50
ESUPERIORES: n=3. 13.64%. Sp=7.32
SIN-PRIMARIOS: n=13. 58.09%. Sp=10.48
- COND. SEXUAL EN HOMBRES:
HETEROSEXUAL: n=6. 37.50% Sp=12.10
HOMOSEXUAL: n=8. 50%. Sp=12.50
BISEXUAL: n=2. 12.50%. Sp=8.27
- ANTICONCEPTIVOS:
PILDORA: n=2. 9.09%. Sp=6.13
NO: n=17. 77.27%, Sp=8.93
OTROS: n=3. 13.64%. Sp=7.32

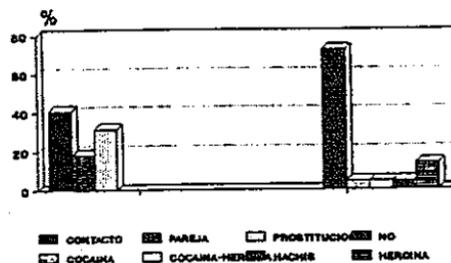
1987. SIFILIS
COND. SEXUAL HOMBRES / ANTICONCEPTIVOS



1987
SIFILIS

- **FUENTE DE INFECCION:**
CONTACTO: n=9. 40.91%. Sp=10.48
PAREJA: n=4. 18.18%. Sp=8.22
PROSTITUCION: n=7. 31.82%. Sp=9.93
DROGA: n=2. 9.09%. Sp=6.13
- **DROGAS:**
NO: n=16. 72.73%. Sp=9.50
COCAINA: n=1. 4.55%. Sp=4.44
COCAINA-HACHIS: n=1. 4.55%. Sp=4.44
HACHIS: n=1. 4.55%. Sp=4.44
HEROINA: n=3. 13.84%. Sp=7.32

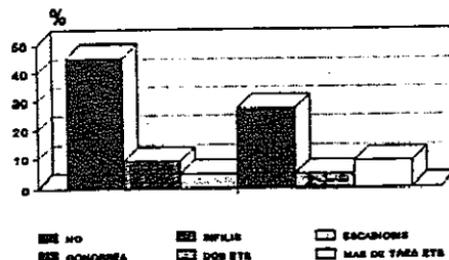
1987. SIFILIS
FUENTE DE INFECCION / DROGAS



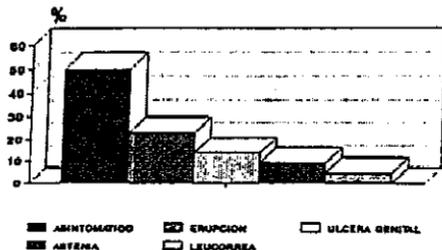
1987
SIFILIS

- **E.T.S. ANTERIORES:**
NO: n=10. 45.45%. Sp=9.50
SIFILIS: n=2. 9.09%. Sp=6.13
ESCARBIOSIS: n=1. 4.55%. Sp=4.44
GONORREA: n=6. 27.27%. Sp=9.50
MAS DE TRES ETS: n=1. 4.55%. Sp=4.44
DOS ETS: n=2. 9.09%. Sp=6.13
- **SINTOMAS:**
ASINTOMATICO: n=11. 50%. Sp=10.66
ERUPCION: n=5. 22.73%. Sp=8.93
ULCERA GENITAL: n=3. 13.84%. Sp=7.32
ASTENIA: n=2. 9.09%. Sp=6.13
LEUCORREA: n=1. 4.55%. Sp=4.44

1987. SIFILIS
E.T.S. ANTERIORES



1987 SIFILIS SINTOMAS



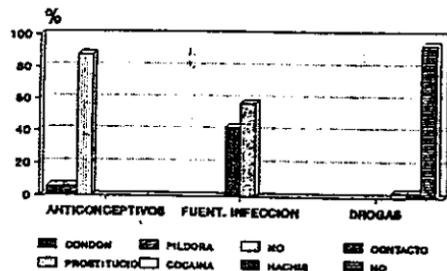
1987 SIDOFOBIA

- **SEXO:**
HOMBRES: n=27, 81.82%. Sp=8.71
MUJERES: n=6, 18.18%
- **EDAD:** m=28.52. Dt=9.17. Rango= 45 (60-15)
Coef. Var.=32.16. Sm=16
- **PROFESION:**
ESTUDIANTE: n=8, 24.24%. Sp=7.46
HOSTELERIA: n=2, 6.06%. Sp=4.16
NO CUALIFICADO: n=2, 6.06%. Sp=4.15
ESPECIALIZADO: n=20, 60.61%. Sp=8.51
SUS LABORES: n=1, 3.03%. Sp=2.98
- **COND. SEXUAL EN HOMBRES:**
HETEROSEXUAL: n=27, 100%.

1987 SIDOFOBIA

- **N.I.A.:**
EMEDIOS: n=16, 48.48%. Sp=8.70
ESUPERIORES: n=3, 9.09%. Sp=5
SIN PRIMARIOS: n=14, 42.42%. Sp=8.60
- **ANTICONCEPTIVOS:**
CONDON: n=2, 6.06%. Sp=4.15
PILDORA: n=2, 6.06%. Sp=4.15
NO: n=29, 87.88%. Sp=5.88
- **FUENTE DE INFECCION:**
CONTACTO: n=14, 42.42%. Sp=8.60
PROSTITUCION: n=19, 57.58%

1987. SIDOFOBIA ANTICONCEPTIVOS / FUENT. INFECCION / DROGAS



1987
SIDOFOBIA

- DROGAS:
NO: n=31 93.94%. Sp=4.15
COCAINA: n=1 3.03%. Sp=2.98
HACHIS: n=1 3.03%. Sp=2.98
- E.T.S. ANTERIORES:
NO: n=26 78.79%. Sp=7.12
SIFILIS: n=1 3.03%. Sp=2.98
GONORREA: n=5 15.15%. Sp=6.24
OTRAS: n=1 3.03%. Sp=2.98
- SINTOMAS:
ASINTOMATICO: n=33 100%

1987
SIDOFOBIA

- NIA:
EMEDIOS: n=21 38.18%. Sp=6.66
ESUPERIORES: n=3 5.45%. Sp=3.06
SIN-PRIMARIOS: n=31 68.35%. Sp=6.66
- COND. SEXUAL EN HOMBRES:
HETEROSEXUAL: n=6 19.35%. Sp=7.70
HOMOSEXUAL: n=18 59.06%. Sp=8.88
BISEXUAL: n=7 22.58%. Sp=7.51
- ANTICONCEPTIVOS:
CONDON: n=6 9.09%. Sp=3.88
PILDORA: n=12 21.82%. Sp=6.57
OTROS: n=6 9.09%. Sp=3.88
NO: n=33 60%. Sp=6.51

1987
SIDOFOBIA CON FACTOR DE RIESGO

- SEXO:
HOMBRES: n=31 68.36%. Sp=6.89
MUJERES: n=24 43.64%.
- EDAD: n=29.50. Dt=10.97. Rango= 70 (18-86)
Coef.Var.=37.20. Sm=148
- PROFESION:
ESPECTACULO: n=3 5.45%. Sp=3.06
ESTUDIANTE: n=12 21.82%. Sp=6.57
HOSTELERIA: n=3 5.45%. Sp=3.06
JUBILADO: n=1 1.82%. Sp=1.80
NO CUALIFICADO: n=7 12.73%. Sp=4.49
ESPECIALIZADO: n=19 34.55%. Sp=6.41
PROSTITUCION: n=1 1.82%. Sp=1.80
SUS LABORES: n=9 16.36%. Sp=4.99

1987
SIDOFOBIA CON FACTOR DE RIESGO

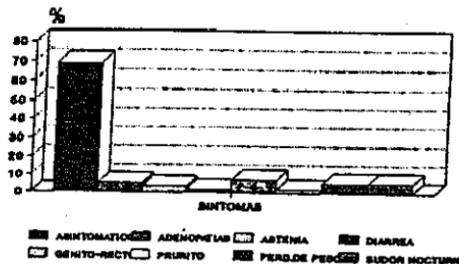
- FUENTE DE INFECCION:
CONTACTO: n=37 67.27%. Sp=6.33
PAREJA: n=9 16.36%. Sp=4.99
PROSTITUCION: n=1 1.82%. Sp=1.80
DROGA: n=4 7.27%. Sp=3.50
TRANSFUSION: n=4 7.27%. Sp=3.50
- DROGAS:
COCAINA: n=1 1.82%. Sp=1.80
HACHIS: n=4 7.27%. Sp=3.50
COCAINA-HEROINA: n=2 3.64%. Sp=2.52
HEROINA: n=3 5.45%. Sp=3.06
NO: n=45 81.82%. Sp=5.20

1987
SIDOFOBIA CON FACTOR DE RIESGO

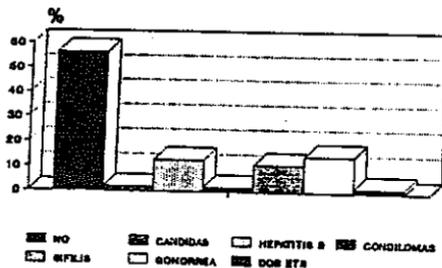
• **E.T.S. ANTERIORES:**
 NO: n=31, 66.43%, Sp=3.68
 CANDIDA: n=1, 1.82%, Sp=1.80
 HEPATITIS B: n=7, 12.73%, Sp=4.48
 CONDILOMAS: n=1, 1.82%, Sp=1.80
 SIFILIS: n=8, 10.81%, Sp=4.20
 GONORREA: n=8, 14.55%, Sp=4.75
 DOS E.T.S: n=1, 1.82%, Sp=1.80

• **SINTOMAS:**
 ASINTOMATICO: n=38, 69.09%, Sp=6.23
 ADENOPATIA: n=3, 5.45%, Sp=3.06
 ASTENIA: n=2, 3.64%, Sp=2.52
 DIARREA: n=1, 1.82%, Sp=1.80
 ESCOZOR: n=1, 1.82%, Sp=1.80
 LEUCORRREA: n=1, 1.82%, Sp=1.80
 PERDIDA DE PESO: n=3, 5.45%, Sp=3.06
 PROCTITIS: n=2, 3.64%, Sp=2.52
 PRURITO: n=1, 1.82%, Sp=1.80
 SUDOR NOCTURNO: n=3, 5.45%, Sp=3.06

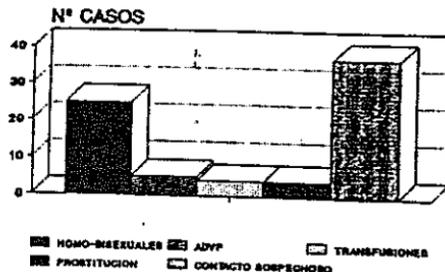
1987. SIDOFOBIA CON FACTOR DE RIESGO
SINTOMAS



1987. SIDOFOBIA CON FACTOR DE RIESGO
E.T.S. ANTERIORES



1987. SIDOFOBIA CON FACTOR DE RIESGO
FACTORES DE RIESGO



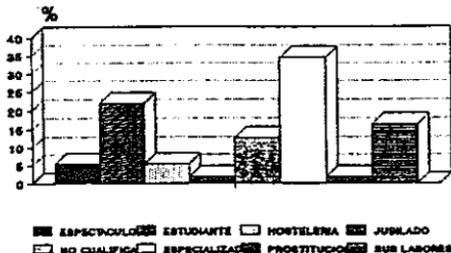
1987. SIDOFOBIA CON FACTOR DE RIESGO
SEXO / N.I.A.



1987.
TRICHOMONAS

- SEXO: MUJERES: n=2. 100%
- EDAD: n=26.6. Dt=2.1213. Rango=3 (26-28)
Coef. Var. =8.006. Sm=15
- PROFESION: ESPECIALIZADO: n=2. 100%
- N.I.A.: E. MEDIOS: n=2. 100%
- ANTICONCEPTIVOS: NO: n=1. 50%. Sp=35.66
OTROS: n=1. 50%
- FUENTE DE INFECCION: PAREJA: n=2. 100%
- E.T.S. ANTERIORES: NO: n=1. 50%. Sp=35.66
CANDIDAS: n=1. 50%
- SINTOMAS: LEUCORREA: n=2. 100%

1987. SIDOFOBIA CON FACTOR DE RIESGO
PROFESION



1987
URETRITIS DE CAUSA DESCONOCIDA

- SEXO: HOMBRES: n=3. 100%
- EDAD: n=34.66. Dt=3.62. Rango=7 (21-28)
Coef. Var. =10.13. Sm=2.02
- PROFESION: ESPECTACULO: n=1. 33.33%. Sp=27.22
NO CUALIFICADO: n=2. 66.67%
- N.I.A.: E. MEDIOS: n=1. 33.33%. Sp=27.22
SIN- PRIMARIOS: n=2. 66.67%
- COND. SEXUAL: HOMBRE: HETEROSEXUAL: n=3. 100%
- ANTICONCEPTIVOS: NO: n=3. 100%
- FUENTE DE INFECCION: PAREJA: n=1. 33.33%. Sp=27.22
PROSTITUCION: n=2. 66.67%
- E.T.S. ANTERIORES: NO: n=2. 66.67%. Sp=27.22
GONORREA: n=1. 33.33%
- SINTOMAS: SUPURACION: n=3. 100%
- DROGAS: NO: n=3. 100%

1987
UREAPLASMA.U.

- SEXO: HOMBRES: n=7. 100%
- EDAD: m=31.57. Dt=14.55. Rango= 45 (18-63)
- PROFESION:
HOSLETERIA: n=2. 28.57%. Sp=17.07
NO CUALIFICADO: n=2. 28.57%. Sp=17.07
ESPECIALIZADO: n=3. 42.86%. Sp=18.07
- N.I.A.:
E.MEDIOS: n=2. 28.57%. Sp=17.07
E.SUPERIORES: n=1. 14.29%. Sp=13.23
SIN-PRIMARIOS: n=4. 57.14%. Sp=18.70
- COND. SEXUAL HOMBRES: HETEROSEXUAL: n=7. 100

1987
GARDNERELLA

- SEXO: MUJER: n=2. 100%
- EDAD: m=18.6. Dt=0.707. Rango= 1 (18-19)
Coef. Var.=3.82. Sm=0.6
- PROFESION: ESTUDIANTE: n=1. 50%. Sp=36.36
PROSTITUCION: n=1. 50%
- N.I.A.: E. MEDIOS: n=1. 50%. Sp=36.36
SIN-PRIMARIOS: n=1. 50%
- ANTICONCEPTIVOS: PILDORA: n=2. 100%
- FUENTE DE INFECCION: CONTACTO: n=1.50%. Sp=36.36
PROSTITUCION: n=1. 50%
- DROGAS: NO: n=2.100%
- E.T.S.ANTERICOS: NO: n=2. 100%
- SINTOMAS: LEUCORREA: n=2. 100%

1987
UREAPLASMA U.

- ANTICONCEPTIVOS: NO: n=7. 100%
- FUENTE DE INFECCION:
CONTACTO: n=5. 71.43%. Sp=17.07
PAREJA: n=1. 14.29%. Sp=13.23
PROSTITUCION: n=1. 14.29%. Sp=14.29
- DROGAS: NO: n=7. 100%
- E.T.S. ANTERIORES:NO: n=3. 42.36%. Sp=18.70
GONORREA: n=4. 57.14%
- SINTOMAS: SUPURACION: n=4. 55.14%. Sp=18.70
DISURIA: n=1. 14.29%. Sp=13.23
ESCOZOR: n=1. 14.29%. Sp=13.23
ASINTOMATICO: n=1. 14.29%. Sp=13.23

1987
VENEREFOBIA

- SEXO: HOMBRES: n=8. 100%
- EDAD: m=42.82. Dt=21.11. Rango = 58. (19-75)
Coef. Var.=49.54. Sm=7.48
- PROFESION: ESTUDIANTE: n=1. 12.5%. Sp=11.69
JUBILADO: n=2. 25%. Sp=15.31
NO CUALIFICADO: n=2. 25%. Sp=15.31
ESPECIALIZADO: n=3. 37.50%. Sp=17.12
- N.I.A.: E. MEDIOS: n=1. 12.5%. Sp=11.69
E. SUPERIORES: n=1. 12.5%. Sp=11.69
SIN-PRIMARIOS: n=6. 75%. Sp=15.31
- COND. SEXUAL HOMBRES: HETEROSEXUAL: n=8. 100

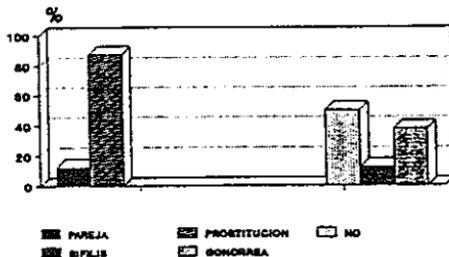
1987
VENEREOFOBIA

- **ANTICONCEPTIVOS:** NO: n=8.100%
- **FUENTE DE INFECCION:** PAREJA: n=1. 12.5%. Sp=11.69
 PROSTITUCION: n=7. 87.50%.
- **DROGAS:** NO: n=8. 100%
- **E.T.S.ANTERIORES:** NO: n=4. 50%. Sp=17.68
 SIFILIS: n=1. 50%. Sp=11.69
 GONORREA: n=3. 37.5%. Sp=17.12
- **SINTOMAS:** ASINTOMATICO: n=2. 25%. Sp=15.31
 DISURIA: n=1. 12.5%. Sp=11.69
 ESCOZOR: n=1. 12.5%. Sp=11.69
 PRURITO: n=3. 37.50%. Sp=17.12

1987
H.I.V.

- **SEXO:** HOMBRES: n=18. 61.43%. Sp=8.45
 MUJERES: n=17. 48.57%
- **EDAD:** n=25.68. Dt=4.54. Rango= 21 (19-40)
 Coef. Var.=18.08. Sm=0.78513
- **PROFESION:**
 ESTUDIANTE: n=4. 11.43%. Sp=5.38
 HOSTELERIA: n=7. 20%. Sp=6.76
 NO CUALIFICADO: n=6. 17.14%. Sp=6.37
 ESPECIALIZADO: n=7. 20%. Sp=6.76
 PROSTITUCION: n=4. 11.43%. Sp=6.38
 SUS LABORES: n=7. 20%. Sp=6.76
- **N.I.A.:** EMEDIOS: n=7. 20%. Sp=6.76
 ESUPERIORES: n=1. 2.88%. Sp=2.82
 SIN-PRIMARIOS: n=27. 77.14%. Sp=7.10

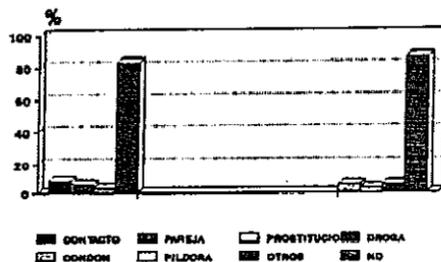
1987. VENEREOFOBIA
 FUENTE DE INFECCION / E.T.S. ANTERIORES



1987
H.I.V.

- **COND. SEXUAL EN HOMBRES:**
 HETEROSEXUAL: n=12. 66.67%. Sp=11.11
 HOMOSEXUAL: n=5. 27.78%. Sp=10.56
 BISEXUAL: n=1. 5.56%. Sp=5.40
- **ANTICONCEPTIVOS:**CONDON: n=2. 5.71%. Sp=3.92
 PILDORA: n=1. 2.86%. Sp=2.82
 OTROS: n=2. 5.71%. Sp=3.92
 NO: n=30. 85.71%. Sp=5.91
- **FUENTE DE INFECCION:**
 CONTACTO: n=3. 8.57%. Sp=4.73
 PAREJA: n=2. 5.71%. Sp=3.92
 PROSTITUCION: n=1. 2.86%. Sp=2.82
 DROGA: n=29. 82.86%. Sp=6.37

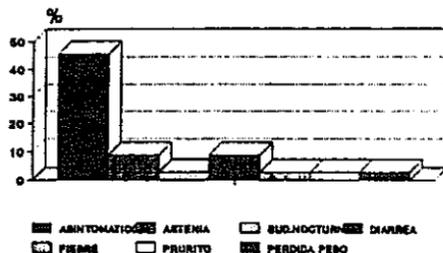
1987 H.I.V.
FUENTE DE INFECCION / ANTICONCEPTIVOS



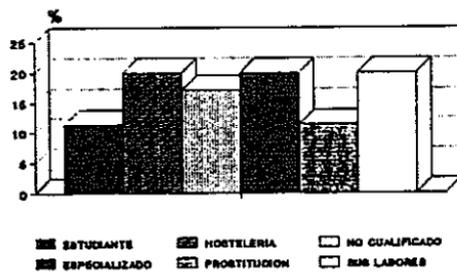
1987
H.I.V.

- E.T.S. ANTERIORES:
 NO: n=18, 46.7%, Sp=4.73
 CANDIDAS: n=1 2.86%, Sp=2.82
 HEPATITIS B: n=10, 28.67%, Sp=7.54
 CONDILOMAS: n=1 2.86%, Sp=2.82
 SIFILIS: n=4, 11.43%, Sp=6.38
 GONORREA: n=2, 5.71%, Sp=3.92
 TRICHOMONAS: n=1 2.86%, Sp=2.82
- DROGAS: NO n=6, 17.14%, Sp=6.37
 COCAINA-HEROINA: n=6, 14.29%, Sp=6.01
 HEROINA: n=24, 66.57%, Sp=7.66
- SINTOMAS: ASINTOMATICO: n=18, 46.7%, Sp=8.42
 ASTENIA: n=3, 8.76%, Sp=4.73
 SUDOR NOCTURNO: n=1 2.86%, Sp=2.82
 DIARREA: n=3, 8.76%, Sp=4.73
 FIEBRE: n=1 2.86%, Sp=2.82
 PRURITO: n=1 2.82%, Sp=2.82
 PERD. PESO: n=10, 28.67%, Sp=7.64

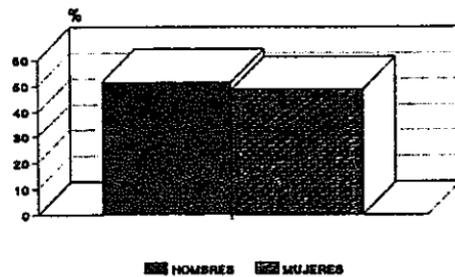
1987. H.I.V.
SINTOMAS



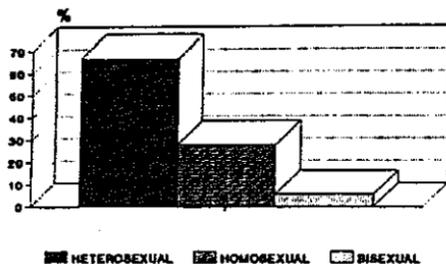
1987. H.I.V.
PROFESION



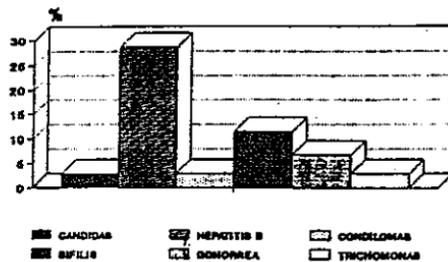
1987. H.I.V.
SEXO



1987. H.I.V.
CONDUCTA SEXUAL HOMBRES



1987. HIV
E.T.S. ANTERIORES



VI.2.3. RELACIONES ENTRE VARIABLES ESTADÍSTICAMENTE

SIGNIFICATIVAS:

- 1.-CANDIDAS: Mujeres ($p < 0.1$).
- 2.-CHANCROIDE: Ninguna variable.
- 3.-CHLAMYDIAS: Conducta Sexual en Hombres: Heterosexual ($p < 0.05$).
- 4.-CONDILOMAS: Ninguna variable.
- 5.-ESCABIOSIS: Ninguna variable.
- 6.-GONORREA: Hombres ($p < 0.05$). E.T.S. Anteriores: Gonorrea ($p < 0.05$).
- 7.-HERPES: Ninguna variable
- 8.-LADILLAS: Ninguna variable.
- 9.-MICOPLASMA H.: Mujeres ($p < 0.01$)
- 10.-N.G.P.P.: Ninguna variable.
- 11.-SIFILIS: Ninguna variable
- 12.-SIDOFOBIA: Hombres ($p < 0.05$) Profesión: especializado ($p < 0.01$). Drogas: No ($p < 0.01$). Fuente de Infección: Prostitución ($p < 0.001$). E.T.S. Anteriores: No ($p < 0.01$).
- 13.-SIDOFOBIA CON FACTOR DE RIESGO: Conducta sexual en hombres: Homo + Bisexual ($p < 0.001$). Fuente de Infección: Contacto ($p < 0.001$).
- 14.-TRICHOMONAS: Mujeres ($p < 0.05$).
- 15.-URETRITIS DE CAUSA DESCONOCIDA: Ninguna variable.
- 16.-UREAPLASMA U.: Hombres ($p < 0.1$). Conducta sexual en hombres: Heterosexual ($p < 0.05$).
- 17.-VENEREOFOBIA: Hombres ($p < 0.05$). Edad: Mayores de 40 años ($p < 0.05$). Conducta Sexual en hombres: Heterosexual ($p < 0.1$). Fuente de Infección: Prostitución ($p < 0.001$).

Drogas: No ($p < 0.05$).

18.-V.I.H.: Ninguna variable.

VI.3.RESULTADOS DE 1990:

VI.3.1.DATOS GLOBALES:

1990
VARIABLE: SEXO

- HOMBRES: n=182. 68.42%. Sp=2.85. LC.=62.8-74.0
- MUJERES: n=84. 31.58%. Sp=2.85. LC.=25.99-37.1

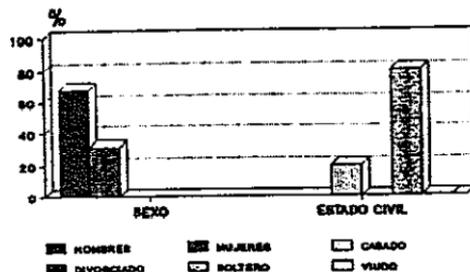
1990
VARIABLE: EDAD

- EDAD: m=30.23. Dt=9.55. Rango=54 (19-73)
Coef.Var.=31.616. Sm=0.58599
- EDAD EN HOMBRES: m=30.6319. Dt=10.34.
Rango=54 (19-73). Coef.Var.=33.76. Sm=0.766
- EDAD EN MUJERES: m=29.36. Dt=7.56.
Rango=27 (20-47). Coef.Var.=25.76. Sm=0.825

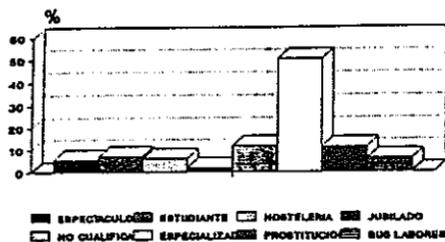
1990
VARIABLE: ESTADO CIVIL

- CASADO: n=52. 19.55%. Sp=2.43. LC.=14.78-24.31
- DIVORCIADO: n=0
- SOLTERO: n=213. 80.08%. Sp=2.45. LC.=75.27-84.
- VIUDO: n=1. 0.38%. Sp=0.38. LC.=0.36-1.11

1990
SEXO / ESTADO CIVIL



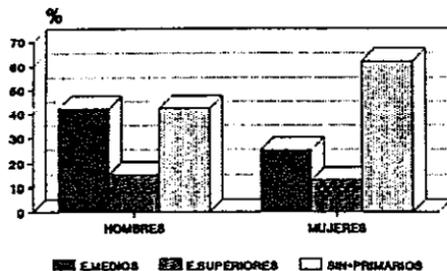
1990
PROFESION



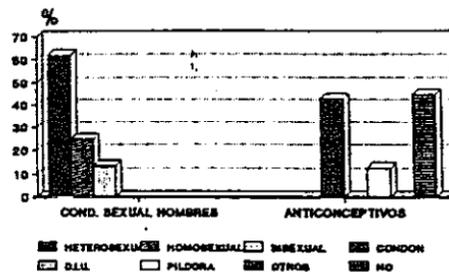
1990
VARIABLE: N.I.A.

- E.MEDIOS: n=98. 36.84%. Sp=2.96. I.C.=31.05-42.64
- E.SUPERIORES: n=39. 14.66%. Sp=2.17. I.C.=10.4-18.9
- SIN+PRIMARIOS: n=129. 48.5%. Sp=3.06. I.C.=42.4-54.5

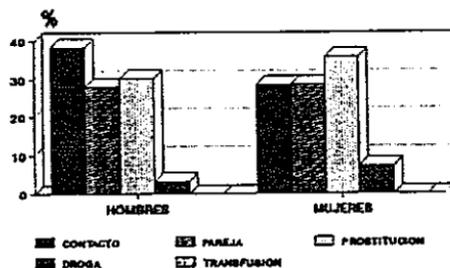
1990
N.I.A.



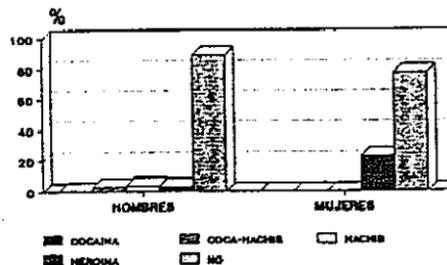
1990
COND. SEXUAL HOMBRES / ANTICONCEPTIVOS



1990
FUENTE DE INFECCION



1990
DROGAS



1990
E.T.S. ANTERIORES

- NO. n=144. 54.14%. Sp=3.06. LC.=48.15-60.12
- CANDIDA: n=12. 4.51%. Sp=127. LC.=2.02-7.01
- HEPATITIS B: n=36. 13.53%. Sp=2.10. LC.=9.42-17.64
- CONDILOMAS: n=8. 3.01%. Sp=1.05. LC.=0.95-5.06
- ESCABIOSIS: n=1. 0.38%. Sp=0.38. LC.=0.38-1.11
- GONORREA: n=26. 9.77%. Sp=1.82. LC.=6.21-13.34
- CHLAMYDIAS: n=1. 0.38%. Sp=0.36. LC.=0.36-1.11
- TRICHOMONAS: n=14. 5.26%. Sp=1.37. LC.=2.58-7.95

1990
E.T.S. ANTERIORES (II)

- MICROPLASMA: n=6. 2.26%. Sp=0.91. LC.=0.47-4.04
- UREAPLASMA: n=5. 1.88%. Sp=0.81. LC.=0.26-3.51
- LADILLAS: n=1. 0.38%. Sp=0.38. LC.=0.38-1.11
- OTRAS: n=6. 2.26%. Sp=0.91. LC.=0.47-4.04
- DOS E.T.S.: n=6. 2.26%. Sp=0.91. LC.=0.47-4.04

1990
DIAGNOSTICO-HOMBRES

DIAGNOSTICO	<u>n / % / Sp</u>	<u>I.C. p<0.05</u>
CHLAMYDIAS	23 / 12.64% / 2.46	7.81-17.46
CONDILOMAS	21 / 11.54% / 2.37	6.90-16.81
GONORREA	47 / 25.82% / 3.24	19.47-32.18
HERPES	12 / 6.59% / 1.84	2.99-10.20
SIFILIS	15 / 8.24% / 2.04	4.25-12.24
TRICHOMONAS	1 / 0.55% / 0.55	-0.52-1.62
URET.DESCO.	19 / 10.44% / 2.27	6.00-14.88
UREAPLASMA	10 / 5.49% / 1.69	2.18-8.81
V.I.H.	18 / 9.89% / 2.21	5.65-14.23
CANDIDAS	16 / 8.78% / 2.10	4.68-12.91

1990
DIAGNOSTICO-MUJERES

DIAGNOSTICO	<u>n / % / Sp</u>	<u>I.C. p<0.05</u>
CANDIDAS	24 / 28.57% / 4.93	18.91-38.23
MICOPLASMA	5 / 5.95% / 2.58	0.89-11.01
SIFILIS	13 / 15.48% / 3.95	7.74-23.21
TRICHOMONAS	13 / 15.48% / 3.95	7.74-23.21
GARDNERELLA	10 / 11.90% / 3.53	4.88-18.83
V.I.H.	19 / 22.62% / 4.56	13.67-31.57

1990
DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO	<u>n / % / Sp</u>	<u>I.C. p<0.05</u>
CANDIDA	40 / 15.04% / 2.19	10.74-19.53
CHLAMYDIAS	23 / 8.65% / 1.72	5.27-12.02
CONDILOMAS	21 / 7.89% / 1.65	4.65-11.14
GONORREA	47 / 17.87% / 2.34	13.08-22.26
HERPES	12 / 4.51% / 1.27	2.02-7.01
MICOPLASMA	5 / 1.88% / 0.83	0.26-3.51
SIFILIS	28 / 10.53% / 1.88	6.84-14.21
TRICHOMONAS	14 / 5.26% / 1.37	2.58-7.95
URET. DESCO.	19 / 7.14% / 1.58	4.05-10.24
UREAPLASMA	10 / 3.76% / 1.17	1.47-6.05
GARDNERELLA	10 / 3.76% / 1.17	1.47-6.05
V.I.H.	37 / 13.91% / 2.12	9.75-18.07

VI.3.2.DATOS DE CADA ENFERMEDAD:

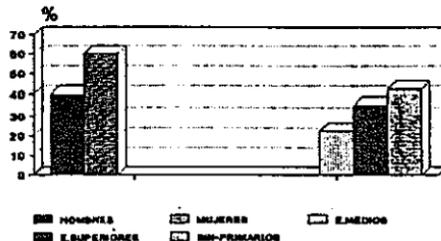
1990 CANDIDAS

- **SEXO:** HOMBRES: n=16, 40%. Sp=7.75
MUJERES: n=24, 60%.
- **EDAD:** n=312. D1=10.10. Rango = 26 (20-46)
Coef. Var.=32.37. Sm=1.597
- **PROFESION:** ESPECTACULO: n=1, 2.5%. Sp=2.47
NO CUALIFICADO: n=8, 16%. Sp=5.65
ESPECIALIZADO: n=21, 52.5%. Sp=7.90
SUS LABORES: n=12, 30%. Sp=7.26
- **N.I.A.:** E. MEDIOS: n=9, 22.50%. Sp=8.60
E. SUPERIORES: n=14, 35%. Sp=7.54
SIN+PRIMARIOS: n=17, 42.5%. Sp=7.82
- **COND. SEXUAL HOMBRES:** HETEROSEXUAL: n=10, 62.

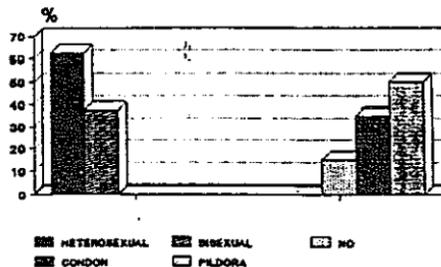
1990 CANDIDAS

- **ANTICONCEPTIVOS:** NO: n=6, 15%. Sp=5.65
CONDON: n=14, 35%. Sp=7.54
PILDORA: n=20, 50%. Sp=7.81
- **FUENTE DE INFECCION:** CONTACTO: n=1, 2.5%. Sp=2.47
PAREJA: n=39, 97.5%.
- **DROGAS:** NO: n=39, 97.5%. Sp=2.47
COCAINA: n=1, 2.5%.
- **E.T.S. ANTERIORES:** NO: n=35, 87.5%. Sp=5.23
CANDIDAS: n=5, 12.6%. Sp=5.23
- **SINTOMAS:** BALANITIS: n=8, 22.5%. Sp=8.6
ASINTOMATICO: n=1, 2.5%. Sp=2.47
LEUCORREA: n=2, 5%. Sp=3.45

1990. CANDIDAS SEXO / N.I.A.



1990 CANDIDAS COND. SEXUAL HOMBRES / ANTICONCEPTIVOS



1990
CHLAMYDIAS

- SEXO: HOMBRES: n=23. 100%
- EDAD: m=32. Dt=8.707. Rango= 22 (22-44)
Coef. Var.=27.21. Sm=18.15
- PROFESION: ESPECTACULO: n=8. 26.09%. Sp=9.16
HOSTELERIA: n=10. 43.48%. Sp=10.34
ESPECIALIZADO: n=7. 30.43%. Sp=9.59
- N.I.A.: E. MEDIOS: n=8. 26.09%. Sp=9.16
SIN-PRIMARIOS: n=17. 73.91%
- COND. SEXUAL EN HOMBRES: HETEROSEXUAL: n=23. 100%
- ANTICONCEPTIVOS: NO: n=4. 17.39%. Sp=7.90
CONDON: n=19. 82.61%

1990
CONDILOMAS

- SEXO : HOMBRES: n=21. 100%.
- EDAD: m=23.66. Dt=4.45. Rango = 11 (19-30)
Coef. Var.=18.82. Sm=0.971
- PROFESION:
ESPECTACULO: n=8. 38.10%. Sp=10.60
ESTUDIANTE: n=7. 33.33%. Sp=10.29
HOSTELERIA: n=6. 28.57%. Sp=9.86
- N.I.A.:
E. MEDIOS: n=8. 38.10%. Sp=10.60

1990
CHLAMYDIAS

- FUENTE DE INFECCION:
CONTACTO: n=10. 43.48%. Sp=10.34
PAREJA: n=13. 56.52%.
- DROGAS:
NO: n=18. 89.57%. Sp=9.59
HACHIS: n=7. 30.43%
- E.T.S. ANTERIORES:
NO: n=17. 73.91%. Sp=9.16
OTRAS: n=6. 26.09%.
- SINTOMAS:
SUPURACION: n=23. 100%.

1990
CONDILOMAS

- ANTICONCEPTIVOS: NO: n=21. 100%
- FUENTE DE INFECCION:
CONTACTO: n=8. 38.10%. Sp=10.60
PAREJA. n=13. 61.90%
- DROGAS: NO: n=21. 100%
- E.T.S. ANTERIORES: NO: n=21. 100%
- SINTOMAS:
VERRUGAS: n=15. 71.43%. Sp=9.68
PROCTITIS: n=6. 28.57%

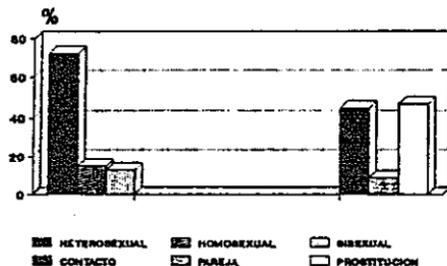
1990
GONORREA

- **SEXO:** HOMBRES: n=47. 100%
- **EDAD:** m=27.6696. Dt=9.11. Rango= 26 (20-48)
Coef.Var.=32.92. Sm=1.328
- **PROFESION:**
NO CUALIFICADO: n=7. 14.89%. Sp=5.19
ESPECIALIZADO: n=40. 85.11%
- **N.I.A.:** E. MEDIOS: n=27. 57.45%. Sp=7.21
SIN+PRIMARIOS: n=20. 42.55%
- **COND.SEXUAL EN HOMBRES:**
HETEROSEXUAL: n=34. 72.34%. Sp=6.52
HOMOSEXUAL: n=7. 14.89%. Sp=5.19
BISEXUAL: n=6. 12.77%. Sp=4.87

1990
GONORREA

- **ANTICONCEPTIVOS:** CONDON: n=22. 45.81%. Sp=7.28
NO: n=25. 53.19%
- **FUENTE DE INFECCION:** CONTACTO: n=21. 44.89%. Sp=7.25
PAREJA: n=4. 8.51%. Sp=4.07
PROSTITUCION: n=22. 46.81%. Sp=7.28
- **DROGAS:** NO: n=41. 87.23%. Sp=4.87
COCAINA-HACHIS: n=6. 12.77%. Sp=4.87
- **E.T.B. ANTERIORES:** NO: n=25. 52.67%. Sp=7.18
CONDILOMAS: n=7. 14.89%. Sp=5.19
GONORREA: n=1. 2.13%. Sp=2.10
CANDIDA: n=5. 10.54%. Sp=4.8
HEPATITIS B: n=6. 12.77%. Sp=4.87
- **SINTOMAS:** SUPURACION: n=20. 42.55%. Sp=7.21
DISURIA: n=14. 29.78%. Sp=6.54
PROCTITIS: n=13. 27.66%. Sp=6.52

1990. GONORREA
COND. SEXUAL HOMBRES / FUENTE INFECCION



1990
HERPES

- **SEXO:** HOMBRES: n=12. 100%
- **EDAD:** m=30. Dt=1.0445. Rango = 2 (29-31)
Coef. Var. = 3.4816. Sm=0.301
- **PROFESION:** ESPECIALIZADO : n=12. 100%
- **N.I.A.:** E. MEDIOS: n=6. 50%. Sp=14.43
E. SUPERIORES: n=6. 50%
- **COND. SEXUAL HOMBRES:** HETEROSEXUAL: n=6. 50%.
BISEXUAL: n=6. 50%
- **ANTICONCEPTIVOS:** CONDON : n=6. 50%. Sp=14.43
NO: n=6. 50%.

1990
HERPES

- FUENTE DE INFECCION:
CONTACTO: n=6. 50%. Sp=14.43
PROSTITUCION: n=6. 50%.
- DROGAS:
NO: n=12. 100%
- E.T.S. ANTERIORES:
NO: n=6. 50%. Sp=14.43
DOS ETS: n=6. 50%
- SINTOMAS:
ULCERA GENITAL: n=12. 100%

1990
SIFILIS

- SEXO: HOMBRES: n=15. 53.57%. Sp=9.42
MUJERES: n=13. 46.43%.
- EDAD: m=38.32. Dt=15.406. Rango= 45 (24-69)
Coef. Var.=40.20. Sm=2.9714
- PROFESION:
ESPECIALIZADO: n=18. 64.29%. Sp=9.06
JUBILADO: n=4. 14.29%. Sp=6.61
PROSTITUCION: n=6. 21.43%. Sp=7.75
- N.I.A.: E. MEDIOS: n=13. 46.43%. Sp=9.42
SIN-PRIMARIOS: n=15. 53.57%.
- COND. SEXUAL HOMBRES:
HETEROSEXUAL: n=10. 66.66%. Sp=12.17
HOMOSEXUAL: n=5. 33.33%.

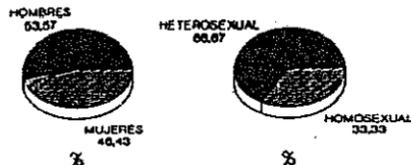
1990
MICOPLASMA H.

- SEXO: MUJERES: n=5. 100%
- EDAD: m=31.8. Dt=7.2319. Rango= 20 (23-43)
Coef. Var.=22.88. Sm=3.2342
- PROFESION: ESPECTACULO: n=1. 20%. Sp=17.89
HOSTELERIA: n=1. 20%. Sp=17.89
PROSTITUCION: n=2. 40%. Sp=21.81
BUS LABORES: n=1. 20%. Sp=17.89
- N.I.A.: SIN-PRIMARIOS: n=5. 100%
- ANTICONCEPTIVOS: NO: n=6. 100%
- FUENTE DE INFECCION: CONTACTO: n=3. 60%. Sp=21.81
PROSTITUCION: n=2. 40%. Sp=21.81
- DROGAS: NO: n=6. 100%
- E.T.S. ANTERIORES: GONORREA: n=5. 100%
- SINTOMAS: LEUCORREA: n=5. 100%

1990
SIFILIS

- ANTICONCEPTIVOS: NO: n=16. 57.14%. Sp=9.35
CONDON: n=12. 42.86%
- FUENTE DE INFECCION: CONTACTO: n=12. 42.86%. Sp=9.35
PAREJA: n=6. 21.43%. Sp=7.75
PROSTITUCION: n=10. 35.71%. Sp=9.06
- DROGAS: NO: n=28. 100%
- E.T.S. ANTERIORES: NO: n=11. 39.29%. Sp=9.23
HEPATITIS B. n=11. 39.29%. Sp=9.23
MICOPLASMA: n=6. 21.43%. Sp=7.75
- SINTOMAS: ASINTOMATICO: n=13. 46.43%. Sp=9.42
ULCERA: n=9. 32.14%. Sp=8.83
ASTENIA: n=6. 21.43%. Sp=7.75

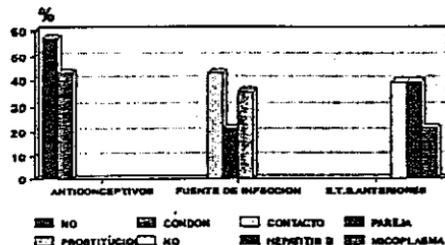
1990. SIFILIS
SEXO / COND. SEXUAL EN HOMBRES



1990
TRICHOMONAS

- SEXO: HOMBRES: n=1. 7.14%. Sp=6.66
MUJERES: n=12. 92.86%
- EDAD: m=36.71. Dt=12.84. Rango = 48 (27-73)
Coef. Var.=34.58. Sp=3.43
- PROFESION: JUBILADO: n=1. 7.14%. Sp=6.66
ESPECIALIZADO: n=7. 50%. Sp=12.38
PROSTITUCION: n=5. 42.86%. Sp=13.23
- N.I.A.: 88=PRIMARIOS: n=14. 100%
- COND. SEXUAL HOMBRE: HETEROSEXUAL: n=1. 100%
- ANTICONCEPTIVOS: NO: n=1. 7.14%. Sp=6.66
PR.DORA: n=12. 92.86%
- OROGAS: NO: n=14. 100%
- E.T.S. ANTERIORES: NO: n=1. 7.14%. Sp=6.66
TRICHOMONAS: n=12. 92.86%
- SINTOMAS: LEUCORREA: n=12. 92.86%. Sp=6.66
SUPURACION: n=1. 7.14%

1990. SIFILIS
ANTICONCEP./ FUENTE DE INFE./ ETS ANT



1990
URETRITIS DE CAUSA DESCONOCIDA

- SEXO: HOMBRES: n=19. 100%
- EDAD: m=27.57. Dt=6.66. Rango= 18 (20-38)
Coef.Var.=24.15. Sm=1.5281
- PROFESION: ESTUDIANTE: n=6. 31.58%. Sp=10.66
NO CUALIFICADO: n=6. 31.58%. Sp=10.66
ESPECIALIZADO: n=7. 36.84%. Sp=11.07
- N.I.A.: E. MEDIOS: n=7. 36.84%. Sp=11.07
E. SUPERIORES: n=8. 31.58%. Sp=10.66
SIN+PRIMARIOS: n=6. 31.58%. Sp=10.66
- COND. SEXUAL EN HOMBRES:
HETEROSEXUAL: n=13. 68.42%. Sp=10.66
HOMOSEXUAL: n=6. 31.58%.

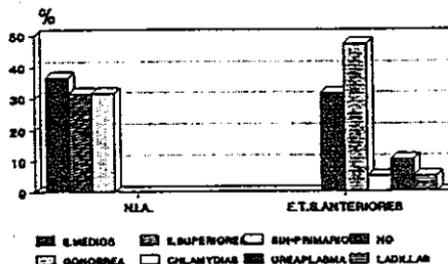
1990
URETRITIS DE CAUSA DESCONOCIDA

- **ANTICONCEPTIVOS:** CONDON: n=7. 36.84% Sp=11.07
NO: n=12. 63.16%
- **FUENTE DE INFECCION:** CONTACTO: n=6. 31.58% Sp=10.
PROSTITUCION: n=13. 68.42%
- **DROGAS:** NO: n=19. 100%
- **E.T.S. ANTERIORES:** NO: n=6. 31.58%. Sp=10.66
GONORREA: n=9. 47.37%. Sp=11.45
CHLAMYDIAS: n=1. 5.26%. Sp=5.12
UREAPLASMA: n=2. 10.53%. Sp=7.04
LADILLAS: n=1. 5.26%. Sp=5.12
- **SINTOMAS:** SUPURACION: n=19. 100%

1990
UREAPLASMA U.

- **SEXO:** HOMBRES: n=10. 100%
- **EDAD:** m=24.7. Dt=0.948. Rango= 3 (22-26)
Coe1.Var.=3.84. Sm=0.3
- **PROFESION:** ESPECIALIZADO: n=10. 100%
- **N.I.A. E. MEDIOS:** n=10. 100%
- **COND. SEXUAL HOMBRES:** HETEROSEXUAL: n=10. 100%
- **ANTICONCEPTIVOS:** NO: n=1. 10%. Sp=6.49
CONDON: n=9. 90%
- **FUENTE DE INFECCION:** CONTACTO: n=1. 10%. Sp=6.49
PROSTITUCION: n=9. 90%
- **DROGAS:** NO: n=10. 100%
- **E.T.S. ANTERIORES:** GONORREA: n=10. 100%
- **SINTOMAS:** SUPURACION: n=10. 100%

1990 URET. CAUSA DESCONOCIDA
N.I.A. / E.T.S. ANTERIORES



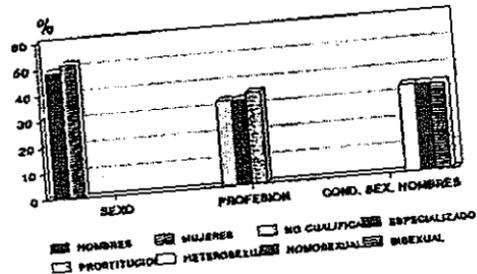
1990
GARDNERELLA

- **SEXO:** MUJERES: n=10. 100%
- **EDAD:** m=31 Dt=2.708. Rango = 8 (28-38)
Coe1.Var.=6.7365. Sm=0.858
- **PROFESION:** ESTUDINATE: n=6. 60%. Sp=15.49
SUS LABORES: n=4. 40%
- **DROGAS:** NO: n=10. 100%
- **ANTICONCEPTIVOS:** NO: n=4. 40%. Sp=15.49
CONDON: n=6. 60%
- **FUENTE DE INFECCION:** CONTACTO: n=10. 100%
- **E.T.S. ANTERIORES:** NO: n=7. 70%. Sp=14.49
CANDIDAS: n=2. 20%. Sp=12.85
TRICHOMONAS: n=1. 10%. Sp=9.49
- **SINTOMAS:** LEUCORREA: n=10. 100%

1990
V.I.H.

- SEXO: HOMBRES: n=18, 48.66%, Sp=8.22
MUJERES: n=18, 61.36%
- EDAD: m=28.4, Dt=4.809, Range = 13 (23-36)
Covt.Var.=16.57, Sm=0.76
- PROFESION: NO CUALIFICADO: n=12, 32.43%, Sp=7.7
ESPECIALIZADO: n=12, 32.43%, Sp=7.7
PROSTITUCION: n=12, 32.14%, Sp=7.86
- NIA: E. MEDIOS: n=8, 16.22%, Sp=6.08
E. SUPERIORES: n=8, 16.22%, Sp=6.08
SIN-PRIMARIOS: n=25, 67.57%, Sp=7.70
- COND. SEXUAL: HOMBRES: HETEROSEXUAL: n=6, 33%, Sp=11.1
HOMOSEXUAL: n=6, 33%, Sp=11.1
BISEXUAL: n=6, 33%, Sp=11.1
- ANTICONCEPTIVOS: NO: n=18, 48.66%, Sp=8.22
CONDON: n=18, 61.35%

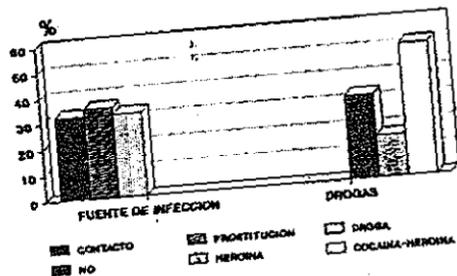
1990 . V.I.H.
SEXO / PROFESION / COND. SEX. HOMBR



1990
V.I.H.

- FUENTE DE INFECCION: CONTACTO: n=12, 32.43%, Sp=7.7
PROSTITUCION: n=12, 36.14%, Sp=7.85
DROGA: n=12, 32.43%, Sp=7.7
- DROGAS: NO: n=12, 32.43%, Sp=7.7
HEROINA: n=6, 16.22%, Sp=6.08
COCAINA-HEROINA: n=12, 61.36%, Sp=8.22
- E.T.S. ANTERIORES: NO: n=12, 32.43%, Sp=7.7
HEPATITIS B: n=12, 61.35%, Sp=8.22
CONDLOMAS: n=1, 2.70%, Sp=2.67
ESCABIOSIS: n=1, 2.70%, Sp=2.67
GONORREA: n=1, 2.70%, Sp=2.67
UREAPLASMA: n=3, 8.11%, Sp=4.49
- SINTOMAS: ASINTOMATICO: n=31, 83.78%, Sp=6.08
DIARREA: n=6, 16.22%

1990. V.I.H.
FUENTE DE INFECCION / DROGAS



VI.3.2.RELACIONES ENTRE VARIABLES,
ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS:

- 1.CANDIDAS: Mujeres ($p<0.001$). Profesión: Sus labores ($p<0.001$). Anticonceptivos: Píldora ($p<0.001$). Fuente de Infección: Pareja ($p<0.001$). Drogas: No ($p<0.05$). E.T.S. Anteriores: Candidas ($p<0.001$).
- 2.-CHLAMYDIAS: Hombres ($p<0.001$). N.I.A.: Sin estudios + primarios ($p<0.05$). Conducta sexual en hombres: Heterosexual ($p<0.001$).
- 3.-CONDILOMAS: Hombres ($p<0.01$). Conducta Sexual: Homosexual ($p<0.001$).
- 4.-GONORREA: Hombres ($p<0.001$). Fuente de Infección: Prostitución ($p<0.05$).
- 5.-HERPES: Hombres ($p<0.05$).
- 6.-MICOPLASMA H.: Mujeres ($p<0.001$). Profesión: Prostitución ($p<0.05$). E.T.S. Anteriores: Gonorrea ($p<0.05$).
- 7.-SIFILIS: Profesión: Jubilado ($p<0.05$).
- 8.-TRICHOMONAS: Mujeres ($p<0.001$).
- 9.-URETRITIS DE CAUSA DESCONOCIDA: Hombres ($p<0.001$). Fuente de Infección: Prostitución ($p<0.001$).
- 10.-UREAPLASMA U.: Hombres ($p<0.001$). Conducta Sexual en Hombres: Heterosexual ($p<0.1$). E.T.S. Anteriores: Gonorrea ($p<0.05$). Fuente de Infección: Prostitución ($p<0.001$).
- 11.-GARDNERELLA: Mujeres ($p<0.001$).
- 12.-V.I.H.: Ninguna variable.

IV.4. COMPARACION DE RESULTADOS:

IV.4.1.COMPARACION DE DATOS GLOBALES:

IV.4.1.1. DATOS 1985-1987:

- 1.-Diferencias en el Sexo: No significativas.
- 2.-Diferencias en la Edad: No significativas.
- 3.-Diferencias en la Profesión:

ESPECTACULO	8.19-3.65 %	Sm= 0.020	p<0.05
ESTUDIANTE	NO SIGNIFICATIVA		
HOSTELERIA	3.91-8.22 %	Sm=0.021	p<0.05
JUBILADO	0-1.83 %	Sm=0.009	p<0.05
NO CUALIFICADO	NO SIGNIFICATIVO		
ESPECIALIZADO	NO SIGNIF.		
PROSTITUCION	16.73-8.22 %	Sm=0.028	p<0.05
PARADO	NO SIGNIF.		
SUS LABORES	NO SIGNIF.		

4.-Diferencias en el N.I.A.:

E.MEDIOS	NO SIGNIF.		
E.SUPERIORES	13.5-8.68%	Sm=0.027	P<0.1
SIN+PRIMARIOS	42.26-56.62%	Sm=0.044	P<0.05

5.-Diferencias en Conducta Sexual en Hombres: NO

significativa.

6.-Diferencia en Promiscuidad: Dif.:40.8. Sm=11.32.
t=3.601. gl.=479. p<0.001.

7.-Diferencias Anticonceptivos:

CONDON	0-5.48%	Sm=0.015	p<0.001
D.I.U.	3.66-0.91%	Sm=0.012	p<0.05
PILDORA	NO SIGNIF.		
OTROS	NO SIGNIF.		
NO	NO SIGNIF.		

8.-Diferencias en Estado Civil:

CASADOS	35.9-20.5%	Sm=0.039	p<0.001
SOLTEROS	64-76%	Sm=0.040	p<0.001

9.-Diferencias en Fuente de Infección:

CONTACTO	NO SIGNIF.		
PAREJA	NO SIGNIF.		
PROSTITUCION	39.1-27.4%	Sm=0.0419	p<0.01
DROGAS	0-15.98%	Sm=0.0247	p<0.001

10.-Diferencias en Drogas:

COCAINA Y VARIANTES	0-1.83%	Sm=0.009	p<0.05
HACHIS	NO SIGNIF.		
HEROINA Y VARIANTES	3.56-17.43%	Sm=0.0279	p<0.001
NO	91.81-75.69%	Sm=0.033	p<0.001

11.-Diferencias en E.T.S. Anteriores:

NO	31.32-55.25%	Sm=0.043	p<0.001
CANDIDAS	6.05-1.37%	Sm=0.016	p<0.01
HEPATITIS B	0-7.76%	Sm=0.018	p<0.001
SIFILIS	14.95-8.22%	Sm=0.028	p<0.05
GONORREA	33.45-20.09%	Sm=0.039	p<0.001
TRICHOMONAS	9.25-0.91	Sm=0.018	p<0.001
CONDILOMAS	NO SIGNIFICATIVO		

12.-Diferencias en Diagnóstico:

CANDIDAS	NO SIGNIF.		
CHLAMYDIAS	9.25-4.11%	Sm=0.0218	p<0.05
CONDILOMAS	NO SIGNIF.		
ESCABIOSIS	NO SIGNIF.		
GONORREA	22.06-5.94%	Sm=0.0294	p<0.001
HERPES	NO SIGNIF.		
LADILLAS	NO SIGNIF.		
MICOPLASMA	11.74-1.83%	Sm=0.0212	p<0.001
N.G.P.P.	NO SIGNIF.		
SIFILIS	22.06-10.05%	Sm=0.032	p<0.001
SIDOFOBIAS	0-41.18%	Sm=0.033	p<0.001
TRICHOMONAS	4.63-0.91%	Sm=0.0140	p<0.01
URET. DESCO.	4.27-1.37%	Sm=0.0143	p<0.05
UREAPLASMA	NO SIGNIF.		
GARDNERELLA	NO SIGNIF.		
VENEREOFOBIA	NO SIGNIF.		
V. I. H.	0-15.98%	Sm=0.0247	p<0.001

VI.4.1.2. DATOS 1985-1990:

1.-Diferencias en Sexo: No significativa

2.-Diferencia en Edad: Dif.=-1.346. Sm=0.78789. t=-1.7084. gl:=545. p<0.1.

3.-Diferencia en Profesión:

ESPECTACULO	NO SIGNIF.		
ESTUDIANTE	13.88-7.14%	Sm=0.025	p<0.05
HOSTELERIA	NO SIGNIF.		
JUBILADO	0-1.88%	Sm=0.0083	p<0.05
NO CUALIFICADO	NO SIGNIFICATIVO		
ESPECIALIZADO	32.7-50.3%	Sm=0.0415	p<0.05
PROSTITUCION	16.7-10.15%	Sm=0.028	p<0.05
PARADO	NO SIGNIF.		
SUS LABORES	NO SIGNIF.		

4.-Diferencias en el N.I.A.: No Significativas.

5.-Diferencias en Conducta Sexual en el Hombre: No significativas.

6.-Diferencias en Promiscuidad: No significativas.

7.-Diferencias en Anticonceptivos:

CONDON	0-42.86%	Sm=0.03	P<0.001
D.I.U.	10-0%	Sm=0.011	P<0.001
PILDORA	NO SIGNIF.		
OTROS	2.85-0%	Sm=0.009	P<0.01
NO	79.7-44.7%	Sm=0.038	P<0.001

8.-Diferencias en Estado Civil:

CASADOS	35.9-19.5%	Sm=0.037	p<0.001
SOLTEROS	64-80%	Sm=0.037	p<0.001

9.-Diferencias en Fuente de Infección:

CONTACTO	48.75-36.47%	Sm=0.041	p<0.01
PAREJA	12.10-28.20%	Sm=0.033	p<0.001
PROSTITUCION	39.1-30.83%	Sm=0.040	p<0.05
DROGAS	0-4.51%	Sm=0.012	p<0.001

10.-Diferencia en Drogas:

COCAINA Y VARIANTES	0-2.63%	Sm=0.0098	p<0.01
HACHIS	NO SIGNIF.		
HEROINA Y VARIANTES	3.56-9.40%	Sm=0.021	p<0.01
NO	91.81-85.34%	Sm=0.027	p<0.05

11.-Diferencia en E.T.S. Anteriores:

NO	31.32-54.14%	Sm=0.0412	p<0.001
CANDIDAS	NO SIGNIF.		
HEPATITIS B	0-13.53%	Sm=0.0209	p<0.001
CONDILOMAS	NO SIGNIF.		
GONORREA	33.45-9.77%	Sm=0.0335	p<0.001
SIFILIS	14.95-0%	Sm=0.0212	p<0.001
TRICHOMONAS	9.25-5.26%	Sm=0.022	p<0.1

12.-Diferencias en Diagnóstico:

CANDIDAS	6.05-15.04%	Sm=0.0261	p<0.001
CHLAMYDIAS	NO SIGNIF.		
CONDILOMAS	NO SIGNIF.		
ESCABIOSIS	NO SIGNIF.		
GONORREA	NO SIGNIF.		
HERPES	NO SIGNIF.		
LADILLAS	NO SIGNIF.		
MICOPLASMA	11.74-1.88%	Sm=0.0209	p<0.001
N.G.P.P.	NO SIGNIF.		
SIFILIS	22.06-10.53%	Sm=0.03108	p<0.001
TRICHOMONAS	NO SIGNIF.		
SIDOFOBIAS	NO SIGNIF.		
URET.DESCO.	NO SIGNIF.		
UREAPLASMA	NO SIGNIF.		
GARDNERELLA	NO SIGNIF.		
VENEREOFOBIA	4.63-0%	Sm=0.0125	p<0.001
V.I.H.	0-13.91%	Sm=0.2121	p<0.001

VI.4.2.COMPARACION DE LOS DATOS DE CADA ENFERMEDAD:

VI.4.2.1. 1985-1987:

VI.4.2.1.1.CANDIDAS:

- 1.-Diferencias en Sexo: No significativas
- 2.-Diferencias en Edad: No significativas.
- 3.-Diferencias en Estado Civil: No significativas.
- 4.-Diferencias en Profesión: No significativas.
- 5.-Diferencias en N.I.A.: No significativas.
- 6.-Diferencias en Anticonceptivos: No significativas.
- 7.-Diferencias en Conducta Sexual en Hombres: No significativas.
- 8.-Diferencias en Fuente de Infección: No significativas.
- 9.-Diferencias en E.T.S. anteriores: No significativas.
- 10.-Diferencias en Drogas: NO: 100-72.7% $S_m=0.1348, p<0.05$.
Esta diferencia se produce a costa del incremento en consumo de Hachis.

VI.4.2.1.2.CHLAMYDIAS:

- 1.-Diferencias en Sexo: No significativas.
- 2.-Diferencias en Edad: No significativas.
- 3.-Diferencias en Profesión: No significativas.
- 4.-Diferencias en Conducta Sexual en Hombres:
Heterosexual: 62.5-100%. $S_m=0.121, p<0.01$.
Homosexual: 18.75-0%. $S_m=0.0975, p<0.05$
Bisexual: 18.75-0%. $S_m=0.0975, p<0.05$.
- 5.-Diferencia en Promiscuidad: No significativa.
- 6.-Diferencia en Anticonceptivos: No significativa.

7.-Diferencias en Fuente de Infección: Contacto:

76.9-44.4%. $S_m=0.1851$. $p<0.05$

Prostitución:15.38-55.66%. $S_m=0.18012$. $p<0.05$.

8.-Diferencia en Drogas: No significativa.

9.-Diferencia en E.T.S. anteriores: No significativa.

VI.4.2.1.3.CONDILOMAS:

1.-Diferencia en Sexo: No significativa.

2.-Diferencia en Edad: No significativa.

3.-Diferencia en Profesión : No significativa.

4.-Diferencia en N.I.A.: No significativa.

5.-Diferencia en Conducta Sexual en Hombres: No significativa.

6.-Diferencia en Promiscuidad: No significativa.

7.-Diferencia en Anticonceptivos: No significativa.

8.-Diferencia en Fuente de Infección:

Contacto: 76.9-33.3%. $S_m=0.22515$. $p<0.1$.

9.-Diferencia en Drogas:

Cocaina y variantes: 23-0%. $S_m=0.11685$. $p<0.05$.

Resto de drogas: No significativa.

10.-Diferencia en E.T.S. Anteriores:

No: 15.3-83.3%. $S_m=0.1821$. $p<0.001$.

Gonorrea: 38.46-0%. $S_m=0.13493$. $p<0.01$.

VI.4.2.1.4.GONORREA:

1.-Diferencias en Sexo: No significativas.

2.-Diferencias en Edad: No significativas.

3.-Diferencias en Profesión: No significativas.

- 4.-Diferencias en N.I.A. : No significativas.
- 5.-Diferencias en Conducta Sexual en Hombres:
Heterosexual: 87.5-58.3%. $Sm=0.1490$. $p<0.1$.
Homo+Bisexuales: 0-26%. $Sm=0.125$. $p<0.05$.
- 6.-Diferencia en Promiscuidad: No significativa.
- 7.-Diferencias en Anticonceptivos: No significativa.
- 8.-Diferencias en Fuente de Infección:
Prostitución: 58.06-30.77%. $Sm=0.1425$. $p<0.1$.
- 9.-Diferencias en Drogas: No significativa.
- 10.-Diferencia en E.T.S. anteriores: No significativa.

VI.4.2.1.5.MICOPLASMA:

No se encontraron Diferencias significativas en ninguna de las variables.

VI.4.2.1.6.SIFILIS:

- 1.-Diferencias en Sexo: No significativas.
- 2.-Diferencias en Edad: No significativa.
- 3.-Diferencias en Profesión : No significativa.
- 4.-Diferencia en N.I.A. :
E. Medios: 50-27.27%. $Sm=0.11423$. $p<0.05$.
E. Superiores: No significativa.
Sin + Primarios: 38.7-59.09%. $Sm=0.1217$. $p<0.1$.
- 5.-Diferencia en Conducta Sexual en Hombres: No significativa.
- 6.-Diferencia en Promiscuidad: No significativa.
- 7.-Diferencia en Anticonceptivos: No significativa.
- 8.-Diferencia en Fuente de Infección: No significativa.

9.-Diferencia en E.T.S. anteriores:

No: 22.58-15.45%. Sm=0.1187. $p < 0.1$.

Candidas: 8.06-0%. Sm=0.0345. $p < 0.05$.

Trichomonas: 9.68-0%. Sm=0.03754. $p < 0.05$.

10.-Diferencias en Drogas: No significativas.

VI.4.2.1.7. TRICHOMONAS:

No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables.

VI.4.2.1.8. HERPES:

No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables.

VI.4.2.1.9. ESCABIOSIS:

No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables.

VI.4.2.1.10 N.G.P.P.:

No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables.

VI.4.2.1.11. URETRITIS DE CAUSA DESCONOCIDA:

No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables.

VI.4.2.1.12. UREAPLASMA U. :

No se encontraron diferencias significativas en

ninguna de las variables.

VI.4.2.1.13.GARDNERELLA:

No se encontraron diferencias significativas en ninguna de la variables.

VI.4.2.1.14.VENEREFOBIA:

No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables.

VI.4.2.2. 1985-1990:

VI.4.2.2.1.CANDIDAS:

- 1.-Diferencia en Sexo: No significativa.
- 2.-Diferencia en Edad: No significativa.
- 3.-Diferencia en Profesión: No significativa.
- 4.-Diferencia en el N.I.A.:
E.superiores: 5.88-35%, Sm=0.094574. $p < 0.01$.
E.medios: no significativa
Sin + Primarios: no significativa
- 5.-Diferencia en Anticonceptivos:
Condon: 0-35%. Sm=0.07541. $p < 0.001$.
D.I.U.: no significativa.
Pildora: no significativa.
No: 47.06-15%. Sm=0.13358. $p < 0.05$.
- 6.-Diferencia en Fuente de Infección:
Contacto: 4.18-2.50. Sm=0.12189. $p < 0.01$.
Pareja: 23.53-97.5%. Sm=0.1058. $p < 0.001$.
Prostitución: 35.29-0%. Sm=0.1159. $p < 0.01$.

7.-Diferencia en Drogas: No significativa.

9.-Diferencia en E.T.S. anteriores:

No: 50-87.5%. Sm=0.15352. $p < 0.05$.

Candida: 0-12.5%. Sm=0.052291. $p < 0.05$.

VI.4.2.2.2.CHLAMYDIAS:

1.-Diferencia en el Sexo:

Hombres: 61.54-100%. Sm=0.009541. $p < 0.001$.

Mujeres: no significativa.

2.-Diferencia en Edad: 24.46-32. Sm=2.0826. $t = -2.6594$.
gl.36. $p < 0.05$.

3.-Diferencias en la Profesión:

No cualificado: 26.9-0%. Sm=0.086989. $p < 0.01$.

Prostitución: 15.38-0%. Sm=0.0700759. $p < 0.05$.

4.-Diferencia en Promiscuidad: 60.57-2.56. Sm=25.55.
 $t = 2.2704$. gl=26. $p < 0.05$.

5.-Diferencias en la Conducta Sexual de los hombres:

Heterosexual: 62.5-100%. Sm=0.12103. $p < 0.01$.

Homosexual: 18.7-0%. Sm=0.097578. $p < 0.05$.

6.-Diferencias en Anticonceptivos:

Condon: 0-82.61%. Sm=0.079034. $p < 0.001$.

D.I.U.: 11.54-0%. Sm=0.06285. $p < 0.05$.

Píldora: 19.23-0%. Sm=0.077292. $p < 0.05$.

Otros: no significativa.

No: 69.23-17.39%. Sm=0.12016. $p < 0.001$.

7.-Diferencias en Fuente de Infección:

Contacto: 76.9-43.4%. Sm=0.13233. $p < 0.05$.

Pareja: 7.69-56.52%. Sm=0.11583. $p < 0.001$.

Prostitución: 15.38-0%. Sm=0.0705. $p < 0.05$.

8.-Diferencias en Drogas:

Cocaína y variantes: 0-30.4%- Sm=0.0953. $p < 0.01$.

Heroína y variantes : No significativa

No: 100-69.5%. Sm=0.095944. $p < 0.01$.

VI.4.2.2.3.CONDILOMAS:

1.-Diferencia en el Sexo:

Hombres: 76.9-100%. Sm=0.11685. $p < 0.05$

2.-Diferencia en la Edad: No significativa

3.-Diferencia en Profesión: No significativa

4.-Diferencia en el N.I.A.: No significativa.

5.-Diferencia en la Conducta Sexual de los Hombres:

Heterosexual: 70-0%. Sm=0.1449. $p < 0.001$.

Homosexual: 30-100%. Sm=0.1449. $p < 0.001$.

Bisexual: No significativa.

6.-Diferencia en Promiscuidad: No significativa.

7.-Diferencias en Fuente de Infección:

Contacto: 76.9-38.1%. Sm=0.15775. $p < 0.05$.

Pareja: 0-61.9%. Sm=0.10597. $p < 0.001$.

Prostitución: 23.08-0%. Sm=0.11685. $p < 0.05$.

8.-Diferencia en Drogas:

Cocaína y variantes: 23-0%. Sm=0.11685. $p < 0.05$.

Heroína y variantes: No significativa.

No: 76.92-100%. Sm=0.11685. $p < 0.05$.

9.-Diferencia en E.T.S. Anteriores:

No: 15.38-100%. Sm=0.10007. $p < 0.001$.

VI.4.2.2.4.GONORREA:

- 1.-Diferencia en el Sexo:
Hombres: 90.32-100%. Sm=0.037548. $p < 0.05$.
- 2.-Diferencia en la Edad: No significativa.
- 3.-Diferencia en la Profesión:
Estudiante: 24.1-0%. Sm=0.054388. $p < 0.001$.
Especializado: 35.4-85.1%. Sm=0.07993. $p < 0.001$.
Prostitución: 8.06-0%. Sm=0.034581. $p < 0.05$.
- 4.-Diferencia en la Conducta Sexual en los Hombres: No significativa.
- 5.-Diferencia en la Promiscuidad: 64.6-7.8.
Sm=25.3844. $t=2.2434$. $gl=62$. $p < 0.05$.
- 6.-Diferencia en la Fuente de Infección: No significativa.
- 7.-Diferencia en Drogas:
Cocaína y variantes: 0-12.77%. Sm= 0.048677.
 $p < 0.01$.
Heroína y variantes : No significativa.
No: 98.39-87.23%. Sm=0.051238. $p < 0.05$.
- 8.-Diferencia en E.T.S. anteriores:
No: 43.55-59.57%. Sm=0.09533. $p < 0.1$.
Gonorrea: 35.48-2.13%. Sm= 0.064307. $p < 0.001$.
Condilomas: 1.61-14.89%. Sm=0.05434. $p < 0.05$

VI.4.2.2.5.MICOPLASMA:

- 1.-Promiscuidad: 154-467. Sm=136.451, $t=-2.2934$.
 $gl=9$. $p < 0.05$.



En el resto de las variables no se encontraron diferencias significativas.

VI.4.2.2.6.SIFILIS:

- 1.- Diferencia en Sexo: No significativa.
- 2.- Diferencia en Edad: 31.5-38.3. Sm=3.1919. t=2.1371. gl=39. p<0.05.
- 3.-Diferencia en Profesión: No significativa.
- 4.-Diferencia en el N.I.A.: No significativa.
- 5.-Diferencia en la Conducta Sexual de los Hombres:
Heterosexual: 37.5-66.67%. Sm=0.17165. p<0.1.
Homo + Bisexual: No significativa.
- 6.-Diferencia en Promiscuidad: No significativa.
- 7.-Diferencia en Fuente de Infección: No significativa.
- 8.-Diferencia en Anticonceptivos:
Condon: 0-42.8%. Sm=0.0935. p<0.001.
Pildora: 6.45-0%. Sm=0.032. p<0.05.
No: 91.94-57.14%. Sm=0.09971. p<0.001.
D.I.U.: No significativa.
Otros: No significativa.
- 9.-Diferencia en Drogas:
Cocaína y variantes: 11.29-0%. Sm=0.0401. p<0.01.
Heroína y variantes: 9.68-0%. Sm=0.0375. p<0.05.
No: 79.03-100%. Sm=0.0516. p<0.001.
- 10.-Diferencia en E.T.S. anteriores:
Sifilis:19.3-0%. Sm=0.0507. p<0.001.
Gonorrea: 37.1-0%. Sm=0.0613. p<0.05.

Trichomonas: 9.68-0%. Sm=0.0375. $p < 0.001$.

VI.4.2.2.7. TRICHOMONAS:

1.-Diferencia en E.T.S. anteriores:

Sifilis: 30.7-0%. Sm=0.12801. $p < 0.05$.

Gonorrea: 23-0%. Sm=0.11685. $p < 0.05$.

Trichomonas: 7.69-81.25%, Sm=0.1224. $p < 0.001$.

En el resto de las variables no se encontraron diferencias significativas.

VI.4.2.2.8. HERPES:

1.-Diferencia en el N.I.A.:

E. Medios: 100-50%. Sm=0.13363. $p < 0.001$

E. Superiores: 0-42.8%. Sm=0.1322. $p < 0.01$.

En el resto de las variables no se encontraron diferencias significativas.

VI.4.2.2.9. URETRITIS DE CAUSA DESCONOCIDA:

No se encontraron diferencias significativas en ninguna variable.

VI.4.2.2.10. UREAPLASMA U.:

No se encontraron diferencias significativas en ninguna variable.

VI.4.2.2.11. GARDNERELLA V.:

No se encontraron diferencias significativas en ninguna variable.

VI.4.2.2.12. V.I.H.: (la comparación se realiza entre los datos de 1987 y 1990).

1.-Diferencia en Sexo: No significativa.

2.-Diferencia en la Edad: 25.8-29.4. Sm=1.091.

t=-3.4096. gl=7. p<0.01.

3.-Diferencia en Profesión:

Estudiante: 11.43-0%. Sm=0.053. p<0.05.

Prostitución: 11.43-35.14%. Sm=0.095. p<0.05.

4.-Diferencias en N.I.A. :

E. Superiores: 2.8-16.2%. Sm=0.066. p<0.05.

5.-Diferencia en Promiscuidad: 39-144. Sm=34.97.

t=-3.0141. gl=63. p<0.01.

6.-Diferencia en Anticonceptivos:

Conden: 5.71-51.35%. Sm=0.091. p<0.001.

No: 85.7-48.68%. Sm=0.1012. p<0.001.

7.-Diferencia en Conducta Sexual en los Hombres:

Hetrosexual: 66.6-33.2%. Sm=0.1571. p<0.05.

Homo + Bisexual: 5.56-33.33%. Sm=0.1235. p<0.05.

8.-Diferencia en Drogas: No significativa.

9.-Diferencia en E.T.S. anteriores: No significativa.

VII. DISCUSION:

Como ya hemos expuesto anteriormente en la Introducción, el avance de la epidemia de SIDA continúa en todo el mundo, siendo en la actualidad E.E.U.U., el país con tasas más elevadas; en Europa, España ocupa el tercer lugar y dentro de España, la Comunidad de Madrid a su vez, ocupa también el tercer lugar detrás de Cataluña y el País Vasco (57).

Con los últimos datos en la mano en E.E.U.U. y Europa se observa un enlentecimiento de las tasas de crecimiento de la enfermedad entre el grupo de varones homosexuales-bisexuales y un incremento progresivo de las tasas en mujeres, parejas sexuales de enfermos y A.D.V.P. (55).

Lo anterior parece indicar que las campañas masivas de educación sanitarias realizadas para intentar parar el crecimiento de la enfermedad, han podido tener un efecto beneficioso entre el colectivo más receptivo de varones homo-bisexuales, haciendo que adoptasen las medidas preventivas recomendadas para la enfermedad.

En España, persiste el grupo de A.D.V.P. como el colectivo más afectado por el SIDA, siendo también llamativo el elevado número de casos pediátricos y del mismo modo se está observando en el período 1988-1990 una desaceleración del crecimiento de la enfermedad (60).

Un efecto consecutivo al impacto social del SIDA y a las campañas de educación sanitaria ha sido la transformación que se ha podido observar en el campo de las E.T.S. paralelamente al crecimiento de la epidemia de SIDA.

Estos cambios comienzan a observarse en E.E.U.U. y países europeos occidentales a partir de 1982 , alcanzando el punto máximo en 1985-1986 y los epidemiólogos los han relacionado con cambios en las costumbres sexuales primero de los grupos de población de riesgo elevado para contraer la enfermedad (80,81,82,83,85,86,87) y posteriormente incluso entre la población general (84).

En España acontece un aumento importante de las E.T.S. en el período 1975-1985 que se achacó a una serie de factores no demostrados, como la liberalización de las costumbres sociales, aumento de la natalidad de los años 60 ect...Es a finales de 1985 cuando el SIDA tiene su mayor impacto en la sociedad española a través de los medios de comunicación, observándose a partir del año siguiente una disminución lentamente progresiva de las E.T.S., que persiste hasta nuestros días según las cifras oficiales.

En el análisis de los resultados recogidos en este trabajo, hay que diferenciar dos tipos de datos, unos que se refieren a variaciones con significación estadística encontradas en la comparación de las muestras globales pertenecientes a los años 1985, 1987 y 1990, y otros a las asociaciones con significación estadística encontradas entre las diferentes variables con cada enfermedad y simultáneamente las posibles variaciones encontradas en estas asociaciones comparando los datos de los tres años.

VII.1 VARIACIONES GLOBALES:

En el período comprendido entre 1986 y 1988 se observa un descenso muy llamativo del número de ETS nuevas diagnosticadas en el D. Sandoval, en 1989 y sobre todo en 1990 comienzan de nuevo a recuperarse las cifras de ETS, por contra en todo este tiempo continúan aumentando progresivamente el número de consultas médicas relacionadas con las ETS, lo cual implica paradójicamente un aumento del volumen de consultas con disminución del de enfermos.

En el análisis de las variables investigadas en este estudio, encontramos que en la variable Profesión, observamos que en la comparación de los datos de 1985 con 1987 y 1990 existe una disminución importante de la profesión prostitución en 1987 y 1990 y un aumento importante de la profesión de especializados y jubilados. En el análisis de esta variación, hay que tener en cuenta como causa de ello, el aumento de la demanda de asistencia sanitaria de grupos más amplios de población, como consecuencia de las campañas sanitarias de educación y prevención del SIDA, la disminución del número de personas que ejercen la prostitución es más llamativo en 1987, cuando el impacto del SIDA estaba en su mayor apogeo y cuando acudían al dispensario estratos más amplios de población.

Otro dato a tener en cuenta como posible explicación, es la retracción que se observó en este período entre el colectivo de prostitutas, a solicitar asistencia sanitaria en entidades públicas, por miedo a que la administración

ejerciera medidas represivas sobre ellas como método de control del SIDA.

En 1990 hay un aumento del porcentaje de prostitución pero sin llegar a las cifras de 1985.

Consideraciones similares pero a la inversa podemos hacer con las variaciones encontradas en los especializados y jubilados.

En la variable Promiscuidad, nos encontramos una disminución de la promiscuidad media en 1987 que vuelve a normalizarse en 1990, tomando como patrón las cifras de 1985.

La promiscuidad sexual es probablemente el factor de riesgo más importante a la hora de contraer una E.T.S., el colectivo de enfermos que se atienden en el dispensario Sandoval, tiene medias de promiscuidad muy elevadas y puede ser considerado de alto riesgo para padecer E.T.S..

En la disminución observada en 1987, hay que tener en cuenta el aumento de la afluencia de enfermos, pertenecientes al grupo diagnóstico de las Fobias, como consecuencia del impacto del SIDA, este colectivo por lo general tiene tasas de promiscuidad bajas, lo cual puede hacer disminuir la media general de promiscuidad en ese período, aunque si bien es cierto que no podemos olvidar el efecto del SIDA en esta variación y podríamos asumir que efectivamente, se observó una disminución media de la promiscuidad en este período, achacable entre otras causas, a medidas preventivas por miedo al SIDA como se ha demostrado en otros países (80,83,84).

Un dato muy llamativo son las variaciones que aparecen en el capítulo de anticonceptivos con un ascenso en el empleo de éstos, pasando entre 1985 y 1990 de un 30 a un 55%, siendo el crecimiento fundamentalmente a consta del Preservativo que pasa del 5.48% en 1987 al 42.86% en 1990.

El bajo porcentaje de empleo del preservativo en 1987, aunque superior al de 1985, descarta su implicación en el descenso de las E.T.S..

Por contra, al mismo tiempo se observa la casi desaparición del D.I.U. en 1990 y el mantenimiento de los porcentajes de empleo de la píldora como métodos anticonceptivos. Datos similares se han observado en E.E.U.U. y países europeos incluso entre colectivos tradicionalmente reacios al uso del condón (86,86,87). La práctica desaparición del D.I.U. también puede considerarse positiva a la hora de prevenir algunas de las E.T.S. (302).

En lo que se refiere a la Fuente de Infección, encontramos una disminución significativa de Contacto sexual esporádico como fuente de infección, en los datos de 1990, esta variación no se pone aún de manifiesto de manera significativa en 1987 aunque ya se observa una disminución respecto a 1985.

Estos hallazgos vienen a confirmar un cambio en las costumbres sexuales de la población atendida y puede indicar una mayor selección de la pareja sexual que lógicamente se tiene que acompañar de una disminución de la promiscuidad.

En este mismo apartado aparece otro dato relevante

que es la espectacular disminución de la prostitución como Fuente de Infección en los datos de 1987 y la recuperación que se observa de este parámetro en 1990 aunque sin llegar a las cifras de 1985.

Este dato sugiere de manera clara el impacto, que el SIDA ejerció sobre la población en el período de 1987 y es indudable que el miedo a contraer el SIDA produjo una reducción del negocio de la prostitución lo cual puede considerarse como una de las posibles causas de la disminución de algunas E.T.S..

Las variables pertenecientes al apartado E.T.S. anteriores, tienen en los datos de este trabajo una relación estadísticamente significativa con la promiscuidad. En los datos recogidos, aparece una disminución de la Sífilis, Gonorrea y Trichomonas en 1987, y de manera mucho más llamativa en 1990, no tenemos que olvidar que en este apartado se están recogiendo datos de antecedentes que ocurrieron previamente en uno o más años, probablemente en el mismo 1987, por lo tanto se puede decir que es otro indicador de la disminución de la promiscuidad en este período.

En lo que se refiere al Diagnóstico, se observa una disminución del número de casos de Gonorrea, Sífilis, Chlamydias, Micoplasma H., y Trichomonas en los datos de 1987. En 1990 se produce la recuperación del número de casos de los procesos anteriores a excepción de la Sífilis que se mantiene en niveles mínimos.

La disminución de la Gonorrea tiene una tendencia

progresiva en E.E.U.U. y los principales países europeos a partir de finales de los 70 (89,90,91,92,93,94), de manera más llamativa a partir de 1982 y de manera espectacular a partir de 1985, achacándose este fenómeno a la influencia del SIDA (110,111,112,113,114,115,117). En España también se observa una disminución a partir de 1986 que aún persiste en 1990 (278,277).

Así pues el descenso recogido en nuestro trabajo es compatible con el observado en otros estudios, el aumento que experimenta en este trabajo en 1990, puede ser un exponente de la "normalización" de las costumbres sexuales en los grupos más promiscuos de la sociedad, que son los que atendemos en el C. Sandoval, una vez superada la etapa de pánico al SIDA, aunque es lógico pensar que la recuperación en la frecuencia de la enfermedad difícilmente podrá alcanzar los niveles previos a 1985, dentro de la tendencia general de disminución que presenta la Gonorrea.

En la Sífilis el descenso es espectacular y además no se observa la recuperación de cifras en 1990.

En Europa acontece una disminución importante en la frecuencia de la enfermedad a partir de 1981 acompañando al SIDA,(125,126) siendo más llamativo el descenso entre el colectivo homosexual, lo cual apoya más la teoría de la influencia del SIDA (112,120). A partir de 1987 en E.E.U.U. y en algunas zonas europeas (127,128,129) se observa un aumento importante de la frecuencia de la enfermedad predominantemente en prostitutas, A.D.V.P., y clases sociales bajas, persistiendo el descenso entre el colectivo

de homosexuales. Las causas de este rebrote no están aún bien establecidas y no se puede decir que los países europeos vayan a seguir una evolución similar.

En España aún no ha llegado este recrudecimiento y en la actualidad estamos en la curva de descenso lo cual coincide con los datos recogidos en este trabajo.

En lo que respecta a las Chlamydias, aunque como se apuntó en la introducción, es difícil de realizar una evaluación de su frecuencia por estar los datos en la mayoría de los países englobados dentro del espacio de Infecciones Genitales Inespecíficas, se puede decir que la enfermedad experimentó un crecimiento en países europeos y E.E.U.U. (135,136,137), hasta 1988, sin que dispongamos de datos que indiquen que su frecuencia haya disminuido como en las enfermedades anteriores, aunque es lógico pensar que esto debería de ocurrir al igual que las anteriores.

En los datos recogidos en este trabajo muestra una disminución importante en 1987 y una recuperación en 1990.

Las explicaciones pueden ser superponibles a las de la Gonorrea.

De igual manera podemos decir lo mismo en lo que respecta al Micoplasma H.

Respecto a la infección por Trichomonas, en Europa occidental se observa un descenso de la enfermedad paralelo al de la Gonorrea a partir de 1985 (172). En España en el Boletín de la Comunidad de Madrid, donde se recoge un apartado denominado "Otras E.T.S." se observa la desaceleración a partir de 1990.

VII.2. ASOCIACIONES DE VARIABLES CON DIAGNOSTICOS:

CANDIDIASIS: En los datos de 1985, la única variable relacionada es el sexo femenino. Parece que la Promiscuidad es el único factor epidemiológico en relación con la enfermedad (245) y esto no lo he podido corroborar en los datos de este trabajo. En 1987 se mantienen las mismas características sin diferencias significativas y en 1990 aparece una asociación significativa en Profesión con " sus labores " y en Fuente de Contagio con " Pareja habitual ", datos que vienen a indicar de manera indirecta una promiscuidad baja. También aparece una asociación en la variable " E.T.S. anteriores " con Candidas, lo que indica que la mayoría de las enfermas pertenecen al grupo de Candidiasis Crónicas Recurrentes, en el que no se han podido demostrar factores epidemiológicos relacionados (248).

Por último también aparece una relación significativa con el empleo de anticonceptivos orales que como se sabe pueden ser desencadenantes de la enfermedad (249).

Así pues podemos decir que la candidiasis sigue siendo predominante en mujeres, pero que es un proceso con poco interés en la epidemiología de las E.T.S, dado que aparece en mujeres de poca promiscuidad e indica un acceso al C. Sandoval de sectores más amplios de población en 1990 que en 1985.

CHLAMYDIAS: En los datos de 1985, no aparece ninguna variable asociada al diagnóstico de Chlamydias. Por el contrario en 1987, aparece una asociación con la variable

" Conducta Sexual en el hombre ": Heterosexual, esto indica que efectivamente la enfermedad ha disminuido entre el colectivo homo+bisexual. En el período de 1990, la enfermedad se hace de manera llamativa casi exclusiva de los hombres y persiste la asociación con la conducta heterosexual, apareciendo también una relación con la variable " N.I.A.": Sin+Primarios. En la comparación de porcentajes de los tres años se observa que la Edad que en general se considera que es más baja que en otras E.T.S. (147,292,295) experimenta un aumento significativo en 1990, también encontramos una disminución de las variables prostitución y contacto esporádico como fuente de infección.

Así pues la infección por Chlamydiae en 1990 se ha convertido en un proceso más frecuente en varones heterosexuales de bajo N.I.A. de edades superiores a las de 1985, siendo el dato más llamativo la disminución de la enfermedad entre los homosexuales lo que indica la adopción de medidas preventivas por su parte consecutivas al SIDA.

CONDILOMAS: Existen numerosas referencias que indican que la enfermedad está aumentando desde el inicio de la década de los 70 (90,191), se ha mantenido en los 80 para terminar disparándose su ascenso a partir de 1985. (192,193,194).

En los datos de 1985 y 1987, no encontramos una relación estadística con ninguna variable. En 1990 sin embargo aparece relacionada con el sexo masculino y también con la conducta sexual homo+bisexual.

En el analisis comparativo de porcentajes únicamente encontramos una disminucion importante en la prostitucion y contacto esporádico como Fuente de Infeccion. En lo que respecta a Promiscuidad no hay variaciones significativas sin embargo si aparece un aumento muy importante de la variable E.T.S. anteriores:NO, lo cual a la postre indica una menor promiscuidad.

En resumen, las variaciones observadas en los datos de los enfermos de Condilomas son similares a las ya descritas en otras series que es la mayor afectacion en varones y en varones homosexuales (190,267,309,310,311).

GONORREA: En los datos de 1985 hay asociacion con el sexo masculino, hecho que coincide con la mayoria de las series publicadas, pero siempre con reservas debido al elevado porcentaje de mujeres asintomáticas (98,211,284). No hay predominio de las distintas conductas sexuales en los hombres a la hora de padecer la enfermedad como se ve tambien en las series revisadas (225,283,284,286). Si aparece sin embargo una asociacion a la prostitucion como fuente de infeccion cosa bastante frecuente (212,221,287,288), así mismo aparece tambien una relacion entre la variable E.T.S. anteriores :Gonorrea y la enfermedad. Esta asociacion de variables se mantiene en los datos de 1987 y 1990.

Al realizar la comparacion de porcentajes entre los tres años, nos encontramos un progresivo aumento del porcentaje de sexo masculino en 1987 y 1990. En 1990 además se observa una disminucion de la promiscuidad y del

porcentaje de Gonorrea como E.T.S. anterior al mismo tiempo que aumentan los Condilomas en este apartado. En el capítulo de Fuente de Infección aparece también una disminución significativa de la prostitución en 1987, que se recupera en 1990.

Se puede decir que la disminución de la Gonorrea en 1987 se acompañó de una disminución de la promiscuidad y de la prostitución como fuente de infección.

MICOPLASMA: Con los datos de 1985, la infección aparece como es de suponer asociada al sexo femenino, también a una promiscuidad elevada y en la profesión hay una asociación casi significativa con prostitución.

La asociación al sexo femenino se mantiene en 1987 y 1990 en este último aparece además una relación con la variable Gonorrea como E.T.S. anteriores que como ya hemos apuntado es indicativo de promiscuidad.

Así pues al igual que en las series consultadas es la promiscuidad elevada la variable más relacionada con la enfermedad (242,243,299,300).

SIFILIS: En 1985, la variable asociada fue únicamente la conducta homo+bisexual. En 1987, hay una disminución del número de casos y la asociación a la conducta homo+bisexual deja de ser significativa, observándose un aumento del número de casos con N.I.A. bajo, probablemente en relación con la disminución del número de homosexuales.

En 1990 aparece una relación con la variable Profesión : Jubilado clientes de prostitución, con un aumento de la edad media de los enfermos y aparece de nuevo la asociación

a la conducta homo+bisexual.

La disminución observada en el número de casos podemos relacionarla con la disminución observada en el colectivo homosexual que se observa en 1987 y se recupera en 1990.

La disminución del N.I.A. es similar al que se ha visto en otras series (127,229,230).

TRICHOMONAS: En 1985, la única variable asociada es el sexo femenino. En 1987 hay un importante descenso de la enfermedad y persiste su asociación al sexo femenino. En 1990 el porcentaje de casos aumenta equiparándose a 1985, no encontrando diferencias en la promiscuidad, sin embargo en el capítulo de E.T.S. anteriores se pasa de ser la Gonorrea la más frecuente en 1985 a las Trichomonas en 1990, ambas sinónimas de promiscuidad. En las publicaciones revisadas la enfermedad aparece relacionada con sexo femenino y promiscuidad elevada y N.I.A. bajo (241,243,302).

HERPES: La variable sexo masculino tiene asociación en 1985, 1987 y 1990. En series extranjeras la enfermedad es más frecuente en varones de promiscuidad elevada, siendo frecuente la conducta homosexual (306,307,308). En la comparación de porcentajes aparece un aumento de la conducta homo+bisexual en los hombres y un aumento del N.I.A. asociación ya descrita (257).

URETRITIS DE CAUSA DESCONOCIDA: En 1985, 1987 y 1990 se mantiene la asociación con el sexo masculino. En 1985 está relacionado con la conducta heterosexual, promiscuidad elevada y la fuente de infección es la prostitución, en

1987 la única variable que se mantiene es el sexo disminuyendo los porcentajes de la otras y en 1990 aparece de nuevo la promiscuidad y la prostitución como fuente de infección.

UREAPLASMA U.: En los tres años hay asociación al sexo masculino de promiscuidad elevada y fuente de infección el contacto esporádico, en la comparación de porcentajes se ve que en 1987 la enfermedad disminuye en el colectivo homosexual, en 1990 persisten estas tendencias.

VENEREOFOBIA: No se encuentran variaciones entre 1985 y 1990, el proceso está relacionado con el sexo masculino, de empleo no cualificado, N.I.A. bajo, antecedentes de haber padecido otra E.T.S., la conducta sexual predominante es la heterosexual y la fuente de infección es la prostitución.

V.I.H.: Se estudiaron las variaciones entre 1987 y 1990, por no tener casos en 1985.

No hay ninguna variable asociada y se encuentra un incremento de la edad media significativo en 1990.

Un dato preocupante es el incremento del porcentaje significativo que aparece en la variable profesión: prostitución en 1990. El empleo de preservativo aumenta espectacularmente en los enfermos de 1990 y se observa un aumento del porcentaje de homo + bisexuales, manteniéndose el de A.D.V.P..

VIII. CONCLUSIONES:

1.- El impacto social del SIDA tuvo como consecuencia un aumento importante y progresivo del número de consultas relacionadas con la E.T.S. en el período 1985-1990. Por el contrario se produjo una llamativa disminución del número de casos nuevos diagnosticados de E.T.S., produciéndose una discordancia entre el volumen de consultas y el volumen de enfermos. En 1990 comienzan nuevamente a aumentar el número de E.T.S. nuevas pero sin llegar a superar el porcentaje nº de enfermos/nº de consultas de los datos de 1985.

2.- Las campañas de educación sanitaria y el despliegue informativo de los medios de comunicación sobre el SIDA, generaron una concienciación sobre el tema en la sociedad, a consecuencia de lo cual, se produjo un aumento de la demanda de asistencia médica en el dispensario, por parte de estratos más amplios de población, al mismo tiempo que se observó una retracción en la demanda, por parte de colectivos marginales de alto riesgo como la prostitución, probablemente ocasionado por sentimientos de temor en este colectivo, ante la posibilidad del empleo de medidas de control por parte del Estado, dirigidas a cortar el avance del SIDA.

Esta retracción no se observó en el grupo de varones homosexuales.

3.-La principal variable asociada a la disminución del número de E.T.S. observadas en el D. Sandoval en este período fué la disminución de la promiscuidad, observándose una recuperación de ésta en 1990.

4.-En los datos de 1990 se observa una generalización en el empleo del preservativo como método anticonceptivo lo cual sólo puede explicarse por las campañas de prevención sobre el SIDA.

El empleo del preservativo en 1987 es por supuesto, mayor que en 1985, pero en un porcentaje pequeño aún, por lo que no se le puede implicar en la disminución de las E.T.S. en 1987.

5.-A partir de 1987 se observa una disminución de los contactos sexuales esporádicos y de la prostitución como fuente de E.T.S., lo cual sugiere cambios en la selección de la pareja sexual o empleo de medios preventivos en esos contactos como consecuencia del miedo al SIDA e implica un cambio importante en los hábitos sexuales de la población atendida.

6.-En el estudio de los porcentajes de E.T.S. diagnosticadas, aparece en 1987 un descenso de la Gonorrea, Sífilis, Chlamydias, Micoplasma H., y Trichomonas recuperándose todas en 1990, a excepción de la Sífilis que persiste en mínimos históricos.

7.-En este trabajo he encontrado perfiles epidemiológicos para la mayoría de las E.T.S. coincidentes con los de otros estudios tanto nacionales como extranjeros.

9.-Las variaciones cuantitativas observadas en las E.T.S. casi siempre se acompañan de variaciones en algunas de las variables de los perfiles epidemiológicos de cada enfermedad lo cual indica inestabilidad de estos perfiles.

Las variaciones más importantes encontradas fueron:

- La Candidiasis se asocia a mujeres de baja promiscuidad que padecen Candidiasis Crónica Recurrente y en las que existe una asociación con el empleo de anticonceptivos orales.
- El diagnóstico de Chlamydiae se asocia con una disminución del porcentaje de varones homosexuales y aumento en varones heterosexuales de bajo N.I.A. en 1990.
- El diagnóstico de Condilomas aumenta en varones homosexuales , teniendo una probable relación con la infección por H.I.V. en 1990.
- La llamativa disminución de la Gonorrea en 1987 se acompañó de un descenso de la promiscuidad y de la prostitución como fuente de infección, variables que se recuperan cuando en 1990 aumenta nuevamente la enfermedad.
- La disminución del porcentaje de varones homosexuales con el diagnóstico de Sífilis en 1987, a dado lugar a una disminución del N.I.A. en los enfermos de sífilis. El paralelismo existente entre la disminución de la enfermedad y la disminución del porcentaje de los varones

homosexuales, puede confirmar la relación epidemiológica entre estas dos variables.

-La infección por *Mycoplasma H.* y *Trichomonas V.* en mujeres tienen una relación directa con la promiscuidad y es más frecuente su aparición entre prostitutas.

-El Herpes genital aparece en 1990 con mayor frecuencia en varones homosexuales con N.I.A. superior al de otras E.T.S.

-El *Ureaplasma U.* en 1990 aparece fundamentalmente en varones heterosexuales de elevada promiscuidad siendo el contacto esporádico, la fuente de infección. Unas características superponibles presentan los pacientes de Uretritis de Causa Desconocida.

-Los enfermos de Venerofobia son varones heterosexuales de bajo N.I.A., empleos no cualificados, con antecedentes de haber padecido otras E.T.S. y en los que la fuente de infección es generalmente la prostitución.

-Los enfermos de V.I.H. en 1990 tienen una edad media superior a los de 1987, es más frecuente el porcentaje de hombres homosexuales y también es llamativo el aumento de las personas dedicadas a la prostitución respecto a 1987.

IX. RESUMEN:

Con el fin de intentar encontrar una relación, entre las variaciones cuantitativas aparecidas en la E.T.S. a consecuencia del impacto del SIDA y los posibles cambios epidemiológicos encontrados en los diferentes enfermos de E.T.S., se realizó en el Dispensario Sandoval de la Comunidad de Madrid un estudio prospectivo para el que se seleccionaron aleatoriamente, una muestra de 281 historias clínicas pertenecientes al período comprendido entre Septiembre de 1984 y Septiembre de 1985, 318 historias del año 1987 y 283 historias del año 1990.

Los datos epidemiológicos recogidos, se compararon entre sí, mediante el método estadístico, estableciéndose además los perfiles epidemiológicos para cada E.T.S., mediante asociación estadística de variables.

En el análisis de los resultados se observó una disminución evidente de las E.T.S. sobre todo de la Sífilis, Gonorrea, Chlamydiae T., Trichomonas V. y Micoplasma H., experimentándose una recuperación de las cifras en 1990 a excepción de las de la Sífilis.

Además se encontraron variaciones estadísticamente significativas en la variable Promiscuidad en relación con el volumen de E.T.S. y cambios en las costumbres sexuales a partir de 1987, más evidentes en 1990 tales como el aumento del empleo del preservativo y disminución del contacto sexual esporádico y la prostitución como fuente de infección.

También se encontraron variaciones en los perfiles

epidemiológicos de varias E.T.S. en relación con el aumento o disminución de ellas.

X. BIBLIOGRAFIA:

- 1.- CATERALL R.D." The Venereal and Sexually Transmitted Diseases" En:CATERALL R.D.;A short textbook of Venereology. The sexually transmitted diseases (2ª edición). Unibooks. English Universities Press Limited.1975, pp 1-13.
- 2.- JAQUETI G.,HERNANZ J.M.,VIVES P.,VILLASECA M.L.: "Enfermedades Transmitidas Sexualmente". Hospital General 1980;20/2:233-238.
- 3.- KAMPMEIER R.H.:"Early development of knowledge of sexually transmitted diseases". En: HOLMES K.K.,MARDH P.A.,SPARLING P.F.,WIESMER P.J.;Sexually Transmitted Diseases. McGraw-Hill Book Company.1984,pp 19-29.
- 4.- GAY PRIETO J.: "Del concepto de enfermedades venéreas al de enfermedades transmitidas sexualmente(ETS).Las treponematosis. Bosquejo histórico de nuestros conocimientos".En :GAY PRIETO J.; Compendio de Treponematosis y Enfermedades Transmitidas Sexualmente (ETS). Editorial Científico-Médica.Barcelona.1978, pp 3-6.
- 5.-FELMAN Y.M.:" Syphilis.From 1495 Naples to 1989 AIDS." Arch.Dermatol.1989;125:1698-1700.
- 6.-FIUMARA N.J.:"Infectious Syphilis" En:FELMAN Y.M.Symposium on Sexually Transmitted Diseases.Dermatologic Clinics,W.B.Saunders Company Philadelphia.Vol.1. nº1 January 1983,pp 3-21.
- 7.-CRISSEY J.T.,DENENHOLZ D.A.:"Development of the Modern Forms and Concepts of Syphilis".En:CRISSEY J.T.,DENENHOLZ D.A. Clinics in Dermatolog Syphilis. J.B.Lippincott.

Philadelphia. 1984;2/1;pp 1-10.

8.-DUCREY A.: "Recherches expérimentales sur la nature intime du principe contagieux du chancre mou". Ann.Dermatol.Syphilig. 1890;1:56-57.

9.-CRISSEY J.T., DENENHOLZ D.A.: "The Organism". En: CRISSEY J.T. y DENENHOLZ D.A. Clinics in Dermatology. Syphilis. J.B.Lippincott, Philadelphia. 1984;2/1:11-15.

10.-DE GREGORIO, GARCIA-SERRANO E. "Linfogranulomatosis Inguinal Subaguda. Linfogranulomatosis Venerea o Enfermedad de Nicolas-Favre ". Artes gráficas E.Berdejo Casañol. Zaragoza. 1944

11.-MAY J. "Poroadenolinfitis. Enfermedad de Nicolas-Favre. Linfogranulomatosis Venerea. Imprenta El Siglo Ilustrado. San Jose 938 Montevideo 1940.

12.-SCHACHTER J.: "Biology of Chlamydia Trachomatis". En: HOLMES K.K., MARDH P.A., SPARLING P.F., WIESNER P.J. Sexually Transmitted Diseases. McGraw hill Book Company. New York 1984;pp 243-257.

13.-JONES B.R.: "Ocular Syndromes of TRC virus infection and their posible genital significance" Br.J.Vener.Dis. 1964;40:3-7.

14.-KAMPMEIER R.H.: "Description of Trichomonas Vaginalis by M.A. Donné". Sex. Transm. Dis. 1978;5:119-121.

15.-WILLCOX R.R.: "Epidemiological aspects of human trichomoniasis" Br.J.Vener.Dis. 1960;36:167-169.

16.-TAYLOR-ROBINSON D., McCORMACK W.M.: "The genital mycoplasmas" N. Engl. J. Med. 1980;302:1003.

17.-HUTFIELD D.C.: " History of Herpes Genitalis"

Br.J.Vener.Dis.1966;42:263-266.

18.-RODIN P.,KOLATOR B.:" Carriage of yeast on the penis"

Br.Med.J.1976;1:1123.

19.-BURKHART C.G.:" Scabies: an epidemiological reassessment". Ann.Intern.Med.1983;98:498-501.

20.-REES R.S.,KING L.E.:" Arthropod bites and stings".

En:FITZPATRICK T.B.,EISEN A.Z.,WOLFF K.,FREEDBERG I.M.,AUSTER K.F.Dermatology in General Medicine.MacGraw-Hill Inc.New-York.3ª edición.1987;pp 2495-2506.

21.-CENTERS FOR DISEASE CONTROL.:" Pneumocystis carinii-Los Angeles".M.M.W.R. 1981;30:250-252

22.-BARRE-SINOSSI F.,CHERMANN J.C.,REY F.:"Isolation of T lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immunodeficiency syndrome". Science.1983;220:868-871.

23.-INFORME DE UN GRUPO CIENTIFICO DE LA OMS: " Urethritis no gonocócica y otras enfermedades de transmisión sexual importantes para la salud pública".Serie de Informes Técnicos 660.Organización Mundial de la Salud,Ginebra 1981.pp.10-12.

24.-CAMACHO MARTINEZ F.:"Introducción al estudio de las enfermedades de transmisión sexual".En: CAMACHO MARTINEZ F. Enfermedades de Transmisión Sexual.Jarpyo Editores.Madrid 1986.pp 4-10.

25.-CENTERS FOR DISEASE CONTROL.:" Kaposi sarcoma and Pneumocystis pneumonia among homosexual men",New York City and California. M.M.W.R.1981;30:305-308.

26.-GOTTLIEB M.S.,SCHORFF R.,SCHAUKER H.M.: " Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously

- healthy homosexual men. Evidence of a new acquired cellular immunodeficiency ". N. Engl. J. Med. 1981;305:1
- 27.-BYGBERG I. C.: "AIDS in a Danish surgeon (Zaire, 1976)". : Lancet. 1983;1:925.
- 28.-VANDEPITTE J., VELWILGHEN R., ZACHEE P.: "AIDS and criptococcosis (Zaire 1977)". Lancet. 1983;1:925-926.
- 29.-NAHMIA A. J., WEISS J., YAO X. et al.: "Evidence for human infection with an HTLVIII / LAV-like virus in Central Africa in 1959". Lancet. 1986;1:1279.
- 30.-SAXINGER W. C., LEVINE P. H., DEAN A. G., et al.: " Evidence for exposure to HTLVIII in Uganda prior 1973". Science. 1984;225:1473-1476.
- 31.-BIGGAR R. J., MELBYE M., KESTENS L.: " Seroepidemiology of HTLVIII antibodies in a remote population of eastern Zaire". Br. Med. J. 1985;290:808-810.
- 32.-BAYLEY A. C., DOWNING R. G., CHEINGSONG-POPOV R.: " HTLVIII distinguishes atypical and endemic Kaposi's sarcoma in Africa". Lancet. 1985;1:359-361.
- 33.-SAXINGER W., BLATTNER W. A., LEVINE P. H.: " Human T-cell leukemia virus (HTLV-I) antibodies in Africa" Science. 1984;225:1473-1476.
- 34.-NORMAN C.: " Politics and Science clash on African AIDS". Science. 1985;230:1140-1142.
- 35.-BIGGAR R. J.: " AIDS problem in Africa". Lancet 1986;1:79-82.
- 36.-WORMSER G. P., KRUPP L. B., HANRAHAN J. P., GAVIS G., SPIRA T. J., CUNNINGHAM-RUNDLES S.: " Acquired Immunodeficiency Syndrome in Male prisoners. New Insights into an Emerging

Syndrome". Ann. Intern. Med. 1983;98:297-303.

37.-FAUCI A.S.: "The syndrome of Kaposi's sarcoma and opportunistic infections: an epidemiologically restricted disorder of immunoregulation". (editorial). Ann. Intern. Med. 1982;96:777-779.

38.-PITCHENIK A.E., FISCHL H.A., DICKINSON G.M., BECKER D.M., FOURNIER A.M., O'CONNELL M.T., COLTON R.M., SPIRA T.J.: "Opportunistic Infections and Kaposi's Sarcoma Among Haitians: Evidence of a New Acquired Immunodeficiency State". Ann. Intern. Med. 1983;98:277-284.

39.-DURACK D.T.: "Opportunistic infections and Kaposi's sarcoma in homosexual men". N. Engl. J. Med. 1981;305:1465-1467.

40.-DAVIS K.C., HORSBURGH C.R., HASIBA U., SCHOKE T.A.L., KIRKPATRICK C.H.: "Acquired Immunodeficiency Syndrome in a patient with hemophilia". Ann. Intern. Med. 1983;3:284-286.

41.-CENTERS FOR DISEASE CONTROL.: "Update on Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)-United States". M.M.W.R. 1982;31:507-508 y 513-514.

42.-POON M-C., LANDAY A., PRASTHOFER F., STAGNO S.: "Acquired Immunodeficiency Syndrome with Pneumocystis carinii Pneumonia and Mycobacterium avium-intracellulare Infection in a Previously Healthy Patient with Classic Hemophilia. Clinical Immunologic and Virologic Findings". Ann. Intern. Med. 1983;98:287-290.

43.-MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.: "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Revisión de la definición de caso". Boletín Epidemiológico Semanal

nº1701.Semana 30.1985.

44.-MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.:" Revisión de la definición de caso de SIDA.Primer parte".Boletín Epidemiológico Semanal. Nº 1776,s-10.1987.

45.-MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.:" Revisión de la definición de caso de SIDA.Segunda parte".Boletín Epidemiológico Semanal.nº1777.s-11.1987.

46.-MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.:" Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.Situación en E.E.U.U.(a 30 de Abril de 1985)". Boletín Epidemiológico Semanal nº 1689. s-18.1985.

47.-HARDY A.M.,ALLEN J.R.,MORGAN W.M.:" The incidence of the acquired immunodeficiency syndrome in selected populations" J.A.M.A.1985;253:215-220.

48.-CURRAN J.W.,MORGAN W.M.,HARDY A.M.,et al.:"The epidemiology of AIDS: current status and future prospects".Science 1985;229:1352-1357.

49.-CENTERS FOR DISEASE CONTROL.:" Antibodies to a retrovirus etiologically associated with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) in populations with increased incidence of the syndrome".M.M.W.R.1984;33:377-379.

50.-GOEDERT J.J.,SARNGADHARAN M.G.,BIGGAR R.J.:

" Determinants of retrovirus (HTLVIII) antibody and immunodeficiency conditions in homosexual men". Lancet.1984;2:711-716.

51.-FAUCI A.S.,MASUR H.,GELMANN E.P.:" The acquired immunodeficiency syndrome: an update".

Ann.Intern.Med.1985;102:800-813.

52.-SPIRA T.J.,DES JORFAIS D.C.,MARMOR M.:" Prevalence of antibody to lymphadenopathy-associated virus among drug detoxification patients in New York". N.Engl.J.Med.1984;311:467-468.

53.-RAMSEY R.B.,PALMER E.L.,McDOUGAL J.S.:" Antibodies to lymphadenopathy-associated virus in haemophiliacs with and without AIDS".Lancet.1984;2:397-398.

54.-KITCHEN L.W.,BARIN F.,SULLIVAN J.C.:" Aetiology of AIDS antibodies to human T-cell leukemia virus type III in haemophiliacs".Nature.1984;312:367-369.

55.-FROM THE MMWR-Morbidity and Mortality Report Centers r Disease Control,Atlanta.:" First 100,000 Cases of Acquired Immunodeficiency Syndrome - United States". Arch.Dermatol. 1989;125:1323-1324.

56.-FROM THE MMWR-Morbidity and Mortality Report Centers for Disease Control,Atlanta.:" Update:Acquired Immunodeficiency Syndrome - United States,1989 ". Arch.Dermatol.1990;126:440

57.-COMUNIDAD DE MADRID.CONSEJERIA DE SALUD.SERVICIO REGIONAL DE SALUD.:" Vigilancia epidemiológica del SIDA y de la infección por VIH".Informe nº 6.Octubre 1990.

58.-MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.:" Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)".Boletín Epidemiológico Semanal.nº1593.S-24.1983.

59.-MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.:" Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)".Boletín Epidemiológico Semanal. nº1639. s-19.1984.

- 60.-MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.:" Vigilancia del SIDA".Boletín Epidemiológico Semanal.Nº 1798.s-51-52.1987
- 61.-MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.:" Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.Situación en España (a 15-Marzo 1985)".Boletín Epidemiológico Semanal.Nº1680.s-9.1985
- 62.-MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.:"Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Situación en España (a 25 de Septiembre de 1985). Boletín Epidemiológico Semanal. Nº1697.s-26.1985
- 63.-MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.:" Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).Reunión de los Centros de Colaboración sobre el SIDA de la OMS ".Boletín Epidemiológico Semanal.nº 1702.s-31.1985.
- 64.-MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.:" Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: Medidas Preventivas (I)". Boletín Epidemiológico Semanal.nº 1725.s-4.1986
- 65.-COMUNIDAD DE MADRID.CONSEJERIA DE SALUD.SERVICIO REGIONAL DE SALUD.:" Vigilancia epidemiológica del SIDA y de la infección por VIH".Informe nº 1.Abril 1988.
- 66.-CENTER DISEASE CONTROL.:" Classification system for human immunodeficiency virus infection in children under 13 years of age". M.M.W.R. 1987;36:225-236.
- 67.-COMUNIDAD DE MADRID. CONSEJERIA DE SALUD.SERVICIO REGIONAL DE SALUD.:" Vigilancia epidemiológica del SIDA y de la infección por V.I.H.".Informe nº 2.Octubre 1988.
- 68.-COMUNIDAD DE MADRID. CONSEJERIA DE SALUD. SERVICIO REGIONAL DE SALUD.:" Vigilancia epidemiológica del SIDA y de la infección por VIH".Informe nº 5.Abril 1990.

69.-ANABITARTE RIVAS H.:" Indiferencia y desafío".: En NAJERA R., DE LA LOHA A., ESTEBANEZ P., GARCIA E., ANABITARTE H., USIETO R.:SIDA: un problema de salud pública.Ediciones Díaz de Santos S.A.Madrid.1987.pp 241-271.

70.-USIETO ATONDO R.: " Las alternativas sociales en el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ".En NAJERA R.,DE LA LOHA A.,ESTEBANEZ P.,GARCIA E.,ANABITARTE H.,USIETO R.. SIDA: un problema de salud pública.Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid .1987.pp 317-380.

71.-VILLANUEVA J.R.:" Aspectos económicos y sociales del SIDA".JANO Medicina y Humanidades.1988;35:2268-2277.

72.-MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.:" Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: Medidas Preventivas (I) ". Boletín Epidemiológico Semanal.nº 1726.s-4.1986.

73.-MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.:" Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: Medidas Preventivas (y II) ". Boletín Epidemiológico Semanal.nº1726.s-5.1986.

74.-MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.:" Reunión consultiva sobre prevención y lucha contra el SIDA en las cárceles".Boletín Epidemiológico Semanal. nº1784.s-23-24.1987.

75.-MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.:" Preservativos para la prevención de las Enfermedades de transmisión Sexual ".Boletín Epidemiológico Semanal.nº1801.s-5-6.1988.

76.-ARREDONDO C.,CORONADO A.,DE LA FUENTE M.,LUENGO S.:" Actitudes sociales ante el SIDA entre el colectivo de trabajadores en salud.Repercusiones sobre la población de

toxicómanos". Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional sobre el SIDA. Madrid, 1990

77.-SEGURA BENEDITO A.: " Gonococia: enfermedad privada, problema público". Medicina Clínica. 1983; 81:901-903.

78.-ALVAREZ-DARDET C., MARQUEZ S., PEREA E.-J.:" Urban clusters of sexually transmitted diseases in the city of Seville, Spain". Sex. Transm. Dis. 1985;12:166-168.

79.-WOODHOUSE D.E., POTTERAT J.J., MUTH J.B., PRATTS C.I., ROTHENBERG R.B., FOGLE J.S.: " A civilian-military partnership to reduce the incidence of gonorrhoea". Public Health Rep. 1985;100:61-65.

80.-GOLUBJATNIKOV R., PFISTER J., TILLOTSON T.: " Homosexual promiscuity and the fear of AIDS". Lancet 1983;2:981.

81.-BURTON S.W., BURN S.B., HERVEY D., MASON M., Mc KERROW G.: " AIDS information". Lancet 1986;2:1040-1041.

82.-VAN GRIENSVEN G.J., DE VROOME E.M., GOUDSMIT J., COUTINHO R.A.:" Changes in sexual behaviour and the fall in incidence of HIV infection among homosexual men", B.M.J.1989;298:218-221.

83.-CENTERS FOR DISEASE CONTROL, : " Self-reported changes in sexual behaviours among homosexual and bisexual men from the San Francisco City clinic cohort. M.M.W.R. 1987;36:387-389.

84.-HOYA M.D., DE LA LOMA A., MENENDEZ F., MENENDEZ B., HERNANZ J.M.:" Changes in incidence of STD among heterosexual patients: fear of AIDS ?". Genitourin. Med, 1989;65:347-349.

85.-VALLE S.L.: " Sexually transmitted diseases and the use

of condoms in a cohort of homosexual men followed since 1983 in Finland". Scand.J.Infect.Dis. 1988;20:153-161.

86.-PUCKETT S.B.,BART M.,BYE L.L. y cols.: " Self-reported behavioural change among gay and bisexual men - San Francisco". M.M.W.R. 1985;40:613-616.

87.-FITZPATRICK R.,Mc LEAN J.,DAWSON J.,BOULTON M.,HART G.:" Factors influencing condom use in a sample of homosexually active men". Genitourin. Med. 1990;66:346-350.

88.-HOOK E.W.,HOLMES K.K.:" Gonococcal infections". Ann.Intern.Med.1985;102:229-243.

89.-CENTERS DISEASE CONTROL: "Sexually Transmitted Disease Statitical Letter.Calendar year 1980. Public Health Service. U.S. Departament of Health and Human Services. Atlanta 1981.

90.-ARAL S.O.,HOLMES K.K.:" Epidemiology of sexually transmitted diseases".En: Sexually Transmitted Diseases. Ed. : HOLMES K.K.,HARDH P-A.,SPARLING P.F.,WIESNER P.J.; Mc Graw-Hill Book Company 1984. New York. pag:126-141.

91.-GRECO D.,GIULIANI M.,SULIGOI B.,PANATTA M.,GIANNETTI A.: " Sexually transmitted diseases in Italy: clinical returns versus statutory notifications". Genitourin. Med. 1990;66:383-386.

92.-LYNGE E.,JENSEN O.H.: " Cohort trends in incidence of cervical cancer in Denmark in relation to gonorrheal infection". Acta. Obstet. Gynecol. Scand. 1985;64:291-296.

93.-BARNES R.C.,HOLMES K.K.:" Epidemiology of gonorrhea: current perspectives". Epidemiol.Rev. 1984;6:1-30.

94.-ARYA O.P.:" Epidemiology of Gonorrhoea ". En: Recents

advances in Sexually Transmitted Diseases. Ed.: HARRIS J.R.W. Churchill Livingstone. Edinburgh 1981. pag: 35-48.

95.-McCUTCHAN J.A.:" Epidemiology of venereal urethritis:comparison of gonorrhoea and nongonococcal urethritis".Rev.Infect.Dis. 1984;6:669-688.

96.-RICE R.J.,ARAL S.O.,BLOUNT J.H.,ZAIDI A.A.:" Gonorrhoea in the United States 1975-1984: is the giant only sleeping ?". Sex. Transm. Dis. 1987;14:83-87.

97.-PHILIPS I.:" Beta-lactamase- producing penicillin-resistant gonococcus". Lancet. 1976;2:656-657.

98.-ASHFORD W.A.,GOLASH R.G.,HERMMING V.G.:" Penicillinase-producing Neisseria gonorrhoeae". Lancet.1976;2:657-658.

99.-ADLER M.W.,Mc CUTCHAN J.A.:" Survey of cases of gonorrhoea caused by penicillinase producing Neisseria gonorrhoeae in the United Kingdom". Genitourin. Med. 1985;61:36-38.

100.-GOH B.T.,RODIN P.,JOHNSTON N.A.,WONG H.H.:" Penicillinase-producing Neisseria gonorrhoeae: epidemiology, antimicrobial susceptibility and plasmid types". J. Infect.1985;11:63-69.

101.-OSATO K.,TSUGAMI H.,HARADA K.,MARUYAMA J.:" Incidence of gonorrhoea due to penicillinase producing Neisseria gonorrhoeae in Japan 1981-3 and treatment using a new antibiotic combination, BRL25000(amoxycillin and clavulanic acid)".Genitourin. Med.1986;62:158-162.

102.-RICE R.J.,BIDDLE J.W.,JEANLOUIS Y.A.,DEWITT W.E.,BLOUNT J.H.,MORSE S.A.:" Chromosomally mediated resistance in Neisseria gonorrhoeae in the United States:

- results of surveillance and reporting, 1983-1984".
J.Infect.Dis. 1986;133:340-345.
- 103.-FENOLL A.,BERRON S.,VAZQUEZ J.A.:" Analysis of penicillinase-producing *Neisseria gonorrhoeae* isolates in Madrid (Spain) from 1983-85".Epidemiol. Infect.1987;99:455-462.
- 104.-RIOU J.V.,PRERE M.F.,PEAN Y.,GHNASSIA J.C.,THABAUT A.,MEYRAN M.,CASIN I.,DUTILH B.,CARBONNELLE B.,PINON G.:" Caracteristiques des souches de *Neisseria gonorrhoeae* productrices de penicillinase isolees en France de 1979 à 1986". Pathol. Biol.(Paris). 1987;35:791-795.
- 105.-ESCAMILLA J.,BOURGEIS A.L.,GARDINER C.H.,KILPATRICK M.E.:" Penicillinase-producing *Neisseria gonorrhoeae* in various seaport cities of Latin America". Sex. Transm. Dis. 1988;15:141-143.
- 106.-VAZ PATO M.V.,RIBEIRO PIRES I.,VAN KLINGEREN B.,LOURO D.,ROSA H.:" *Neisseria gonorrhoeae* productrices de penicillinase (NGPP) isolees à Lisbonne 1982-1987".Pathol. Biol. (Paris). 1988;36:639-642.
- 107.-SHAHMANESH M.,THIN R.N.:" Penicillinase producing *Neisseria gonorrhoeae* in the United Kingdom". Eur. J. Epidemiol. 1986;2:48-51.
- 108.-DIVISION OF CHRONIC DISEASE CONTROL, CENTERS FOR DISEASE CONTROL, ATLANTA : "Epidemiologic aspects of control of penicillinase-producing *Neisseria gonorrhoeae*". Sex. Transm. Dis. 1988;15: 211-216.
- 109.-POTTERAT J.J.,DUKES R.L.,ROTHENBERG R.B.:" Disease transmission by heterosexual men with gonorrhoea: an empiric

- estimate". *Sex. Transm. Dis.* 1987;14:107-110.
- 110.-HANDSFIELD H.H.: "Decreasing incidence of gonorrhoea in homosexually active men. Minimal effect on risk of AIDS". *West. J. Med.* 1985;143:469-470.
- 111.-CARNE C.A.,WELLER I.V.,JOHNSON A.M.,LOVEDAY C.,PEARCE F.,HAWKINS A.,SMITH A.,WILLIAMS P.,TEDDER R.S.,ADLER H.W.:" Prevalence of antibodies to human immunodeficiency virus, gonorrhoea rates, and changed sexual behaviour in homosexual men in London". *Lancet.* 1987;1:656-658.
- 112.-PETERSEN C.S.,SNDERGAARD J.,WANTZIN G.L.:" AIDS related changes in pattern of sexually transmitted diseases (STD) in an STD clinic in Copenhagen". *Genitourin. Med.* 1988;64:270-272.
- 113.-BELL S.H.:" Incidence of gonorrhoea and fear for AIDS". *Lancet.* 1986;2:1159.
- 114.-GELLAN M.,ISON C.:" Declining incidence of gonorrhoea in London: a response to fear of AIDS ?". *Lancet* 1986;2:920.
- 115.-VAN DELAAR M.J.W.,PICKERING J.,VAN DEN HOEK J.A.R.,VAN GRIENSVEN G.J.P.,COUTINHO R.A.,VAN DE WATER H.P.A.:" Declining gonorrhoea rates in The Netherlands 1976-1988: consequences for the AIDS epidemic". *Genitourin. Med.* 1990;66:148-155.
- 116.-PUMAROLA SUÑE T.:" Homosexualidad e infección vírica (editorial)". *Med. Clin. (Barcelona).* 1989;93:493-497.
- 117.-CORZO J.E.,DIAZ TORRES M.A.,PINEDA J.A.,LEAL M.,RIVERA F.,MUÑOZ J.,SANCHEZ QUIJANO A.,SOTO B.,LISSEN E.:" Impacto del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida sobre los

hábitos sexuales de una cohorte de homosexuales". Med. Clin. (Barcelona). 1988;91:283-286.

118.-ZAIDI A.A.,SCHNELL D.J.,REYNOLDS G.H.:" Time series analysis of syphilis surveillance data". Stat. Med. 1989;8:353-362.

119.-BRANDT A.M.:" The syphilis epidemic and its relation to AIDS". Science.1988;239:375-380.

120.-KROGH G.,HELLSTRÖM L.,BÖTTIGER M.:" Declining incidence of syphilis among homosexual men in Stockholm". Lancet. 1986;2:920-921.

121.-THIRUMDORTHY T.,LEE C.T.,LIM K.B.:" Epidemiology of infectious syphilis in Singapore". Genitourin. Med. 1986;62:75-77.

122.-JEYASINGH P.,RAMANATHAN T.B.,FERNANDES S.D.:" Pattern of sexually transmitted disease in Madurai, India". Genitourin. Med. 1985;61:399-403.

123.-SCHULZ K.F.,CATES W.Jr.,O'MARA P.R.:" Pregnancy loss, infant death, and suffering: legacy of syphilis and gonorrhoea in Africa". Genitourin. Med. 1987;63:320-325.

124.-ISMAIL S.O.,AHMED H.J.,JAMA M.A.,OMER K.,OMER F.M.,BRUNDIN M.,OLOFSSON M.B.,GRILLNER L.,BYGDAMAN S.:" Syphilis, gonorrhoea and genital chlamydial infection in a Somali village". Genitourin. Med. 1990;66:70-75.

125.-COUTINHO R.A.,SCHOONHOVEN F.J.,VAN DEN HOEK J.A.R.,EMSBROEK J.A.:" Influence of special surveillance programmes and AIDS on declining incidence of syphilis in Amsterdam". Genitourin. Med. 1987;63:210-213.

126.-POULSEN A.,ULLMAN S.:" AIDS-induced decline of the

- incidence of syphilis in Denmark". Acta Derm. Venereol.(Stockh). 1985;65:567-569.
- 127.-FROM THE MMWR-MOBILITY AND MORTALITY REPORT.CENTERS FOR DISEASE CONTROL, ATLANTA.:" Continuing Increase in Infectious Syphilis-United States". Arch. Dermatol. 1988;124:509-510.
- 128.-FROM THE MMWR-MORBILITY AND MORTALITY REPORT CENTERS FOR DISEASE CONTROL, ATLANTA.:" Syphilis and Congenital Syphilis-United states, 1985.1988". Arch.Dermatol. 1988;124:1485-1486.
- 129.-TANG A.,BARLOW D.:" Resurgence of heterosexually acquired early syphilis in London". Lancet. 1989;2:166-167.
- 130.-FROM THE MMWR-MORBILITY AND MORTALITY REPORT CENTERS FOR DISEASE CONTROL, ATLANTA.:" Relationship of Syphilis to Drug Use and Prostitution- Connecticut and Philadelphia, Pennsylvania". Arch. Dermatol. 1989;125:169-170.
- 131.-PARISER H.:" Syphilis". Prim.Care. 1989;16:603-619.
- 132.-VAN DEN HOEK J.A.R.,VAN DER LINDEN M., COUTINHO R.A.:"Increase of infectious syphilis among heterosexuals in Amsterdam: its relationship to drug use and prostitution". Genitourin. Med. 1990;66:31-33.
- 133.-HOOK E.W.:" Syphilis and HIV infection". J. Infect. Dis. 1989;160:530-534.
- 134.-RUFLI T.:" Syphilis and HIV infection" . Dermatologica. 1989;179:113-117.
- 135.-SIN AUTOR: " Sexually transmitted disease surveillance in Britain - 1984. Communicable Disease Surveillance Centre". Br. Med. J. 1986;293:942-943.

- 136.-PUBLIC HEALTH LABORATORY SERVICE COMMUNICABLE DISEASE SURVEILLANCE CENTRE.: "Sexually transmitted diseases in Britain: 1985-1986". Genitourin. Med. 1989;65:117-121.
- 137.-SCHACHTER J.: "Chlamydial infections". N.Engl.J.Med. 1978;298:423.
- 138.-SMITH J.L.,WINSHIP M.J.: "Prevalence of Chlamydia trachomatis and the genital mycoplasmas in a nonmetropolitan population". Int. J. Fertil. 1987;32:453-455.
- 139.-KENT G.P., HARRISON H.R.,BERMAN S.M.,KEENLYSIDE R.A.: "Screening for Chlamydia trachomatis infection in a sexually transmitted disease clinic: comparison of diagnostic test with clinical and historical risk factors". Sex. Transm. Dis. 1988;15:51-57.
- 140.-WIESMEIER E.,ROSENTHAL D.L.,WIEDEMAN S.: "Detection of chlamydial cervicitis with Papanicolaou-stained smears and cultures in a university student population". J. Reprod. Med. 1987;32:251-253.
- 141.-SWINKER M.L.,YOUNG S.A,CLEAVENGER R.L.,NEELY J.L.,PALMER J.E.: "Prevalence of Chlamydia trachomatis cervical infection in a college gynecology clinic: relationship to other infections and clinical features". Sex. Transm. Dis. 1988;15:133-136.
- 142.-BELL T.A., FARROW J.M.,STAMM W.E.,CRITCHLOW C.W.,HOLMES K.K.: "Sexually transmitted diseases in females in a juvenile detention center". Sex. Transm. Dis. 1985;12:140-144.
- 143.-WASHINGTON A.E.,JOHNSON R.E.,SANDERS L.L.Jr.: "

Chlamydia trachomatis infections in the United States. What are they costing us ? ". J.A.M.A. 1987;257:2070-2072.

144.-JUDSON F.N.:" Assessing the number of genital Chlamydial infections in the United States". J. Reprod. Med. 1985;30:269-272.

145.-GOLDSMITH M.F.:" 'Silent Epidemic' of 'Social Disease' Makes S.T.D. Experts Raise Their Voices". J.A.M.A. 1989;261:3509-3510.

146.-CHI NGUYEN DUY, BONANOMI SCHUMACHER S.,BOREL-SCHNEIDER C.,SOLDINI G.,PITTON J.S.,VÂN MELLE G.,DE GRANDI P.:" Infection Cervicale a Chlamydia trachomatis dans un centre de planning familial:prevalence,analyse des facteurs de risque,modele de prediction". J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris). 1989;18:977-987.

147.-LEFEVRE J.C.,AVEROUS S.,BAURIAUD R.,BLANC C.,BERTRAND M.A.,LARENG H.B.:" Lower genital tract infections in women: comparison of clinical and epidemiological findings with microbiology". Sex. Transm. Dis. 1988;15:110-113.

148.-PASTORINI E.,PASTORINI P.,CHEVALLIER D.,AMIEL J.,TOUBOL J.:" Place de Chlamydia trachomatis dans les urethrites masculines. Analyse de 2000 cas d'urethrites masculines". J. Urol. (Paris) 1988;94:153-157.

149.-ZDRODOWSKA-STEFANOW B.,MANIKOWSKA-LESINSKA W.:" Epidemiologic and clinical studies of Chlamydia trachomatis infection in northeastern Poland". Sex. Transm. Dis. 1988;15:137-140.

150.-BINNS B.,WILLIAMS T.,McDWELL J.,BRUNHAM R.C.:" Screening for Chlamydia trachomatis infection in a

- pregnancy counseling clinic". Am. J. Obstet. Gynecol. 1988;159:1144-1149.
- 151.-WESTROM L.:" Decrease in incidence of women treated in hospital for acute salpingitis in Sweden". Genitourin. Med. 1988;64:59-63.
- 152.-SHANMUGARATNAM K.,PATTMAN R.S.:" Declining incidence of Chlamydia trachomatis in women attending a provincial genitourinary medicine clinic". Genitourin. Med. 1989;65:400.
- 153.-ROMPALO A.M.,PRICE C.B.,ROBERTS P.L.,STAMM W.E.:" Potential value of rectal-screening cultures for Chlamydia trachomatis in homosexual men". J. Infect. Dis. 1986;153:889-892.
- 154.-STANEK G.,HIRSCHL A.,RISS P.,SCHALLER A.:" The prevalence of ureaplasma, mycoplasma and antibodies against chlamydia group antigen in gynecological outpatients". Arch. Gynecol. 1985;236:203-209.
- 155.-VITORATOS N.,GREGORIOU O.,PAPADIAS G.,LIAPIS A.,ZOURLAS P.A.:" Sexually transmitted diseases in women with urethral syndrome". Int. J. Gynecol. Obstet. 1988;27:177-180.
- 156.-McCUTCHEAN J.A.:" Epidemiology of venereal urethritis: comparison of gonorrhoea and nongonococcal urethritis" Rev.Infect. Dis. 1984;6:669-688.
- 157.-HACKEL H.,HARTMANN A.A.,ELSNER P.,BURG G.:" Prevalence of Ureaplasma urealyticum in the uretra of men without urethritis in relation to clinical diagnosis". Dermatologica. 1990;180:76-78.

- 158.-TAYLOR-ROBINSON D.: "The male reservoir of *Ureaplasma urealyticum*". *Pediatr. Infect. Dis.* 1986;5: Suplem.6: 234-235.
- 159.-TAYLOR-ROBINSON D.: "Evaluation of the role of *Ureaplasma urealyticum* in infertility". *Pediatr. Infect. Dis.* 1986; 5: Suplem.6:262-265.
- 160.-CAVICCHINI S.,BIFFI M.R.,BREZZI. A.,ALESSI E.: "*Mycoplasma hominis* and *Ureaplasma urealyticum*. Comparison of media for isolation and prevalence among patients with nongonococcal nonchlamydial genital infections". *G. Ital. Dermatol. Venereol.* 1989;124:321-324.
- 161.-KUVANONT K.,CHITWARAKORN A.,ROCHANANOND C.,KREURAT M.,ARIYARIT C.,SINGHARAJ P.,PANIKABUTRA K.,TAYLOR D.N.:"Etiology of urethritis in Thai men". *Sex. Transm. Dis.* 1989;16:137-140.
- 162.-AMORTEGUL A.J.,MEYER M.P.,GNATUK C.L.:"Prevalence of chlamydia trachomatis and other micro-organisms in women seeking abortions in Pittsburgh, Pennsylvania, United States of America". *Genitourin. Med.* 1986;62:88-92.
- 163.-CARDILLO M.R.:"Cervical chlamydia trachomatis and mycoplasma infections in women with abnormal papanicolaou smears". *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.* 1988;15:161-167.
- 164.-HOROWITZ B.J.,EDELSTEIN S.W.,LIPPMAN L.:"Sexual transmission of *Candida*". *Obstet. Gynecol.* 1987;69:883-886.
- 165.-WILLMOTT F.E.:"Genital yeast in female patients attending a V.D. Clinic". *Br. J. Vener. Dis.* 1975;51:119-122.
- 166.- WILLMOTT F.E.:"Candidiasis". En HARRIS J.R.W.

"Recent advances in Sexually Transmitted Diseases".
Churchill-Livingstone, Edimburgh, 1981. pag. 217-228.

167.-RIORDAN T.,MACAULAY M.E.,JAMES J.M.,LEVENTHALL
P.A.,MORRIS E.M.,NEAL B.R.,ROWLAND J.,EVANS B.M.: " A
prospective study of genital infections in a family-planing
clinic.1. Microbiological findings and their association
with vaginal symptoms". Epidemiol. Infect. 1990;104:47-53.

168.-FOOTS A.C.,KRAUS S.J.:" Trichomoniasis vaginalis:
reevaluation of its clinical presentation and laboratory
diagnosis". J. Infect. Dis. 1980;141:137-139.

169.-LANGLEY J.G.,GOLDSMID J.M.,DAVIES N.:" Venereal
trichomoniasis: role of men". Genotourin. Med. 1987;63:264-
267.

170.-RAMACHANDRAN S.,NGEOW Y.F.:" The prevalence of
sexually transmitted diseases among prostitutes in
Malaysia". Genitourin. Med. 1990;66:334-336.

171.-WOLNER-HANSEN P.,KRIEGER J.N.,STEVENS C.E.,KIVIAT
N.B.,KOUTSKY L.,CRITCHLOW C.,DE ROUEN T.,HILLIER S.,HOLMES
K.K.:" Clinical Manifestations of vaginal Trichomoniasis".
J.A.M.A. 1989;261:571-576.

172.-ALBERICO S.,FACCA M.C.,DI BONITO L.,MILLO R.,CASACCIA
R.,MANDRUZZATO G.P.:" Frequency of cervico-vaginal
infections (Trichomonas vaginalis; Chlamydia trachomatis -
CHL-; herpes simplex virus -HSV-; human papilloma virus -
HPV-) in cervical intraepithelial neoplasia". Eur. J.
Gynaecol. Oncol. 1988;9:252-257.

173.-HILL L.V.:" Anaerobes and Gardnerella vaginalis in
non-specific vaginitis". Genitourin. Med. 1985;61:114-119

174.-RUMP R.C.,BUESCHING W.J.:" Bacterial vaginosis in virginal and sexually active adolescents females: evidence against exclusive sexual transmission". Am. J. Obstet. Gynecol. 1988; 158:935-939.

175.-O'DOWD T.C.,WEST R.R.,RIBEIRO C.D.,SMAIL J.E.,MUNRO J.A.:" Contribution of Gardnerella vaginalis to vaginitis in a general practice". Br. Med. J. 1986;292:1640-1642.

176.-WEST R.R.,O'DOWD T.C.,SMAIL J.E.:" Prevalence of Gardnerella vaginalis: an estimate" Br. Med. J. 1988; 296:1163-1164.

177.-GUINAN M.E.,WOLINSKY S.M.,REICHMAN R.C.:

" Epidemiology of genital herpes simplex virus infection". Epidemiol. Rev. 1985;7:127-146.

178.-BECKER T.M.,BLOUNT J.H.,GUINAN M.E.:" Genital herpes infections in private practice in the United States, 1966 to 1981". J.A.M.A. 1985;253:1601-1603.

179.-BECKER T.M.,STONE K.M.,CATES W. Jr.:"Epidemiology of genital herpes infections in the Unites States. The current situation". J. Reprod. Med. 1986;31:359-364.

180.-FRIEDRICH E.B.,BURCH K.,BAHR J.P.:" The vulvar clinic: an eight year appraisal". Am. J. Obstet. Gynecol. 1979;145:1036-1040.

181.-CHAPEL T.,BROWN N.J.,JEFFRIES C.:" The microbiological flora of penile ulcerations". Sex. Transm. Dis. 1980;7:16-20.

182.-BOGAERTS J.,RICART C.A.,VAN DYCK E.,PIOT P.:" The etiology of genital ulceration in Rwanda". Sex. Transm. Dis. 1989;16:123-126.

- 183.-MEDICAL NEWS: "Genital Herpes research: many aim to tame maverick virus", J.A.M.A. 1983;250:2417-2427.
- 184.-LAVERY H.A.,CONNOLLY J.H.,RUSSELL J.D.: "Incidence of herpes genitalis in Northern Ireland in 1973-1983 and herpes simplex types 1 and 2 isolated in 1982-4". Genitourin. Med. 1986;62:24-27.
- 185.-HASEGAWA T.,IZUMI S.,KURIHARA S.,ISHIZUKA Y.,ITO Y.,TAKECHI A.,TSUCHIYA M.: " Incidence of herpes infection of the uterine cervix observed in cytologic specimens in the Tokyo metropolitan area".Acta. Cytol. 1985;29:363-366.
- 186.-HINDLEY D.J.,ADLER M.W.: "Genital herpes: an increasing problem ? ". Genitourin. Med. 1985;61:56-58.
- 187.-KOCK K.F.,JOHANSEN P.: " Prevalence of condylomatous atypia and human papilloma virus antigen in cervical biopsies in 1972 and 1983". Acta Obstet. Gynecol. Scand. 1987;66:111-115.
- 188.-COGGIN J.,ZUR-HAUSEN H.: " Workshop on papilloma virus and cancer ". Cancer Res. 1979;39:545-549.
- 189.-GUILLET G.J.,BRAUN L.,MASSE R.,APTINOS J.,GENIAUX M.,TEXIER L.: "Bowenoid Papulosis, demonstration of Human Papillomavirus (HPV) with anti-HPV Immune Serum". Arch. Dermatol. 1984;120:514-516.
- 190.-CHUANG T-Y.,PERRY H.O.,KURLAND L.T.,ILSTRUP D.M.: " Condyloma Acuminatum in Rochester. Minn.1950-1978. II. Anaplasias and Unfavorable Outcomes". Arch. Dermatol. 1984;120:476-483.
- 191.-WRIGHT R.A.,JUDSON F.N., "Relative and seasonal incidences of the sexually trasnmitted diseases: A two-year

statistical review". Br. J. Vener. Dis. 1978; 54:433-440.

192.-SIN AUTOR: "Sexually transmitted diseases: extract from the annual report of the Chief Medical Officer of the Department of Health and Social Security for the year 1983". Genitourin. Med. 1985;61:204-207.

193.-SIN AUTOR: "Annual Report of the Chief Medical Officer of the department of Health and Social Security 1979: Sexually transmitted diseases". Br. J. Vener. Dis. 1981;57:402-405.

194.-SIN AUTOR. "Academic Department of Genitourinary Medicine of the Middlesex Hospital Medical School, the Communicable Surveillance Centre and the Communicable Diseases (Scotland) Unit: Sexually transmitted disease surveillance 1978". Br. Med. J. 1979;2:1375-1376.

195.-CHUANG T-Y., PERRY H.O., KURLAND L.T., ILSTRUP D.M.: "Condyloma Acuminatum in Rochester, Minn. 1950-1978. I. Epidemiology and Clinical features". Arch. Dermatol. 1984;120:469-475.

196.-BROSO P., PAGANI E.: "Collo dell'utero e infezioni da human papillomavirus. Attuali orientamenti". Minerva Ginecol. 1990;42:65-68.

197.-SYRJANEN K., HAKAMA M., SAARIKOSKI S., VAYRYNEN H., YLISKOSKI M., SYRJANEN S., KATAJA V., CASTREN O.: "Prevalence, incidence and estimated life-time risk of cervical human papillomavirus infections in a nonselected Finish female population". Sex. Transm. Dis. 1990;17:15-19.

198.-CHUANG T-Y.: "Condylomata acuminata (genital warts). An epidemiologic view". J. Am. Acad. Dermatol. 1987;16:376-

384.

199.-BARRASSO R.,DE BRUX J.,CROISSANT O.,ORTH G.:" High prevalence of papillomavirus-associated penile intraepithelial neoplasia in sexual partners of women with cervical intraepithelial neoplasia". N. Engl. J. Med. 1987;317:916-923.

200.-McMILLAN A.,BISHOP P.E.:" Clinical course of anogenital warts in men infected with human immunodeficiency virus". Genitourin. Med. 1989;65:225-228.

201.-HENRY M.J.,TANLEY M.W.,CRUIKSHANK S.,CARSON L.:" Association of human immunodeficiency virus-induced immunosuppression with human papillomavirus infection and cervical intraepithelial neoplasia". Am. J. Obstet. Gynecol. 1989;160:352-353.

202.-McRAE M.E.:" Scabies". Cutis. 1977;20:90-92.

203.-KIMCHI N.,GREEN M.S.,STONE D.:" Epidemiologic characteristics of scabies in the Israel defense Force". Int. J. Dermatol. 1989;28:180-182.

204.-HALL J.C.,BREWER J.H.,APPL B.A.:" Norwegian scabies in a patient with acquired immune deficiency syndrome". Cutis. 1989;43:325-329.

205.-JUCOWICS P.,RAMON M.E.,DON P.C.,STONE R.K.,BAMJI M.:" Norwegian scabies in an infant with acquired immunodeficiency syndrome". Arch Dermatol. 1989;125:1670-1671.

206.-SIRERA G.,RIUS F.,ROMEU J.,LLIBRE J.,SORIANO V.,TOR J.,FERRANDIZ C.,CLOTET B.:" Hospital outbreak of scabies stemming from two AIDS patients with Norwegian scabies".

Lancet. 1990;335:1227.

207.-NOGUEIRA J.M.,BUESA F.J.,PRAT J.,GARCIA DE LOMAS M.,SILVESTRE A.,VILATA J.J.,GARCIA DE LOMAS J.: "Infecciones urogenitales no gonocócicas: etiología". Med. Cutan. Ibero. Lat. Am. 1985;13:65-70.

208.-MILLER B.R., SPARRE-JRGENSEN A.,FROM E.,STENDERUP A.: "Chlamydia, mycoplasmas, ureaplasmas, and yeasts in the lower genital tract of females. Comparison between a group attending a venereal disease clinic and a control group". Acta Obstet. Gynecol. Scand. 1985;64:145-149.

209.-HAWKINS D.A.,FONTAINE E.A.,THOMAS B.J.,BOUSTOULLER Y.L.,TAYLOR-ROBINSON D.: "The enigma of non-gonococcal urethritis: role for Bacteroides ureolyticus". Genitourin. Med.1988;64:10-13.

210.-HERNANDEZ-AGUADO I.,ALVAREZ-DARDET C.,GILI M.,PEREA E.J.,CAMACHO F.: "Oral sex as a risk factor for Chlamydia-negative ureaplasma-negative nongonococcal urethritis". Sex. Transm. Dis. 1988;15:100-102.

211.-ALEXANDER-RODRIGUEX T.,VERMUND S.H.: "Gonorrhea and syphilis in incarcerated urban adolescents: prevalence and physical signs". Pediatrics.1987;80:561-564.

212.-STROOBANT A.,PIOT P.,MEHEUS A.,FONTAINE J.: "Les uretrites chez l'homme en Belgique. Resultats de l'enregistrement par un reseau de medecins generalistes". Rev. Epidemiol. Sante.Publique. 1985;33:432-436.

213.-QUINN R.W.,O'REILLY K.R.: "Contraceptive practices of women attending the Sexually Transmitted Disease Clinic in Nashville, Tennessee". Sex. Transm. Dis. 1985;12:99-

102.

214.-SHAFER M.A., SWEET R.L., OHM-SMITH M.J., SHALWITZ J., BECK A., SCHACHTER J.: " Microbiology of the lower genital tract in postmenarchal adolescent girls: differences by sexual activity, contraconception, and presence of nonspecific vaginitis". J. Pediatr. 1985;107:974-981.

215.-MOSHER W.D., ARAL S.O.: " Factors related to infertility in the United States, 1965-1976". Sex. Transm. Dis. 1985;12:117-123.

216.-ERNST R.S., HOUTS P.S.: " Characteristics of gay persons with sexually transmitted disease". Sex. Transm. Dis. 1985;12:59-63.

217.-MORAN J.S., ARAL S.O., JENKINS W.C., PETERMAN T.A., ALEXANDER E.R.: " The impact of sexually transmitted diseases on minority populations". Public Health Rep. 1989;104:560-565.

218.-McEVOY B.F., LE FURGY W.G.: " A 13-year longitudinal analysis of risk factors and clinic visitation patterns of patients with repeated gonorrhoea". Sex. Transm. Dis. 1988;15:40-44.

219.-UPCHURCH D.M., BRADY W.E., REICHAERT C.A., HOOK E.W.: "Behavioral contributions to acquisition of gonorrhoea in patients attending an inner city sexually transmitted disease clinic". J. Infect. Dis. 1990;161:938-941.

220.-PHILLIPS R.S., HANFF P.A., WERTHEIMER A., ARONSON M.D.: " Gonorrhoea in women seen for routine gynecologic care: criteria for testing". Am. J. Med. 1988;85:177-182.

221.-D'COSTA L.J., PLUMMER F.A., BOWMER I., FRANSEN L., PIOT

P., RONALD A.R., NSANZE H.: "Prostitutes are a major reservoir of sexually transmitted diseases in Nairobi, Kenya". *Sex. Transm. Dis.* 1985;12:64-67.

222.-WILLMOT F.E.: "Mucopurulent cervicitis: a clinical entity?". *Genitourin. Med.* 1988;64:169-171.

223.-LOUV W.C., AUSTIN H., PERLMAN J., ALEXANDER W.J.: "Oral contraceptive use and the risk of chlamydial and gonococcal infections". *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1989;160:396-402.

224.-BRADBEER C.S., THIN R.N., TANT T., THIRUMOORTHY T.: "Prophylaxis against infection in Singaporean prostitutes". *Genitourin. Med.* 1988;64:52-53.

225.-TALBOT M.D., KINGHORN G.R.: "Epidemiology and control of gonorrhoea in Sheffield". *Genitourin. Med.* 1985;61:230-233.

226.-LEE C.B., BRUNHAM R.C., SHERMAN E., HARDING G.K.: "Epidemiology of an outbreak of infectious syphilis in Manitoba". *Am. J. Epidemiol.* 1987;125:277-283.

227.-THIRUMOORTHY T., LEE C.T., LIM K.B.: "Epidemiology of infectious syphilis in Singapore". *Genitourin. Med.* 1986;62:75-77.

228.-ANDRUS J.K., FLEMING D.W., HARGER D.R., CHIN M.Y., BENNETT D.V., HORAN J.M., OXMAN G., OLSON B., FOSTER L.R.: "Partner notification: can it control epidemic syphilis?". *Ann. Intern. Med.* 1990;112:539-543.

229.-LANDRUM S., BECK-SAGUE C., KRAUS S.: "Racial trends in syphilis among men with same-sex partners in Atlanta, Georgia". *Am. J. Public Health.* 1988;78:66-67.

230.-HAHN R.A., MAGDER L.S., ARAL S.O., JOHNSON R.E., LARSEN

- S.A.: " Race and the prevalence of syphilis seroreactivity in the United States population: a national sero-epidemiologic study". Am. J. Public Health 1989;79:467-470.
- 231.-SCHMIDT H.,JRGENSEN A.S.,PETERSEN H.O.:" An epidemic of syphilis among homosexuals and bisexuals". Acta derm. Venerol. Suppl. (Stockholm) 1985;120:65-67.
- 232.-MINDEL A.,TOVEY S.J.,WILLIAMS P.: "Primary and secondary syphilis, 20 years' experience. I. Epidemiology". Genitourin. Med. 1987;63:361-364.
- 233.-NSOFOR B.I.,BELLO C.S.,EKWEMPU C.C.: " Sexually transmitted disease among women attending a family planning clinic in Zaria, Nigeria". Int. J. Gynaecol. Obstet. 1989;28:365-367.
- 234.-GOLDEN N.,HAMMERSCHLAG M.,NEUHOFF S.,GLEYZER A.: " Prevalence of Chlamydia Trachomatis cervical infection in female adolescents ". Am. J. Dis. Child. 1984;138:562-564.
- 235.-MULCAHY F.M.,LACEY C.J.:" Sexually transmitted infections in adolescent girls". Genitourin. Med. 1987;63:119-121.
- 236.-CHAMBERS C.V.,SHAFER M.A.,ADGER H.,OHM-SMITH M.,MILLSTEIN S.G.,IRWIN C.E.Jr., SCHACHTER J.,SWEET R.: " Microflora of the uretra in adolescent boys; relationships to sexual activity and nongonococcal urethritis". J.Pediatr. 1987;110:314-321.
- 237.-McCORMACK W.M.,ROSNER B.,McCOMB D.E.,EVRARD J.R.,ZINNER S.H.: "Infection with Chlamydia trachomatis in female college students". Am. J. Epidemiol. 1985;121:107-115.

- 238.-RUIJS G.J.,SCHUT I.K.,SCHIRM J.,SCHRODER F.P.: "Prevalence, incidence, and risk of acquiring urogenital gonococcal or chlamydial infection in prostitutes working in brothels". *Genitourin. Med.* 1988;64:49-51
- 239.-REEVES W.C.,QUIROZ E.: "Prevalence of sexually transmitted diseases in high-risk women in the Republic of Panama". *Sex. Transm. Dis.* 1987;14:69-74.
- 240.-WLNER-HANSSEN P.,ESCHENBACH D.A.,PAAVONEN J.,KIVIAT N.,STEVENS C.E.,CRITCHLOW C.,DEROUEN T.,HOLMES K.K.: "Decreased risk of symptomatic chlamydial pelvic inflammatory disease associated with oral contraceptive use". *J.A.M.A.* 1990;263:54-59.
- 241.-HILL L.V.,LUTHER E.R.,YOUNG D.,PEREIRA L.,EMBIL J.A.: "Prevalence of lower genital tract infections in pregnancy". *Sex. Transm. Dis.* 1988;15:5-10.
- 242.-McCORMACK W.M.,ROSNER B.,ALPERT S.,EVRARD J.R.,CROCKETT V.A.,ZINNER S.H.: "Vaginal colonization with *Mycoplasma hominis* and *Ureaplasma urealyticum*". *Sex. Transm. Dis.* 1986;13:67-70.
- 243.-NAYYAR K.C.,CUMMINGS M.,WEBER J.,BENES S.,STOLZ E.,FELMAN Y.,McCORMACK W.M.: "Prevalence of genital pathogens among female prostitutes in New York City and in Rotterdam". *Sex. Transm. Dis.* 1986;13:105-107.
- 244.-CAVICCHINI S.,BIFFI M.R.,BREZZI A.,ALESSI E.: "Mycoplasma hominis and Ureaplasma urealyticum. Comparison of media for isolation and prevalence among patients with nongonococcal nonchlamydial genital infections". *G. Ital. Dermatol. Venereol.* 1989;124:321-324.

- 245.-FOXMAN B.:" The epidemiology of vulvovaginal candidiasis : risk factors". Am. J. Public Health 1990;80:329-331.
- 246.-FRIEDRICH E.G. Jr.:" Vaginitis". Am. J. Obstet. Gynecol. 1985;152:247-251.
- 247.-ENWEANI I.B., OGBONNA C.I., KOZAK W.:"The incidence of candidiasis amongst the asymptomatic female students of the University of Jos, Nigeria". Mycopathologia 1987;99:135-141.
- 248.-SOBEL J.D.:" Pathogenesis and epidemiology of vulvovaginal candidiasis". Ann.N.Y.Acad.Sci. 1988;544:547-557.
- 249.-REED B.D., HUCK W., ZAZOVE P.:" Differentiation of Gardnerella vaginalis, Candida albicans, and Trichomonas vaginalis infections of the vagina" J.Fam.Pract. 1989;28:673-680.
- 250.-WOOLLEY P.D., BOWMAN C.A., KINGHORN G.R.:" Prostitution in Sheffield: differences between prostitutes". Genitourin. Med. 1988;64:391-393.
- 251.-HERNANZ J.M., CLAVO I., MENENDEZ B., JAREÑO H., MOYA D., JOVER J.:" Urethritis por Trichomonas vaginalis en el varón. Epidemiología". Med. Cut. Ibero. Lat. Am. 1987;15:213-216.
- 252.-HANSEN J.G., SCHMIDT H.:" Vaginal discharge and Gardnerella vaginalis. Predisposing factors". Scand. J. Prim. Health Care. 1985;3:141-143.
- 253.-CAPPA F., DI STEFANO L., CEDDIA T., D'ALFONSO A., CIALFI R., GIOIA G.C., POZZI V.:" Contraccezione e Gardnerella

- vaginalis. Prima indagine sulla popolazione Italiana".
Ninerva Ginecol. 1989;41:141-143.
- 254.-BHALLA P.,REWARI N.,CHADHA P.: " Gardnerella vaginalis
vaginitis in Cu T 200 users". Indian J. Med. Res.
1989;89:80-86.
- 255.-JOHNSON R.E.,NAHMIAS A.J.,MAGDER L.S.,LEE F.K.,BROOKS
C.A.,SNOWDEN C.B.: " A seroepidemiologic survey of the
prevalence of herpes simplex virus type 2 infection in the
United States". N. Engl. J. Med. 1989;321:7-12.
- 256.-MELE A.,FRANCO E.,CAPRILLI F.,GENTILI G.,CAPITANIO
B.,CRESCIMBENT E.,DI NAPOLI A.,ZARATTI L.,CONTI S.,CORONA
R.: " Genital herpes infection in outpatients attending a
sexually transmitted disease clinic in Italy". Eur. J.
Epidemiol. 1988;4:386-388.
- 257.-KNOX S.R.,COREY L.,BLOUGH H.A.,LERNER A.M.:
" Historical findings in subjects from a high socioeconomic
groups who have genital infections with herpes simplex
virus". Sex. Transm. Dis. 1982;9:15-20.
- 258.-KJAER S.K.,ENGHOLM G.,TEISEN C.,HAUGAARD B.J.,LYNGE
E.,CHRISTENSEN R.B.,MLLER K.A.,JENSEN H.,POLL
P.,VESTERGAARD B.F.: " Risk factors for cervical human
papillomavirus and herpes simplex virus infections in
Greenland and Denmark: a population-based study". Am. J.
Epidemiol. 1990;131:669-682.
- 259.-WRIGHT R.A.,JUDSON F.N.: " Relative and seasonal
incidences of the sexually transmitted diseases".
Br.J.Vener.Dis. 1978;54:433-440.
- 260.-SADOUL G.,BEURET T.: " Analyse d'une serie continue de

- 421 condylomes genitaux, *Epidemiologie et diagnostic*". *J. Gynecol.Obstet. Biol. Reprod. (Paris)*, 1985;14:721-732.
- 261.-FIUMARA N.J.,WAGNER R.F.:" Perianal Bowen's disease associated with anorectal warts: a case report". *Sex. Transm.Dis.* 1987;14:58-60.
- 262.-BEURET T.,SADOUL G.,FARI A.,IONESCO M.,DE BRUX J.:" Etude epidemiologique comparative entre 120 patientes atteintes de lesion condylomateuse et 120 patientes temoins". *J. Gynecol.Obstet.Biol. Reprod. (Paris)*. 1987;16:555-564.
- 263.-BRISSON J.,ROY M.,FORTIER M.,BOUCHARD C.,MEISELS A.:" Condyloma and intraepithelial neoplasia of the uterine cervix: a case-control study". *Am J. Epidemiol.* 1988;128:337-342.
- 264.-BREMOND A.,MAMELLE N.,LAUMON B.,AKNIN D.:" Facteurs de risque de condylomes. Etude cas-temoins". *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris)* 1989;18:701-706.
- 265.-KJAER S.K.,POLL P.,JENSEN H.,ENGHOLM G.,HAUGAARD B.J.,TEISEN C.,CHRISTENSEN R.B.,MOLLER K.A.,VESTERGAARD B.F.,DE VILLIERS E.M.:" Abnormal papanicolau smear. A population-based study of risk factors in Greenlandic and Danish women". *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 1990;69:79-86.
- 266.-ARMSTRONG B.K.,ALLEN O.V.,BRENNAN B.A.,FRUZYNSKI I.A.,DE KLERK N.H.,WATERS E.D.,MACHIN J.,GOLLOM M.H.:" Time trends in prevalence of cervical cytological abnormality in women attending a sexually transmitted diseases clinic and their relationship to trends in sexual activity and specific infections". *Br. J. Cancer.* 1986;54:669-675.

267.-GAL A.A.,MEYER P.R.,TAYLOR C.R.:" Papillomavirus antigens in anorectal condyloma and carcinoma in homosexual men". J.A.M.A. 1987;257:337-340.

268.-DALING J.R.,SHERMAN K.J.,WEISS N.S.:" Risk factors for condyloma acuminatum in women". Sex. Transm. Dis. 1986;13:16-18.

269.-NASH G.,ALLEN W.,NASH S.:" Atypical lesions of the anal mucosa in homosexual men". J.A.M.A. 1986;256:873-876.

270.-DALING J.R.,WEISS N.S.,HISLOP T.G.,MADEN C.,COATES R.J.,SHERMAN K.J.,ASHLEY R.L.,BEAGRIE M.,RYAN J.A.,COREY L.:" Sexual practices,sexually transmitted diseases, and the incidence of anal cancer". N.Engl.J.Med. 1987;317:973-977.

271.-VALLE S.L.:" Sexually transmitted diseases and the use of condoms in a cohort of homosexual men followed since 1983 in Finland". Scand. J. Infect. Dis. 1988;20:153-161.

272.-FUNAKI B.,ELPERN D.J.:" Scabies epidemiology, Kauai, Hawaii, 1981-1985". Int. J. Dermatol. 1987;26:590-592.

273.-BEDOYA J.M. Jr.:" Sifilis en embarazo y congénita. Casos declarados en España en 1985". Tokoginecol. Pract. 1987;46:469-471.

274.-HERNANDEZ-AGUADO I.,FERNANDEZ GARCIA E.,ALVAREZ-DARDET C.:" Enfermedades de Transmisión Sexual en España, aún estamos a tiempo". Revista Ibero-Latinoamericana de E.T.S. 1987;1:37-43.

275.-CAPDEVILLA GAYA J.M.:" Epidemiología de las E.T.S. en España. Referencia a la situación comparada con Europa y Estados Unidos. Actas Dermo-Sif.1983;74:363-365.

- 276.-BOSCH SANCHEZ S.,VANACLOCHA LUNA H.,GUIRAL RODRIGO S.,MOYA GARCIA C.,HERNANDEZ AGUADO I.,ALVAREZ DARDET C.:" Programa de mejora de la calidad de la información epidemiológica en Enfermedades de Transmisión Sexual". Med. Clin. (Barcelona). 1988;90:229-232.
- 277.-MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: " Vigilancia epidemiológica de la Sífilis e Infección Gonocócica. España 1985-1989". Bol. Epidem. Sem. 1990;1854:41-42.
- 278.-MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO:" Comentario epidemiológico de las Enfermedades de Declaración Obligatoria Nacional. Año 1989". Bol. Epidem. Sem. 1990;1851:1-5
- 279.-COMUNIDAD DE MADRID.:" Notificación numérica de Enfermedades de Declaración Obligatoria en la C.A.M. Años 1986-88". Bol. Epidem.del Serv. Reg. de Salud. 1989;3:29-33.
- 280.- COMUNIDAD DE MADRID.:" Notificación numérica de Enfermedades de Declaración Obligatoria en la Comunidad de Madrid. Año 1989". Bol. Epidem. del Serv. Reg. de Salud. 1990; 1:163-166.
- 281.-COMUNIDAD DE MADRID.:"Casos notificados de Enfermedades de Declaración Obligatoria". Bol. Epidem. del Serv. Reg. de Salud. 1991;2:5-10.
- 282.-ALCON C.,VALVERDE J.,GALAN J.M.,LUENGO S.,HERNANDEZ F.,REGODON A.,TENO P.:" Estudio estadístico y epidemiológico sobre gonococia en la Residencia Sanitaria de Cáceres". Toko-Ginecologia Practica. 1981;40:209-214.
- 283.-GONZALEZ V.,ALVAREZ-DARDET C.,RODRIGUEZ PICHARDO

- A.,CAMACHO F.,PEREA E.J.:" Infección gonocócica en el varón". Med.Clin. (Barcelona) . 1983;81:893-887.
- 284.-HAZUECOS J.,PRADOS R.,HERRERA A.,PEREA E.,CAMACHO F. :
" Dos años de infección gonocócica en Sevilla".
Comunicación en la V Reunión Nacional del Grupo Español de
Investigación de E.T.S. Barcelona.30-X-1987.
- 285.-ZUZUARREGUI M.,AYLLON R.,GARCIA-ARENZANA J.M.,PEREZ
TRALLERO E.,UGALDE F.J.:" Gonococia en la mujer. Factores
que influyen en su incidencia". Revist. Español. Obstet.
Ginecol. 1984;41:608-614.
- 286.-MOYA GONZALEZ M.D.,DE LA LOMA DANILOVA A.,MENENDEZ
B.,HERNANZ HERMOSA J.M.,JAREÑO BONILLA M.,CLAVO ESCRIBANO
I.:" Perfil socio-cultural de pacientes varones
diagnosticados de Uretritis Gonocócica en un centro
sanitario de ETS". Actas Dermosifiliogr. 1989;80:374-376.
- 287.-HERNANZ HERMOSA J.M.,CLAVO ESCRIBANO I.,MENENDEZ
PRIETO B.,MOYA GONZALEZ D.,JAREÑO BONILLA M.,CASANOVA SEUMA
J.M.: "Infección gonocócica por gonococo productor de
penicilinas. Epidemiología". Actas Dermosifiliogr.
1986;77:643-646.
- 288.-MORENO GIMENEZ J.C.,RODRIGUEZ PICHARDO A.,HERNANDEZ
AGUADO I.,ALVAREZ DARDET C.,PEREA PEREZ E.J.,CAMACHO
MARTINEZ F.: "Uretritis por gonocococos beta lactamasa. A
propósito de 2 observaciones". Actas Dermosifiliogr.
1982;73:295-299.
- 289.-HERNANZ HERMOSA J.M.,FERNANDEZ LOPEZ P.,VERA CASAÑO
A.,MENENDEZ RAMOS F.: " Estudio epidemiológico de la
Sífilis en un año en el Dispensario Martínez Anido de la

Comunidad de Madrid". Actas Dermosifiliogr. 1989;80:149-156.

290.-GARCIA MATA R.M., GARCIA MATA J.R., ZUBIRI A., DE LAS OBRAS-LOSCERTALES J.M., PASTOR J.A.: " Estudio epidemiológico de la sífilis contagiosa en el Dispensario Dermatológico de Zaragoza. Años 1975-1978". Actas Dermosifiliogr. 1980;71:461-471.

291.-CAUNEDO GARCIA J.M.: " Sífilis: Estudio estadístico del Dispensario Dermatológico de la Lucha Antivenérea de Leon". Actas Dermosifiliogr. 1983;74:376-377.

292.-BERRON S., VAZQUEZ J.A., FENOLL A.: " Incidencia de Chlamydia trachomatis en infección genital en el area de Madrid". Enfem. Infecc. Microbiol. Clin. 1988;6:186-189.

293.-DE ARCOS DE LA PLAZA M.: " Cervicitis chlamydiae". Acta Ginecologica. 1984;41:17-32.

294.-FERNANDEZ CORONA A., FERNANDEZ DIEZ M., FERRER BARRIENDOS F.J., HURTADO FERNANDEZ E.: " Determinantes de la infección Genital Clamidia en mujeres". Rev. Esp. Obstet. Ginecol. 1989;48:107-117.

295.-BEDOYA J.M., DE MIGUEL C., LOPEZ VILLAVARDE V., PEREA E.J.: " Chlamydia trachomatis en relación con las cervicitis". Tokoginecol. Pract. 1983;42:291-294.

296.-HERNANDEZ AGUADO I., DE MIGUEL C.: " Chlamydia trachomatis y enfermedades venéreas". Actas Dermosifiliogr. 1983;74:365-366.

297.-PEREA E.J.: " Uretritis no gonocócica y Uretritis de etiología desconocida". Med. Clin.(Barcelona) 1984;83:849-851.

- 298.-PEREZ GONZALEZ R., GONZALEZ CARRERA E., MILLAN PALOMINO J.C., GASPAR NIETO P., BLANCO J., PEREZ J., ARBUES LA CADENA J.: "Incidencia de la infección por Chlamydia trachomatis y otras infecciones vaginales en las gestantes". Tokoginecol. Pract. 1989;48:9-13.
- 299.-VILATA J.J., NOGUEIRA J.M., CORNEJO P.J., GARCIA DE LOMAS J., ALIAGA A., PRAT J.: " Mycoplasma. en infecciones urogenitales". Actas Dermosifiliogr. 1984;75:415-419.
- 300.-VILATA CORELL J.J.: " Mycoplasmas y ETS". Actas Dermosifiliogr. 1983;74:368-369.
- 301.-REMOHI J., LEGUA V., MOLERO M.D., MARTIN P., MARTINEZ M.J.: " Incidencia de ETS y alteraciones ginecológicas en la población reclusa femenina valenciana durante el primer trimestre de 1986". Tokoginecol. Pract. 1987;46:333-336.
- 302.-NOGUEIRA J.M., GARCIA DE LOMAS M., BUESA F.J., PRAT J., SILVESTRE A., GARCIA DE LOMAS J.: " Trichomoniasis Vaginal: estudio clínico microbiológico ". Rev. Espa. Obstet. Ginecol. 1984;43:527-531.
- 303.-SANCHIS-BAYARRI VAILLANT V., TEJADA GONZALEZ P.: " Contribución al estudio de la epidemiología del virus herpes tipo 2". Med. Clin.(Barcelona). 1983;80:875-878.
- 304.-AZNAR MARTIN J.: "Epidemiología del Herpes genital". Comunicación. III Reunión Nacional del Grupo Español Investigación E.T.S. Sevilla. 11-X-1985.
- 305.-FERRANDIZ C.- "Herpes genital recurrente" Med. Clin.(Barcelona). 1986;86:285-288.
- 306.-LOMAS M., AZNAR J., RODRIGUEZ PICHARDO A., PEREA E.: " Estudio clínico-epidemiológico del Herpes Genital en

- pacientes atendidos en una clínica de Enfermedades de Transmisión Sexual". *Enferm. Infecc. Microbiol. Clin.* 1988;6:177-182.
- 307.-GABINETE DE ESTUDIOS SOCIOLOGICOS BERDARD KRIEF.: "Estudio Sociológico. Libro Blanco. El Herpes en España". Centro de Estudios Wellcome-España. Madrid, 1986. págs.49-55.
- 308.-ARANA M.,ALVAREZ M.,ALAVA J.A.,MARTIN G.,ESTEBAN V.,ALAYO A.,CISTERNA R.: " Diagnóstico Viroológico del Herpes Genital en nuestro medio". *Enferm. Infecc. Microbiol. Clin.* 1988;6:183-185.
- 309.-AZNAR J.: "Infecciones genitales por Papilomavirus (edit.)". *Enferm. Infecc. Microbiol. Clin.* 1989;7:183-185.
- 310.-HERRERA SAVAL A.,HERNANDEZ AGUADO I.,PRADOS R.,RODRIGUEZ PICHARDO A., CAMACHO F.: "Condilomas Acuminados. Estudio epidemiológico". Comunicación III Reunión del Grupo Español para la Investigación en E.T.S. Sevilla. 11-X-1985.
- 311.-ARICETA J.M.,MATORRAS R.,ALONSO M.,MONTROYA F.,DIEZ J.,GUTIERREZ DE TERAN G.,MARTIN M.,MATIA J.C.,RODRIGUEZ ESCUDERO F.J.: "Condilomatosis vulvar y Condilomatosis cervical: Epidemiología comparativa". *Tokoginecol. Pract.* 1989;48:468-472.
- 312.-ARNEDO GRIFOLL A.L.,SANCHEZ GARAZO J.L.,PERIS TOMAS A.,VILATA CORELL J.J.:" Estudio epidemiológico clínico y terapéutico de nuestra casuística de Condyloma acuminata". *Actas Dermosifiliogr.* 1985;76:110-111.
- 313.-PARRA I.,GARCIA J.,VILAR F.,COVISA A.,GARCIA A.,BOSCH

J.M.: "Epidemiología de las infecciones por papilomavirus humano en el centro de control de Salud II Marques del Turia". Rev. Esp. Obstet. Ginecol. 1987;46:421-428.

314.-GRUPO ESPAÑOL PARA LA INVESTIGACION DE LAS E.T.S.:

" Encuesta clínica para pacientes con E.T.S.". Boletín Informativo del Grupo Español para la Investigación de las Enfermedades de Transmisión Sexual. 1984;1:17-22.

315.-LANDIS S.J., STEWART I.O., CHERNESKY M.A., MAHONY J.B., CUNNINGHAM A.I., GRENIER-LANDIS M.N., SEIDELMAN W.E.:" Value of the gram-stained urethral smear in the management of men with urethritis". Sex. Transm. Dis. 1988;15:78-84.

316.-HARE M.J.:" Comparative assesment of microbiological methods for the diagnosis of gonorrhoea in women" Br. J. Vener. Dis. 1974;50:437-442.

317.-ESCHENBACH D.A., HILLIER S.L.:" Advances in diagnostic testing for vaginitis and cervicitis". J. Reprod. Med. 1989;34:555-564.

318.-WALLIN J., SIEGEL M.S.:" Pharyngeal Neisseria gonorrhoeae: Colonizer or pathogen ? ". Br. J. Med. 1979;1:1482.

319.-WIESNER P.J.:" Gonococcal pharyngeal infection". Clin. Obstet. Gynecol. 1975;18: 121-124.

320.-CATALAN F., SEDNAOUI P.:" Aspectos actuales en el diagnóstico de las enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.),(Revisión de infecciones gonocócicas, por clamidias y mycoplasmas)". Revista Ibero-Latinoamericana de E.T.S. 1987;1:25-36.

321.-CAPDEVILA GAYA J.M., BOU CAMPS D.:" Sífilis.

Diagnóstico de laboratorio y tratamiento". Boletín Informativo del Grupo Español para la Investigación de Enfermedades de Transmisión Sexual. 1987;4:10-14.

322.-FIUMARA N.J.:" Treatment of primary and secondary Syphilis. Serological response". J.A.M.A. 1980;243:2500-2502.

323.-MCGREW B.E., LANTZ M.A.:"Quantitative automated reagin test for syphilis".Am. J. Med. Technol. 1970;38:1-4.

324.-GOLDMAN J.N.,LANZ M.A.:" FTA-ABS and VDRL slide test reactivity in a population of nuns". J.A.M.A. 1971;217:53-55.

325.-BAERTSCHY D.,GOLUBJATNIKOV R.,STEADMAN M.,INHORN S.L.:" Serologic study of specimens with borderline FTA-ABS test reactivity". Health Lab. Scien. 1977;14:177-182.

326.-INFORME DE UN GRUPO CIENTIFICO DE LA O.M.S.:"Treponematosis".Serie de informes técnicos 674. Organización Mundial de la Salud.1982.pág.37-38.

327.-PHILLIPS L.E.,GOODDRICH K.H.,TURNER R.M.,FARO S.:" Isolation of Mycoplasma species and Ureaplasma urealyticum from obstetrical and gynecological patients by using commercially available medium formulations". J. Clin. Microbiol. 1988;24:377-379.

328.-LLORET CANO ::" Infecciones Genitales por Chlamydias".Boletín Informativo del Grupo Español para la Investigación de las Enfermedades de Transmisión Sexual. 1984;1:21-26.

329.-COLEMAN P.,VARITEK V.,MUSHAHWAR I.K.,MARCHLEWICZ B.,SAFFORD J.,HANSEN J.,KURPIEWSKI G.,GRIER T.:" TestPack

Chlamydia, a new rapid assay for the direct detection of Chlamydia trachomatis ". J. Clin. Microbiol. 1989;27:2811-2814.

330.-HOWARD L.V.,COLEMAN P.F.,ENGLAND B.J.,HERRMANN J.E.: "Evaluation of Chlamydiazyme for the detection of genital infections caused by Chlamydia trachomatis". J. Clin. Microbiol. 1986;23:329-332.

331.-BERRON S.,FENOLL A.,VAZQUEZ J.A.:" Diagnosis of Chlamydia trachomatis with microtrak direct specimen test. Comparison with cell culture method". Eur. J. Sex. Transmit. Dis. 1986;3:153-156.

332.-BERRON S.,VAZQUEZ J.A., MENENDEZ B.,FENOLL A.:" Diagnóstico rápido de Chlamydias trachomatis por enzimoinmunoanálisis (Chlamydiazyme) en comparación con fluorescencia directa (Microtrak)". Enf. Inf. Microbiol. Clin. 1987;5:382-385.

333.-TJAM K.H.,VAN HEIJST B.Y.,VAN ZUUREN A.,WAGENVOORT J.H.,VAN JOOST T.,STOLZ E.,MICHEL M.F.:" Evaluation of an enzyme immunoassay for the diagnosis of chlamydial infections in urogenital specimens". J. Clin. Microbiol. 1986;23:752-754.

334.-SPIEGEL C.A.:" Vaginitis / Vaginosis". Clin. Lab. Med. 1989;9:525-533.

335.-FERNANDEZ-CID FENOLLERA A.: " Vaginitis por protozoos: Vaginitis por "Trichomonas vaginalis" ". En Fernandez-Cid Fenollera A. Vaginitis más frecuentes diagnóstico y tratamiento. Salvat Editores S.A. Barcelona. 1985. pág. 77-86.

336.-MICHALOWSKI R.: "Balano-posthites a Trichomonas. A propos de 16 observations". ann. Dermatol. Venereol. (Paris) 1981;108:731-738.

337.-SCHULTZ R.E.,SKELTON H.G.:" Value of acetic acid screening for flat genital condylomata in men". J. Urol. 1988;139:777-779.

338.-HOLMES K.K.:"Lower genital tract infections in women: Cystitis / Urethritis, Vulvovaginitis and Cervicitis". En: Holmes K.K.,Mardh P-A.,Sparling P.F.,Wiesner P.J.: Sexually Transmitted Diseases. McGraw-Hill Book Co. New York. 1984. pág.557-589.

339.-MARQUEZ-DAVILA G.,MARTINEZ-BARREDA C.E.:" Predictive value of the "clue cells" investigation and the amine volatilization test in vaginal infections caused by Gardnerella vaginalis". J. Clin. Microbiol. 1985;22:686-687.

340.-ANDREU A.,RAMIREZ A.:" Diagnóstico de Laboratorio de la Vaginosis Bacteriana". Comunicación V Reunión Nacional del Grupo Español para la Investigación en Enfermedades de Transmisión Sexual. Barcelona 30-XI-1987.

341.-SCHMIDT H.,HANSEN J.:" Diagnostic value of clininical examination, direct microscopy, and culture in the Gardnerella vaginalis syndrome". Scand. J. Prim. Health. Care. 1985;3:145-149.

342.-NOGUEIRA J.M.,VILATAJ.J.:" Métodos de diagnóstico de laboratorio y terapéuticos de las enfermedades de transmisión sexual de etiología vírica. Estudio crítico y puesta al día". Boletín Informativo del Grupo Español para

la Investigación en Enfermedades de Transmisión Sexual.
1987;4:8-10.

343.-OBERHOFER T.R.,BACK A.E.:" Isolation and cultivation
of Haemophilus ducreyi". J. Clin. Microbiol. 1982;15:625-
629.

344.-CARRASCO DE LA PEÑA J.L.:" El método estadístico en la
investigación médica".Editorial Karpos S.A.1982. Madrid.