

Conceptos Generales sobre las Enfermedades Venéreas

Organización y Programas de Acción del
Departamento de Lucha Antivenérea

Por

Dr. Jorge de Mézerville Quirós *

(Resumen de una conferencia, dictada en un curso
de adiestramiento de Salud Pública, para médicos)

I) Objetivos:

Control de las enfermedades venéreas por medio de la educación y la propaganda ejercidas durante mucho tiempo y la acción rápida que ofrece la epidemiología sobre estas enfermedades y, procurar así generaciones de personas sanas y que sean útiles a la sociedad. También la función asistencial médica, es preventiva, porque elimina, al tratar a un enfermo una nueva fuente de contagio.

II.) Conceptos generales sobre enfermedades venéreas, sobre todo en cuanto a SIFILIS y GONORREA.

Las principales enfermedades venéreas son la Sífilis y la Gonorrea, las Uretritis no Gonocócicas, el Chancro Blando, la Enfermedad de Nicolás y Favre, el Granuloma Inguinal y luego Herpes Genital, Papilomas, Balanitis, etc.

La Enfermedad de Nicolás y Favre y el Granuloma Inguinal han disminuído mucho en número, en Costa Rica nunca se ha constatado un caso de Granuloma Inguinal desde que se conocen los antibióticos. En cambio la Gonorrea ha continuado con una incidencia crecida, sea porque hay cepas de Gonococos penicilino-

* Director del Departamento de Lucha Antivenérea.

resistentes o sea también porque muchas gonorreas se transforman al poco tiempo, en Uretritis no Gonocóccicas que a veces no se sabe atribuirles, si a un origen viral, o si el elemento en causa es el *Estafilococcus Aureus*. En cuanto a la Sífilis, desde 1957 hasta el presente la incidencia ha ido aumentando, a pesar de que contamos en la actualidad con tratamientos efectivos, pero que desgraciadamente, y esto se estudió de un modo exhaustivo, en el Forum sobre la Sífilis y otras Treponematosis, celebrado en setiembre de 1962 en la Ciudad de Washington D. C., se debe a varios factores, como son:

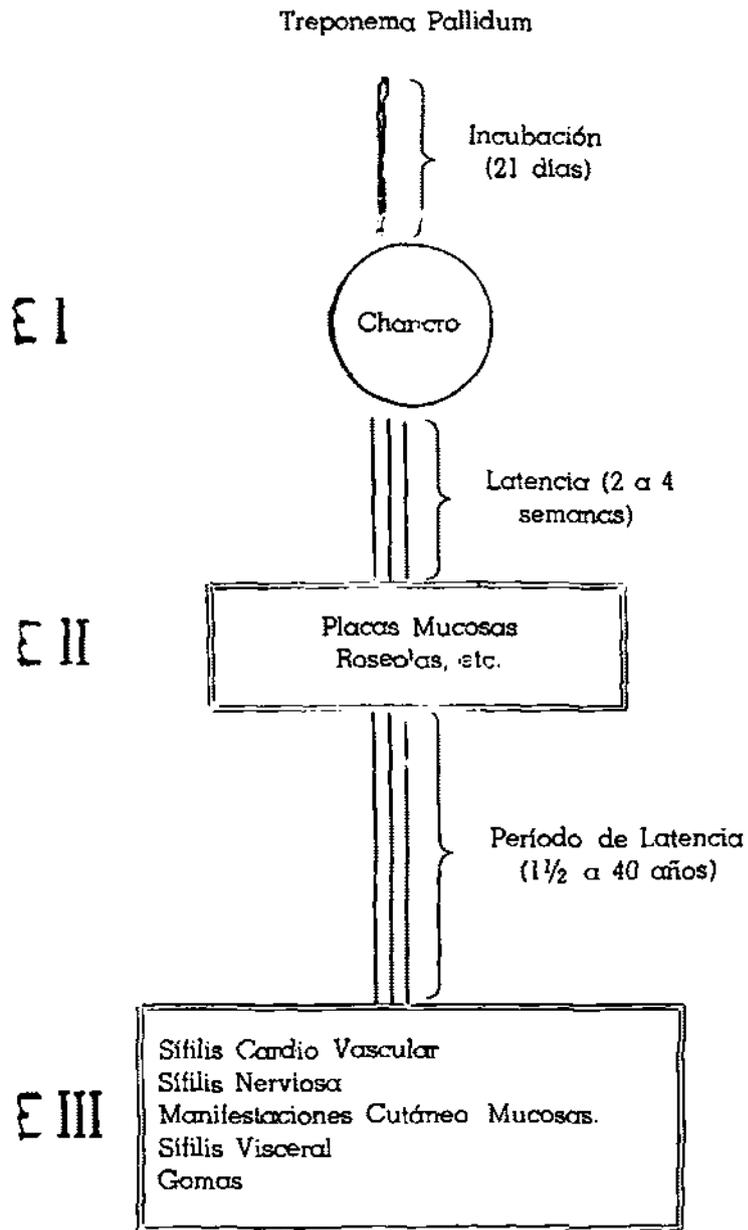
- a) Relajamiento de todos los frenos morales;
- b) Factores nacionales o locales, como son la falta de control sanitario en los puestos fronterizos y como es el hecho de que los boticarios ahora nos envían todos los casos de lesiones abiertas en los genitales externos y que por temor al shock alérgico, a veces fatal, no los tratan empíricamente y entre los cuales encontramos bastantes casos de **Sífilis Reciente Sintomática Adquirida**, lo que ha aumentado sensiblemente nuestras estadísticas en los cinco últimos años.
- c) La actitud mental negativa, de un gran sector del cuerpo médico, al considerar que el problema venéreo ya casi no existe, desde que aparecieron los antibióticos (observar la gráfica de la incidencia de la Sífilis y de la Gonorrea).

III.) Concepto sobre diagnóstico clínico y serológico de la Sífilis

Una persona que ha contraído una lesión abierta, por ejemplo, en los genitales externos, en forma de una ulceración de base indurada, con más frecuencia sobre el surco balano prepucial o cerca del frenillo, en el hombre y con la presencia de un ganglio inguinal y que además en el interrogatorio acusa que varios días antes tuvo relaciones íntimas con una mujer de conducta sospechosa; enviamos al laboratorio a practicar el campo oscuro de esta lesión y aparece el *Treponema Pallidum*; tenemos así, una **Sífilis Reciente Sintomática Adquirida**.

Supongamos que esta persona no va donde el médico, ni a un Dispensario y entonces no se hace ningún tratamiento específico; esta Sífilis evolucionará de acuerdo con el esquema de desarrollo de la Sífilis no tratada, según se muestra en el cuadro N° 1.

ESQUEMA DEL DESARROLLO DE LA SIFILIS
NO TRATADA



Cuadro N° 1

En cambio cuando hay tratamiento en la Sífilis Reciente, en forma científica y adecuada, casi siempre no aparecen las otras formas de la clasificación clínica de la Sífilis. Aún se dificulta observar la roseola del período secundario. En el Departamento de Lucha Antivenérea, empleamos corrientemente dos reacciones serológicas: el V.D.R.L. de una manera sistemática, la cual es una reacción en la que se emplea la Cardiolipina como antígeno. Esta prueba es bastante sensible y ya a la tercera semana después de la lesión primaria de la Sífilis, comienza ya a reaccionar (a dar resultados positivos), pero esta prueba es poco específica, es decir, que otras afecciones (como por ejemplo, un resfrío, una hemorragia, un paludismo, etc.), pueden dar resultados también positivos.

Para los casos de falsos positivos, empleamos la reacción de Complemento Directo, con un agente Treponémico (Pallignost) porque esta reacción se comporta a la inversa que el V.D.R.L.; es poco sensible y comienzan a obtenerse resultados positivos, desde la sexta hasta octava semanas después de la infección primaria de la Sífilis, pero tiene la ventaja de ser bastante específica, en cuanto a la Lúes se refiere.

Hemos observado por ejemplo, que de veinte resultados positivos de V.D.R.L. y que queremos discriminar con el Pallignost, por tener sospecha de ser falsos positivos, obtenemos un resultado apenas de un 50% de casos verdaderamente positivos.

La importancia de los resultados serológicos, es la interpretación clínica que el médico le sepa dar, para que el paciente sea entonces incluido o excluido del tratamiento y períodos de control a que se debe someter a los que padecen de esta seria enfermedad.

IV.) Consideraciones generales sobre tratamiento:

Desde 1950 y de un modo sistemático, se comenzó a tratar la Sífilis con P.A.M. (Penicilina procaína con Monoestearato de aluminio al 2% en suspensión oleosa). Esta penicilina ha sido prescrita por los médicos tratantes de este Departamento y sobre todo en las Sífilis Recientes Sintomáticas, bajo los esquemas de CUTLER y KITCHEN.

Cutler: Una primera inyección de 2.400.000 U.I de P.A.M., tres días después una de 1.200.000 U.I. y dos días después de la última, una de 1.200.000 U. I. (en total 4.800.000 U.I. en las Sífilis Recientes Sintomáticas). Inyecciones intramusculares con jeringa esterilizada en seco, empleando aguja N° 20 por 1½"

Kitchen: Una primera inyección de 2.400.000 U.I. de P.A.M. y luego 600.000 U.I. diarias hasta completar la dosis de 4.800.000 U.I.

Con estos esquemas, se pueden inyectar, desde luego series de 6 y 9 millones. En las Lúes Tardías, ya el Médico emplea sus propios esquemas, por ejemplo, aplicando 9, 12, etc. millones de U.I., inyectando un millón cada dos días.

Hemos empleado también con buen resultado, la Penicilina Benzatínica (en la dosis de 2.400.000 U.I. y 3.000.000 U.I. en inyecciones intramusculares) para los casos de personas que por su trabajo deben ausentarse más o menos una semana.

En los pacientes que presentan una moderada alergia con respecto a la penicilina, le inyectamos ésta con algún antihistamínico (por ejemplo 1 c.c. de Benadryl), pero si la sensibilidad que el paciente experimenta a este antibiótico, es grande, nos abstenemos de la penicilina y recurrimos a otros antibióticos, como son las Tetraciclinas, y el Cloramfenicol. En Costa Rica no hemos observado resistencia del *Treponema Pallidum* hacia la penicilina después de usarla intensamente durante un lapso de más de 17 años. En un trabajo que hicimos con el Dr. Manuel Zeledón Pérez sobre Sífilis Reciente Sintomática Adquirida (Chancro Sifilitico), hemos observado en 100 casos que el promedio de tiempo, que necesita el *Treponema Pallidum* para desaparecer en el Campo Oscuro, es de, entre la primera inyección de P.A.M. y el primer Campo Oscuro de control negativo, de 20,87 horas

Hay que agregar que en los servicios públicos de tratamiento para la Sífilis, los otros antibióticos como son las Tetraciclinas y el Cloramfenicol que aún siendo bastante efectivos contra la Sífilis, resultan muy dispendiosos en cuanto al precio se refiere (por lo menos 10 veces más que la penicilina).

El Cloramfenicol se emplea en inyecciones intramusculares, en la dosis de 1 gramo diario hasta alcanzar 30 gramos.

Las Tetraciclinas se emplean en inyecciones también intramusculares hasta alcanzar 40 gramos como dosis total. El trata-

Casos de Gonorrea

1952 — 1966

CUADRO N° 7

DISPENSARIO CENTRAL

1952	986
1953	992
1954	644
1955	567
1956	705
1957	791
1958	817
1959	1.021
1960	1.345
1961	2.032
1962	1.440
1963	1.517
1964	1.523
1965	1.186
1966	1.460

Sífilis Reciente Sintomática Adquirida

1952 — 1966

CUADRO N° 2

DISPENSARIO CENTRAL

1952	84
1953	53
1954	38
1955	66
1956	42
1957	37
1958	86
1959	97
1960	76
1961	191
1962	258
1963	214
1964	244
1965	137
1966	100

Sífilis en todas sus Formas

1952 — 1966

CUADRO N° 6

DISPENSARIO CENTRAL

1952	598
1953	447
1954	466
1955	365
1956	271
1957	175
1958	341
1959	256
1960	223
1961	288
1962	505
1963	423
1964	435
1965	332
1966	382

miento de la Sífilis congénita es el siguiente: 100.000 u.i. por kilo de peso; 150.000 u.i. diarias, o 300.000 u.i. cada dos días. El tratamiento de la Gonorrea aguda, que nosotros empleamos, es de 1.200.000 u.i. de P.A.M. cada dos o tres días, agregando además sulfadiazina de 0.5 gramos en dosis de 5 a 6 tabletas diarias. Después de tres o cuatro inyecciones de éstas se hace el examen de laboratorio para saber si persiste el Gonococo. Si todavía se constata la presencia de éste, entonces empleamos otros antibióticos; en cambio, si no se constata, y hay todavía supuración, cambiamos el tratamiento, a otros antibióticos, como son las Tetraciclina, Oxi-Tetraciclina, o el Cloramfenicol, porque probablemente comienza a manifestarse una Uretritis de tipo no Gonocócico. El tratamiento de las mujeres con Gonorrea se efectúa con inyección intramuscular de 1.800.000 U.I. (sobre todo las promiscuas), recomendado por William J. Brown, con el objetivo de tratar también, una probable Sífilis concomitante oculta, en período de incubación.

V.) Epidemiología:

La investigación epidemiológica de cada caso de Sífilis Reciente Sintomática Adquirida es muy importante. Nosotros empleamos la técnica de Thomas Parran. Esta técnica consiste una vez hecho el diagnóstico de Sífilis por medio de la clínica y del campo oscuro, en despistar lo más pronto posible la fuente de contagio, como los contactos de la fuente antes y después del contagio y contactos personales del enfermo. Estos datos son obtenidos con tacto y reserva en nuestra sala de entrevistas. Sometiéndolos al tratamiento adecuado si se confirma la Lúes, tanto por la clínica como por el laboratorio y tratamiento preventivo de 2.400.000 U. I. de P.A.M. (o de penicilina benzatínica) si no hay confirmación clínica ni serológica, pero por el temor de que en estos casos, la Sífilis estuviera en una fase de incubación.

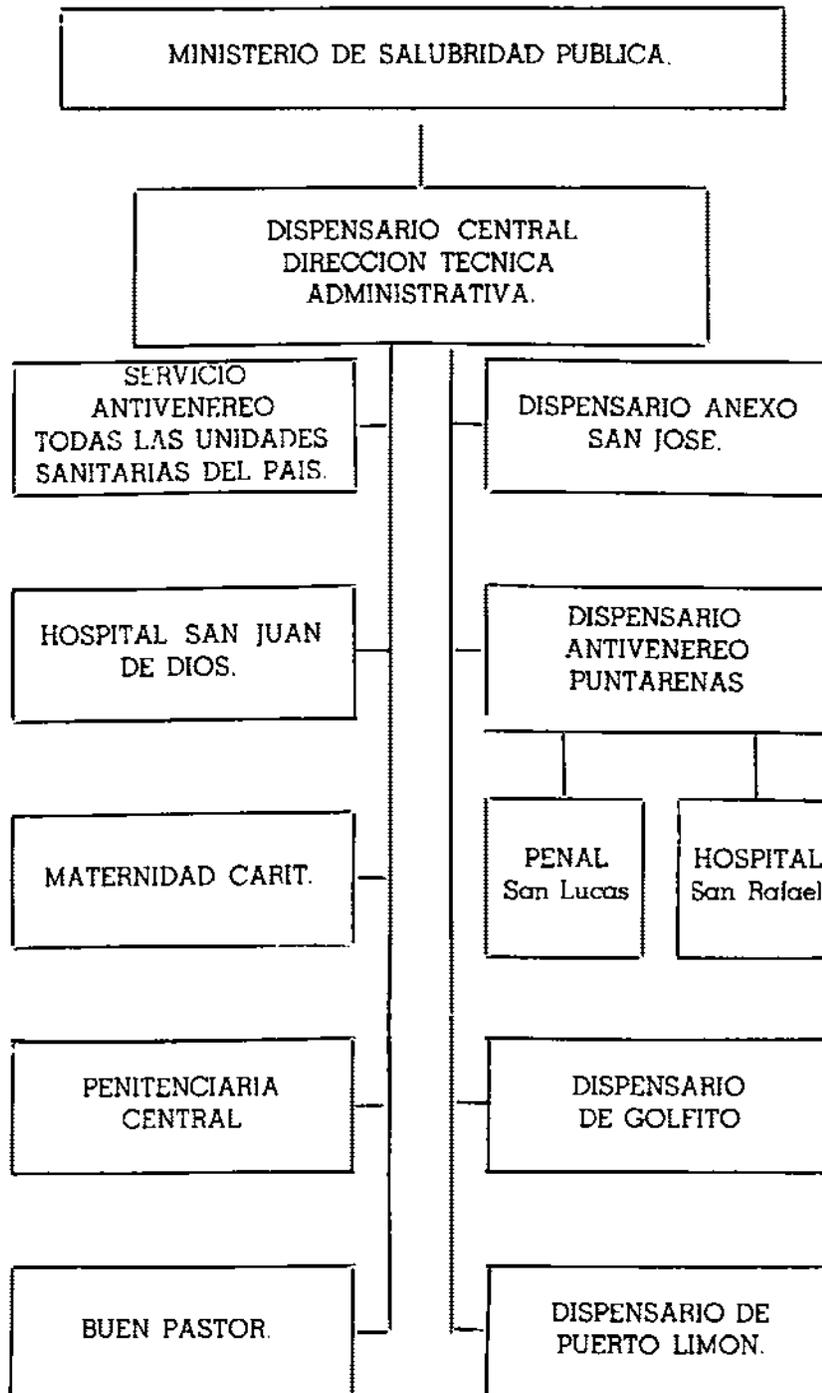
VI.) Propaganda y Educación:

La propaganda y la educación del público, son las armas que emplea el Departamento de Lucha Antivenérea para combatir este flagelo. Tanto la una como la otra se emplean de un modo continuo, por medio de proyecciones de películas alusivas a este problema y de literatura ad-hoc por medio de cuñas en la Radio y periódicos, afiches y conferencias en diferentes lugares del territorio nacional; este medio que es de largo alcance, es el verdaderamente efectivo a través del tiempo. La asignatura de Educación Sexual en sextos grados y I y II años de secundaria es necesaria; tal vez sería mejor llamarla "Higiene Social", abarcando nociones del embarazo y puerperio para las mujeres.

VII.) Organización del Departamento de Lucha Antivenérea:

El programa de Lucha Antivenérea se ejecuta directamente a través de nuestro personal destacado en el Dispensario Central, donde se halla la sede de la Dirección Técnica y Administrativa; el Dispensario Anexo, exclusivamente para la atención de las promiscuas. Y en el Hospital San Juan de Dios para la atención de los casos descubiertos en ese Centro Hospitalario. En Puntarenas, Limón y Golfito, zonas de gran incidencia, se han creado Dispensarios atendidos también por nuestro personal.

El programa se hace extensivo a todo el país, gracias a la colaboración de las Unidades Sanitarias, las cuales consideramos como la columna vertebral, en nuestra lucha por las enfermedades venéreas y en donde se lleva a cabo el tratamiento de los enfermos venéreos de la mayor parte del territorio nacional. También se llevan nuestros servicios a Hospitales, como el de San Rafael de Puntarenas, el Hospital de Quepos, Asilo Chapui, el Hospital para Tuberculosos, la Maternidad Carit, e Instituciones Penales, como el Buen Pastor, la Penitenciaría Central, el Penal de San Lucas, correccionales como el de Luis Felipe González Flores, el de Guadalupe, la Guardia Civil, el Departamento de Extranjeros de la Oficina de Migración, Centros a los cuales proporcionamos medicinas y asistencia médica.

ORGANOGRAMA DEL DEPARTAMENTO DE LUCHA
ANTIVENEREA

**NORMAS QUE DEBE SEGUIR EL MEDICO DE UNIDAD
SANITARIA PARA COOPERAR CON EL DEPARTAMENTO
DE LUCHA ANTIVENÉREA.**

1. Atender todo caso venéreo infeccioso como una emergencia epidemiológica.
 2. Proporcionar tratamiento gratuito e instruir sobre la índole de su enfermedad, control de la misma y consecuencias si lo abandona.
 3. Investigación minuciosa sobre la fuente de contagio y perseverancia en su búsqueda.
 4. Persuasión por la conquista del paciente venéreo. Autoridades Civiles para los casos de rebeldía.
 5. Procedimiento para hacer venir al paciente que abandona su control; a) papeleta con cita; b) telegrama cuando no se presenta; c) telegrama a las Autoridades Civiles cuando pertenece a un distrito lejano; ch) entrevista en su hogar cuando reside en un distrito cercano; d) reporte a la Policía Civil superior cuando no responda a todas las medidas anteriores.
 6. Todo paciente venéreo debe tener historia clínica en los archivos de la Unidad Sanitaria. Usar hoja de traslados para el paciente que se muda de lugar.
 7. Obligar por medio de la Policía Civil a las meretrices a un control periódico en la Unidad Sanitaria.
 8. Dictar dos o tres conferencias al año sobre temas venéreos a grupos sociales de importancia, por ser fácil presa de contaminación.
 9. Mandar informe mensual de casos venéreos al Departamento de Lucha Antivenérea y hacer el pedido en él, de los medicamentos que probablemente necesitará para el mes próximo.
 10. Consultar en la Legislación Antivenérea cualquier duda o directamente con el Departamento de Lucha Antivenérea.
 11. Toda lesión abierta de los genitales externos, se considera sífilítica, mientras no se compruebe lo contrario.
 12. Practicar examen de sangre o enviar las muestras al laboratorio del Dispensario Central Antivenéreo, en toda mujer embarazada y lo mismo de todo contrayente de matrimonio.
-

13. Toda embarazada, con historia positiva de Sífilis y con serología positiva, debe con más razón tratarse. En estos casos no debe esperarse el resultado de una segunda muestra de sangre para iniciar el tratamiento si es posible antes del cuarto mes del embarazo.

14. Toda embarazada, con historia positiva de Sífilis y con serología negativa que no haya sido tratada o haya abandonado el tratamiento debe tratarse rápidamente.

Toda embarazada con historia dudosa de Sífilis y con serología ya sea negativa, dudosa o positiva también debe impartírsele tratamiento preventivo, en la idea de que la duda beneficie al futuro ser.

16. Toda duda, con respecto a la conducta a seguir en los diferentes casos que se presentan al Médico Director de la Unidad Sanitaria, debe comunicarla en el Informe Mensual, o si es de urgencia, por telégrafo o por teléfono, a la Dirección del Departamento de Lucha Antivenérea.
