

Informe de las Actividades del Departamento de Lucha Antivenérea del Ministerio de Salubridad de Costa Rica durante el Período 1951 - 1961

Por

Dr. Jorge de Mezerville Quirós*

La ocasión tan propicia, de reunir aquí, en esta asamblea, a ilustres sifilólogos, quienes tienen en sus respectivos países la responsabilidad de dirigir los servicios para combatir y prevenir estos flagelos, proponiendo un interesante intercambio de experiencias y conocimientos que servirán para sentar las bases normativas en la investigación clínica y serológica de las treponematosis principales; también sobre tratamiento y conducta social a seguir en estas enfermedades y que a no dudarlo sobrevenirán conclusiones que serán de enorme interés, para la marcha de estas actividades científicas.

Nos vamos a permitir una breve reseña que abarca diez años (1951 a 1961) de las actividades desplegadas por el Ministerio de Salubridad Pública, en el Departamento de Lucha Antivenérea, en Costa Rica.

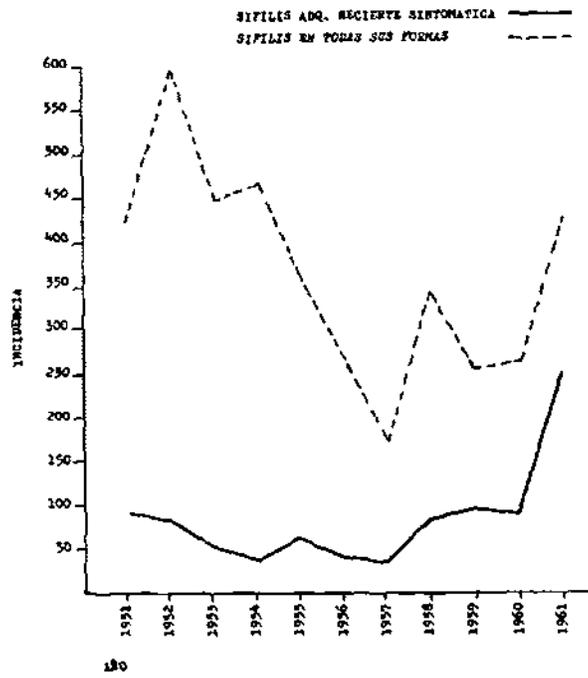
En 1951, encontramos que la Sífilis, en cuanto a diagnóstico clínico, todavía se observan formas clásicas de Sífilis Secundaria y Terciaria, aunque ya menos frecuentes. Las reacciones serológicas usadas entonces son: el V. R. R. L. (floculación con la cardiolipina) y la reacción de Kahn. El tratamiento con P. A. M. (Penicilina Procaínica con Monoestearato de Aluminio), Penicilina Benzatínica, en algunos casos y Bismuto, en muy pocos.

La curva desciende en la gráfica N° 1, indicando un menor número de casos de Sífilis Adquirida Reciente Sintomática (Chan-

* Director del Departamento de Lucha Antivenérea.

** Trabajo llevado a la consideración del Forum Mundial de Sífilis y demás Treponematosis, celebrado del 4 al 8 de setiembre, 1962.

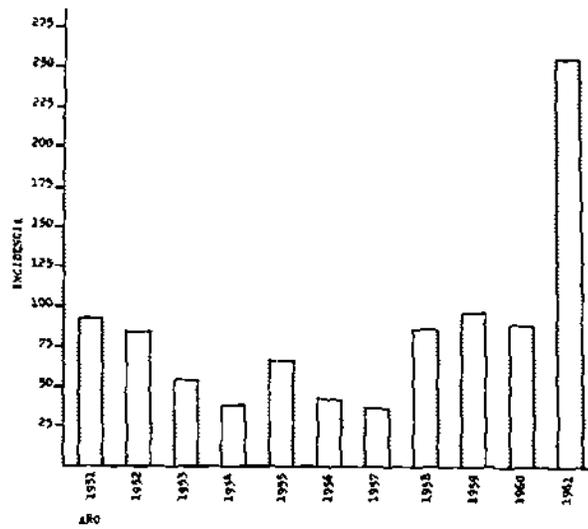
NO 3.-



Gráfica No 1.-

No 4.-

SIFILIS ADQUIRIDA RECIENTE SINTOMÁTICA



Gráfica No 2.-

cro Sifilítico). Desde 1951 hasta 1957 constatamos según gráfica N° 2, que la Sífilis Reciente Adquirida Sintomática va en disminución notoria, lo mismo que la gráfica N° 1. En estos años también se manifiesta una disminución enorme de las formas clínicas de la Sífilis (Secundaria, Terciaria, etc.). En cambio a partir del año 1957 observamos el aumento de Sífilis Adquirida Reciente Sintomática de un modo progresivo hasta la fecha. Durante el primer semestre del año 1962, el aumento ha tomado caracteres graves a pesar de emplear todas las armas que tenemos a nuestra mano, como los tratamientos bastantes efectivos con que contamos en la actualidad, y sin embargo, parece que no hay modo de detener esta curva de ascensión. ¿Por qué este fenómeno?

Interpretamos este aumento como la suma de los siguientes factores:

1) Un factor general que sucede actualmente en todos los países, debido a la despreocupación del problema venéreo por el falso optimismo de la era antibiótica y del relajamiento en las penas morales.

2) Factor nacional, por el aumento del tráfico de personas por la Carretera Interamericana, como por ejemplo, el Campeonato Centroamericano de Fútbol y el Mundial de Beisbol, ambos celebrados en 1961.

3º) Desde hace dos años y por el temor cada vez más grande al shock alérgico, a veces fatal, que produce la Penicilina, la mayoría de los boticas y farmacias nos envían todas las lesiones abiertas de los genitales externos que antes ellos trataban empíricamente, enmascarando desgraciadamente los nuevos casos de Sífilis.

4º) Los médicos particulares, salvo una pequeña minoría, no reportan los casos de Sífilis contagiante, prolongando una enorme grieta en la epidemiología de la sífilis, muy difícil de corregir.

La gráfica N° 3 demuestra que la Sífilis en todas sus formas comenzó a subir desde el año 1957, pero influenciada por el aumento de la Sífilis Adquirida Reciente Sintomática. Los meses que llevamos de 1962, nos indican que todavía vamos a experimentar un mayor aumento de casos de Sífilis Adquirida Reciente Sintomática, como podemos ver en la gráfica N° 4.

Los medios de que nos hemos valido para hacer el combate de este sorpresivo ataque de la Sífilis de 1957 para acá, com-

Pa 6.-

SIFILIS EN TODAS SUS FORMAS

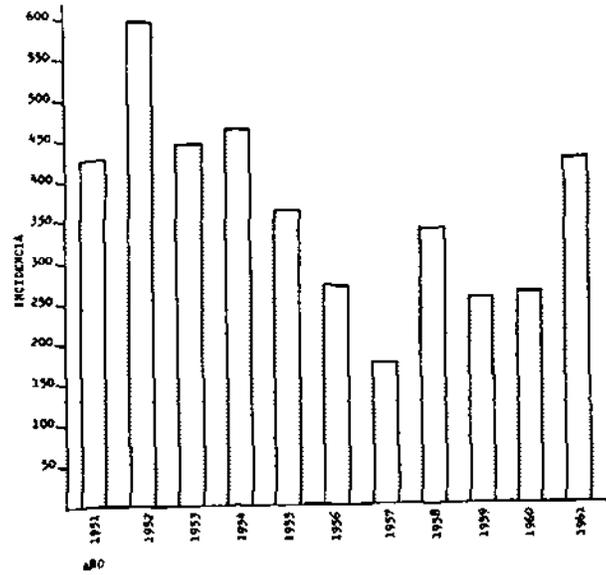


Gráfico No 5.-

Pa 7.-

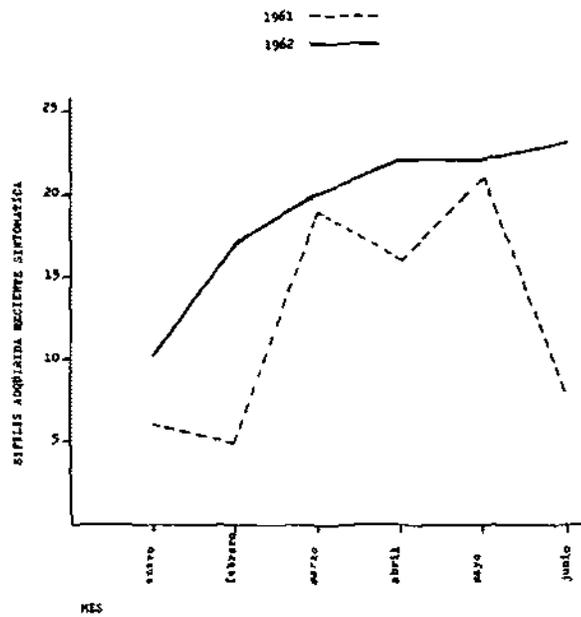


Gráfico No 6.-

prende medios de corto y largo alcance. Los primeros a que nosotros hemos recurrido son:

1º) Investigación epidemiológica de cada caso de Sífilis Reciente Sintomática Adquirida (técnica de Thomas Parran). Es decir despistando a la fuente de contagio lo más pronto posible y lo mismo los contactos sexuales tanto del enfermo después del contagio como de la fuente antes y después del contagio. Estos datos son obtenidos con tacto y reserva en nuestra sala de entrevistas. Sometiéndolos al tratamiento adecuado, si se confirma Lúes tanto por la clínica como por el laboratorio y, tratamiento preventivo de 240.000 U.I. de P.A.M., si no hay confirmación.

2º) Redadas. Este es un medio efectivo, pero organizadas exclusivamente con el objeto de buscar fuentes de contagio y someterlas entonces al tratamiento. Nosotros practicamos estas redadas discretamente sin imponer ninguna sanción, tratando cortés y amablemente a estas personas.

El número de redadas y la oportunidad para ejecutarlas, los determinan la incidencia grande o pequeña de los nuevos casos. Comprendemos muy bien que el ideal sería de no practicar estas medidas, pero colocándonos en la realidad y analizando el bajo standard cultural de nuestras mujeres promiscuas, en comparación con el de las de los países más civilizados, es que nos vemos precisados a realizarlas. En el año 1961, encontramos en esta clase de pacientes 62 casos de Lúes Reciente Sintomática Adquirida (Chancros Sifilíticos).

3º) Esta medida es de largo alcance y que la llevamos a cabo por medio de conferencias, educación y propaganda, encuestas serológicas, proyecciones de películas alusivas y distribución de literatura y afiches. Este medio es sumamente importante y debe ser constante y si los medios económicos lo permitieran cada vez hacerlo más intenso, para que pueda llegar a todas las capas sociales de todo el país.

4º) Cooperación solicitada a las autoridades de Salud Pública como son:

- a) Colaboración del Departamento de Epidemiología para el control sanitario de los puestos fronterizos.
- b) Colaboración del Departamento de Educación Sanitaria, para, que estudie y valore nuestra Sección Social y Epidemiológica y así, si es del caso, nos sugiera las modificaciones que juzgue necesarias para llenar su cometido

de un modo más completo, en el campo de la educación y la propaganda.

- c) Orientación en nuestro Departamento durante varias sesiones, de los médicos que son nombrados directores de Unidades Sanitarias, distribuidas en los diferentes lugares del país (este último punto está comenzando a ejecutarse).

T R A T A M I E N T O

Desde 1950 y ya de un modo sistemático, se comenzó a tratar la Lúes con la Penicilina (P. A. M., Penicilina Procaínica con Monoestearato de Aluminio). Esta Penicilina ha sido prescrita por los médicos tratantes de este Departamento y sobre todo en las Lúes Recientes Sintomáticas Adquiridas, bajo los esquemas conocidos de Cutler y Kitchen. En las Lúes Tardías el médico emplea generalmente sus propios esquemas (sean seis, nueve o doce millones, inyectando un millón cada dos días), luego hemos empleado con buen resultado la Penicilina Benzatínica (en la dosis de 2.400.000 U. I., y 3.000.000 U. I. en inyección intramuscular) para los casos de personas que por su trabajo deben ausentarse más o menos durante una semana. En las personas que presentan una moderada alergia con respecto a la Penicilina, les inyectamos ésta, con algún antihistamínico, pero si la sensibilidad que experimenta el paciente para esta droga es muy pronunciada, nos abstenemos de la Penicilina y recurrimos a otros antibióticos como son las Tetraciclina y el Cloramfenicol. En Costa Rica, al menos no hemos observado resistencia del *Treponema Pallidum* frente a la Penicilina, después de usarla de un modo sistemático durante un lapso de doce años más o menos. En un trabajo que estamos haciendo sobre Lúes Reciente Sintomática Adquirida (Chancro Sifilítico), hemos observado en 72 casos que el promedio que necesita el *Treponema Pallidum* para desaparecer totalmente en el Campo Oscuro, entre la primera inyección de P. A. M. (2.400.000 U. I.) y el Primer Campo Oscuro de control negativo, es de 20,87 horas. En la neuro-lúes, empleamos dosis altas de P. A. M., desde 12 hasta 20 millones, en una sola serie, inyectando 1 millón cada 2 días, intramuscular. En la Sífilis Cardiovascular empleamos todavía, y sobre todo para comenzar el Bismuto.

C O N S I D E R A C I O N E S

Esperamos que este Forum Mundial de setiembre de 1962 en Washington, logre ampliar conceptos tanto sobre diagnóstico clínico y serológico de la Sífilis, como indicar nuevos caminos y pro-

cedimientos tanto en el tratamiento como en la parte epidemiológica y sobre todo social de esta enfermedad.

Estamos convencidos de que actualmente disponemos de armas bastantes efectivas para combatir este flagelo, sin embargo hay que trabajar bastante para cambiar la actitud mental negativa de un gran sector médico que todavía piensa que el problema venéreo ya no es problema y desde luego de la actitud mental alegre e irresponsable de la mayoría del público que está bajo la influencia de un falso optimismo con respecto al problema venéreo.

En cuanto a la prostitución, fuente principal, en la propagación de las enfermedades venéreas, el ideal debe ser, rehabilitar físicamente, curando las lesiones abiertas y externas de la paciente y aprovechar ese mismo tiempo para tratar de rehabilitarlas moralmente en un pabellón aislado especial.

Consideramos necesario implantar como asignatura obligatoria, la educación o higiene social en la enseñanza, durante por lo menos tres años, abarcando el final de la primera y el comienzo de la segunda enseñanza para, formar juventudes que lleguen a poseer el freno necesario para controlar el instinto sexual, apartándolos de la malicia y desviaciones patológicas tan frecuentes en la primera juventud y que dejan huellas físicas y morales, a veces durante toda la vida.

Consideramos también necesario para, consolidar las bases de una sociedad, difundir por medio de la educación y la propaganda, el bien que experimenta la juventud al practicar la abstinencia del acto sexual durante la soltería y en segundo lugar, fomentar el matrimonio entre seres físicamente normales, como el verdadero fundamento de nuestra sociedad.

Recomendamos también a los padres de familia, como lo hacían antaño, aconsejar a sus hijos adolescentes, con respecto al problema sexual y el peligro de contraer enfermedades venéreas.
