

MESA REDONDA

SIFILIS

Presidente honorario: Dr. Martín Vegas

Coordinador: Dr. Carlos J. Alarcón

Integrantes de la Mesa: Doctores:

L. A. Blanco

José Ferrer

L. Gómez Carrasquero

Carlos Luís González

Rafael Medina Julio



Directiva de la Mesa Redonda sobre Sífilis, de izquierda a derecha
Dres. Carlos L. González, C. J. Alarcón, Martín Vegas y Rafael Medina.

SIFILIS EN VENEZUELA

Expositor- Dr. *Carlos J. Alarcón*

La sífilis pertenece al grupo de las enfermedades transmisibles y como tal forma una categoría muy particular desde el punto de vista de la salud pública, por cuanto, entre otras consideraciones, su forma de contagio hace bastante difícil el control.

Estas enfermedades transmisibles están íntimamente ligadas a una serie de aspectos, como son: las relaciones personales, las costumbres y las convicciones morales, de por sí bastante complejas en nuestro medio, por razones de variada índole, como raciales, religiosas, culturales, etc.

Además, las poblaciones por pequeñas que ellas aparezcan están atravesando constantemente cambios apreciables, no sólo en cuanto a su crecimiento vegetativo, sino también en función de aspectos importantes, tales como movimientos migratorios tanto nacionales como internacionales.

Entre nosotros después del advenimiento de la penicilina y su uso en el tratamiento de la sífilis se observó un descenso apreciable de la incidencia de las formas contagiantes hasta 1956, y desde 1957 nuevamente un ascenso que ha continuado hasta nuestros días haciendo que la sífilis constituya en la actualidad un grave problema de salud pública.

El falso mito de que la penicilina sería la droga mágica que acabaría con la sífilis trajo como consecuencia un equivocado concepto de seguridad y como una pérdida de interés casi trágico por la epidemiología de la sífilis desde las Escuelas de Medicina hasta la consulta privada del médico particular y también en los Departamentos de Salud Pública. Pero más tarde se ha reconocido y admitido el hecho de que se necesitaría algo más que una "droga milagrosa" para controlar esta enfermedad y mantenerla a raya.

Se requiere, en último término, de la colaboración tanto del médico sanitarista como del médico privado y de la comunidad en general, y también de la cooperación internacional, para poder establecer un control permanente y efectivo de la sífilis.

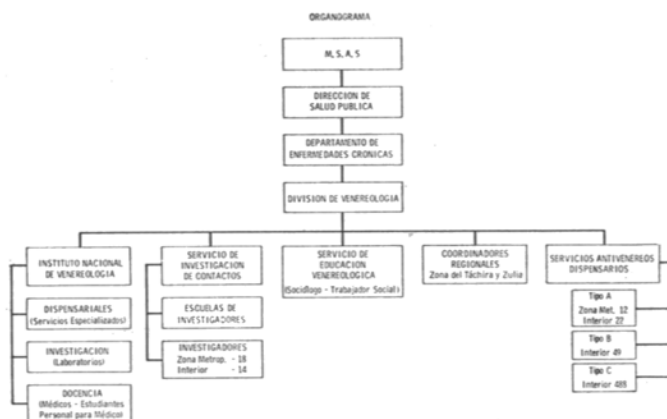
ORGANIZACION

La organización de la lucha antivenérea cuenta con los siguientes organismos: 1º) La División de Venereología propiamente dicha como cuerpo normativo de asesoramiento, supervisión y evaluación, dependencia de la Dirección de Salud Pública a través del Departamento de Enfermedades Crónicas; 2º) El Instituto Nacional de Venereología, organismo técnico de docencia, preparación de personal e investigación; 3º) Servicio de Investigación de Contactos, con la Escuela de Entrevistadores-Investigadores de Contactos para la preparación de los Inspectores de Protección Social; 4º) Servicio de Educación Sanitaria en Enfermedades Venéreas; 5º) Coordinadores Regionales de Venereología en los Estados Zulia y Táchira, y 6º) Una red de dispensarios antivenéreos distribuida en toda la república, dependientes administrativamente de los Servicios Regionales, quienes ejecutan a nivel local los programas elaborados por esta División. Los Dispensarios Antivenéreos de la red nacional se clasifican en: *Dispensarios Tipo "A"*, que sirven a las poblaciones consideradas importantes por el tamaño o la magnitud del problema venéreo, son en número de 34: en la Zona Metropolitana 12 (y un Servicio de Urología) y 22 en el interior del país y cuentan con un médico venereólogo especializado. *Dispensarios Tipo "B"*, en número de 49, en ciudades del interior del país con escasa magnitud del problema, ubicados en 26 Unidades Sanitarias y 23 Centros de Salud, éstos son atendidos por el médico jefe o director. *Dispensarios Tipo "C"*, que funcionan en las Medicaturas rurales en número de 488 y son atendidos por el médico rural. (Ver organigrama).

MORTALIDAD

La mortalidad por sífilis es relativamente baja o se desconoce su totalidad por el mal registro de las defunciones. Por ejemplo, las tasas por 100.000 habitantes estimadas en el país y para la Zona Metropolitana de Caracas que fueron de 28,6 y de 29,3, respectivamente, en 1950, bajaron en 1964 a 2,1 para el primero y a 3,1 para la segunda (Datos suministrados por la División de Epidemiología y Estadística Vital del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social).

Hasta la fecha, la lucha contra la sífilis en Venezuela ha tropezado con una serie de obstáculos, entre ellos citaremos la falta de conocimiento exacto de la magnitud del problema por la insuficiencia en la notificación de casos, debida a su vez, entre otras razones, a las siguientes: a) Falta de personal preparado para la investigación epidemiológica de los contactos en escala nacional; b) Falta de educación sa-



nitaria a todos los niveles de la comunidad; c) Automedicación por falta de control en el expendio de antibióticos; d) Disminución del temor a la enfermedad; e) Aumento de la homosexualidad; f) Promiscuidad cada vez mayor entre adolescentes de sexos diferentes y, por consiguiente, el aumento creciente de la sífilis en estos grupos (20 por ciento de sífilis contagiante activa en menores de veinte años entre nosotros) ; g) Disminución de la enseñanza sobre las enfermedades venéreas en las Escuelas de Medicina; h) Causas socioeconómicas; i) Falta de notificación de los médicos en ejercicio privado, y j) Existencia en diferentes lugares del país de una prostitución clandestina incontrolable por los métodos actuales y que sigue siendo una fuente muy importante de infección.

MORBILIDAD

A pesar de que los casos de todas las formas de sífilis registrados en el período 1962-1966 indican una cifra más o menos igual, como lo señalan los coeficientes por 100.000 habitantes que fueron de 89,4 y 94,1, respectivamente, y los de la sífilis congénita de 1,7 para 1962 y 1,2 para 1966; la cuestión *crucial* en la actualidad es el problema surgido en los últimos años de la recrudesencia de casos en sus formas más activamente contagiantes, conocidos como sífilis reciente sintomática (primaria y secundaria). Este es un hecho incontrovertible y se

manifiesta en escala universal. Entre nosotros los coeficientes por 100.000 habitantes en el período 62-66 han sido para todo el país de: 14,3 en 1962 y 21,9 en 1966. Este aumento se ha registrado con mayor intensidad en la Zona Metropolitana, donde los coeficientes por 100.000 habitantes son de 37,7 en el 62 y de 60,4 en el 66. En la Zona Metropolitana casi el 40 por ciento de los casos registrados son de sífilis contagiante primaria y secundaria y si se agregan los correspondientes a la sífilis reciente latente (menos de 4 años), la proporción de casos vistos en sus etapas más recientes llegan a un 92 por ciento, lo que constituye una acción sanitaria de bastante significación. La situación en el interior del país no es igual, por cuanto el porcentaje de casos de sífilis adquirida reciente sintomática (primaria y secundaria) solamente alcanza el 16 por ciento y al añadir los casos de sífilis reciente latente el total es de 83 por ciento. (Véanse Cuadros 1 y 4).

COEFICIENTES POR 100.000 HABITANTES PARA 1AS
DIVERSAS FORMAS DE SIFILIS
VENEZUELA-1962-1956

	<u>SARS</u>	<u>SARL</u>	<u>SATS</u>	<u>SATL</u>	<u>SC</u>	<u>STF</u>
1962	14.3	53.7	1.1	18.6	1.7	89.4
1963	21.5	53.4	1.2	14.1	1.6	91.8
1964	25.3	49.6	0.5	12.6	1.3	89.3
1965	25.7	51.2	1.0	9.1	1.0	88.0
Casos 1966	1.931	5.214	62	977	115	8.299

Si tomamos en cuenta los casos registrados en el año 63 con sífilis, según las edades, se observa lo siguiente: la sífilis, considerada en todas sus formas clínico-sanitarias, ocurre en el más alto porcentaje entre los 15 y los 34 años de edad, lo que constituye un hecho epidemiológico importante como es que el 69,2 por ciento del total de los casos de sífilis ocurren en este grupo de edad, el cual tradicionalmente ha

sido considerado en Venezuela como el de más actividad sexual. Analizando los porcentajes de los diferentes tipos de sífilis, se observa que el más alto corresponde a la sífilis adquirida reciente (menos de 4 años) con un 81,6 por ciento en tanto que el de la sífilis adquirida tardía (más de 4 años) es de 16,7 por ciento y el de la sífilis congénita de 1,7 por ciento.

En Venezuela la proporción de embarazadas con serología positiva (reactiva) fue de 4,1 por ciento para el período 1954-1958, de 2,5 por ciento para 1959-1963 y de 2,13 por ciento para 1964-1965; observándose a su vez una reducción importante de los casos y muertes conocidas por sífilis congénita.

Al analizar la distribución de casos de acuerdo con el grupo de edad antes mencionado, se puede constatar que el más alto porcentaje, 81,6 por ciento, corresponde a la sífilis adquirida reciente (menos de 4 años) y dentro de ésta, la mayor proporción 97,0 por ciento se registra en el grupo de 15-34 años.

La razón de masculinidad de sífilis registrada es de 5, lo que se ha observado en nuestro medio desde hace varios años.

COMENTARIOS A LOS INDICES

- 1º) Si examinamos los índices expuestos en el Cuadro N° 2 para las diversas formas de sífilis en Venezuela en el período comprendido entre 1962 y 1966 se observa lo siguiente:

INDICES PARA LAS DIVERSAS FORMAS DE SIFILIS VENEZUELA - 1962-1966

	<u>SARS</u>	<u>SARL</u>	<u>SAR</u>	<u>SATS</u>	<u>SATL</u>	<u>SAT</u>	<u>SC</u>	<u>STF</u>
1962	100	100	100	100	100	100	100	100
1963	148	99	100	109	76	78	94	103
1964	174	92	103	45	68	67	76	100
1965	177	95	108	91	49	51	59	98
1966	151	110	126	64	60	60	71	105

Índice - con base de coeficientes.

- a) Sífilis todas formas: se considera un pequeño aumento, con respecto al año 62, del 5 por ciento.
- b) Sífilis congénita: descenso apreciable del 29 por ciento.
- c) Sífilis adquirida tardía: marcó un descenso del 36 por ciento en su forma tardía sintomática y del 40 por ciento en la tardía latente.
- d) Sífilis adquirida reciente (menos de 4 años) : aumento apreciable del 26 por ciento, y cuyas dos formas, reciente sintomática y reciente latente, también aumentaron en un 51 por ciento y 10 por ciento, respectivamente. (Como puede verse, el aumento de sífilis adquirida reciente se ha realizado sobre todo a expensas de la sífilis adquirida reciente sintomática).

En el resumen de los índices (Cuadro 3) para las diversas formas de sífilis se ve un aumento global del 5 por ciento, la sífilis congénita, descenso del 29 por ciento, la sífilis adquirida tardía bajó un 40 por ciento y la sífilis adquirida reciente aumentó 26 por ciento.

INDICES PARA DIVERSAS FORMAS DE SIFILIS

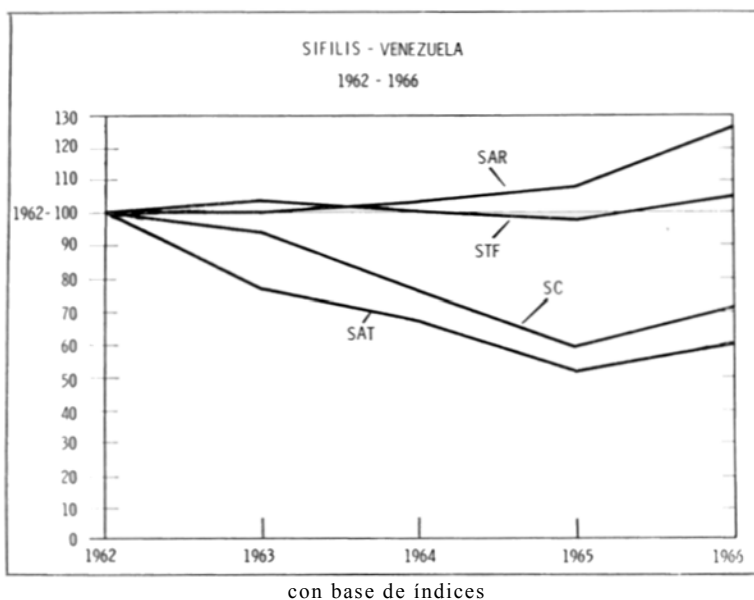
VENEZUELA - 1962-1966

	<u>SAR</u>	<u>SAT</u>	<u>SC</u>	<u>STF</u>
1962	100	100	100	100
1963	100	78	94	103
1964	103	67	76	100
1965	108	51	59	98
1966	126	60	71	105

Índice: con base de coeficientes.

El gráfico N° 1, correspondiente a las formas de sífilis, nos indica para sífilis adquirida reciente el aumento antes indicado del 26 por ciento, para sífilis adquirida tardía descenso hasta el año 65, cuando comienza a mostrar tendencia al aumento. La sífilis congénita baja hasta el año 64, a partir del cual tiende a aumentar.

En la sífilis todas formas se nota el ligero ascenso expresado, del 5 por ciento.



En cuanto a la Zona Metropolitana se refiere, los coeficientes por 100.000 habitantes de sífilis toda forma muestran tendencia al aumento de 131,0 por mil a 173,2 por mil.

Sífilis congénita: ligera tendencia al aumento de 1,2 en el 62 a 2,1 en el 66.

Sífilis adquirida tardía latente: tendencia al descenso de 15,8 por mil en el 62 a 10,6 por mil en el 66.

Sífilis adquirida tardía sintomática: también tendencia al descenso

de 3, en el 62 a 2,4 por mil en el 66.

Sífilis adquirida reciente latente: aumento apreciable del 72,4 por mil en el 62 a 10,6 por mil en el 66.

Sífilis adquirida reciente sintomática: aumento considerable de 37,7 por mil en el 62 a 60,4 por mil en el 66. (Véase Cuadro 4).

COEFICIENTES POR 100.000 HABITANTES PARA LAS
DIVERSAS FORMAS DE SIFILIS
ZONA METROPOLITANA - 1962 - 1966

	<u>SARS</u>	<u>SARL</u>	<u>SATS</u>	<u>SATL</u>	<u>SC</u>	<u>STF</u>
1962	37.7	72.4	3.2	15.8	1.2	131.0
1963	62.5	70.7	2.9	7.2	0.7	144.4
1964	71.7	64.8	1.4	6.0	1.0	144.1
1965	76.0	70.4	3.8	7.1	1.6	158.3
1966	60.4	98.3	2.4	10.6	2.1	173.2
Casos 1966	1.132	1.841	45	198	29	3.245

Los índices para las diversas formas de sífilis en la Zona Metropolitana demuestran lo siguiente:

1º) Sífilis toda forma: aumento del 32 por ciento.

2º) Sífilis congénita: aumento del 75 por ciento.

3º) Sífilis adquirida tardía: descenso del 34 por ciento.

4º) Sífilis adquirida tardía latente: descenso del 33 por ciento.

- 5º) Sífilis adquirida tardía sintomática: descenso del 25 por ciento.
 6º) Sífilis adquirida reciente (menos de 4 años): aumento del 44 por ciento.
 7º) Sífilis adquirida reciente latente: aumento del 36 por ciento.
 8º) Sífilis adquirida reciente sintomática: aumento del 60 por ciento.
 (Véase Cuadro N° 5).

INDICES PARA LAS DIVERSAS FORMAS DE SIFILIS ZONA METROPOLITANA 1962 – 1966

	<u>SARS</u>	<u>SARL</u>	<u>SAR</u>	<u>SAT</u>	<u>SATL</u>	<u>SAT</u>	<u>SC</u>	<u>STF</u>
1962	100	100	100	100	100	100	100	100
1963	166	97	121	91	46	52	58	110
1964	188	90	123	44	38	38	83	110
1965	201	97	133	119	45	56	133	121
1966	160	136	144	75	67	66	175	132

Índice: con base de coeficientes.

El resumen general de los índices demuestra:

Sífilis todas formas: aumento del 32 por ciento.

Sífilis congénita: aumento del 75 por ciento.

Sífilis adquirida tardía (más de 4 años) : descenso del 34 por ciento.

Sífilis adquirida reciente (menos de 4 años) : aumento del 44 por ciento.

INDICES DE LOS COEFICIENTES POR 100.000
HABITANTES DE SIFILIS, RECIENTE, TARDIA Y TODAS
FORMAS ZONA METROPOLITANA
1962 – 1967

	<u>SAR</u>	<u>SAT</u>	<u>SC</u>	<u>STF</u>
1962	100	100	100	100
1963	121	52	58	110
1964	123	38	83	110
1965	133	56	133	121
1966	144	66	175	132

El gráfico N° 2 de índices de casos en la Zona Metropolitana demuestra:

Sífilis congénita: tendencia al aumento a partir del 64 (75 por ciento).

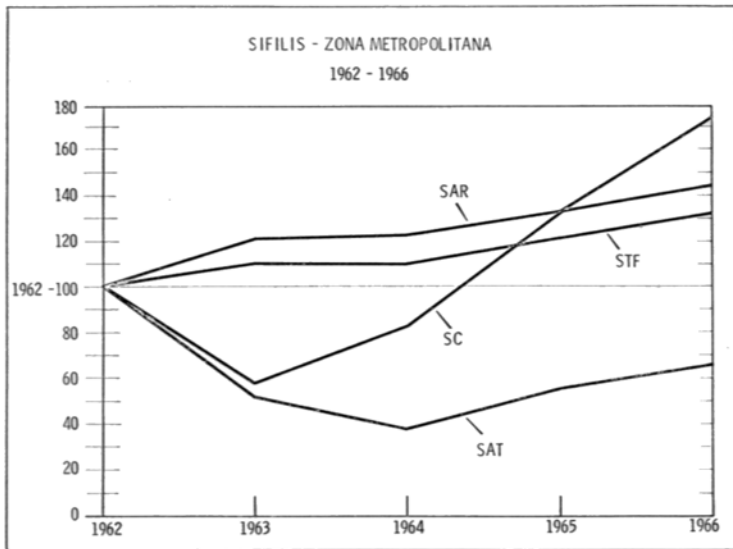
Sífilis adquirida reciente: tendencia al aumento del 44 por ciento.

Sífilis adquirida tardía: tendencia al aumento a partir del 65.

Sífilis todas formas: tendencia al aumento, aunque no de manera notoria.

CONCLUSION

La sífilis en Venezuela continúa siendo un grave problema de salud pública, al igual que en muchos países del mundo



con base de índices

RECIENTES INFORMACIONES SOBRE SIFILIS

Dr. Rafael Medina

La Mesa acordó que dijera algunas palabras respecto a las nuevas o últimas informaciones en relación con el problema de la sífilis. Cuando se revisa la historia de esta enfermedad, que ya es bastante larga, se encuentra, como es el caso de otras, que ha pasado por períodos en que se han hecho magníficas contribuciones de índole clínica, diagnóstica, inmunológica, histopatológica, terapéutica, etc., y se han intercalado otros períodos en que los aportes de significación han sido muy pocos; algunas veces esto último se ha debido a que otros grandes problemas de salud pública han recabado la atención de los investigadores y han absorbido la mayor parte de los recursos técnicos y económicos, otras veces estos lapsos de quietud se han relacionado con una especie de aceptación general de que la afección había llegado a ser suficientemente conocida en sus diferentes aspectos o aun, y fue lo que ocurrió en el decenio 1946-1955, en que se tuvo la creencia de que la penicilina extinguiría completamente la sífilis y, por supuesto, ya no tenía mucha importancia ahondar en su estudio.

En vista del fracaso mundial para combatirla, pese a los medios empleados hasta el presente y que para algunos países ha comprendido el aumento de los Servicios Antivenéreos, mejoramiento de los métodos de diagnóstico, aplicación de esquemas de tratamiento rápido, intensificación de la investigación de contactos, divulgación sobre educación sexual e información sobre enfermedades venéreas a los grupos humanos más expuestos, se ha planteado en forma concreta el hecho de que había llegado el momento de realizar un esfuerzo coordinado para revisar a fondo la enfermedad, en todos sus ángulos, y definir lo realmente conocido, reconocer y precisar los aspectos oscuros y buscar otros caminos de lucha.

Hace ya algunos años se viene trabajando en ello y la mayoría de las investigaciones son conocidas o coordinadas por la Organización Mundial de la Salud.

Entre las conquistas recientes pueden citarse:

- 1) El descubrimiento de los anticuerpos fluorescentes en el suero de sujetos sífilíticos y su incorporación al diagnóstico en un tipo de reacción que equipara en especificidad y casi en sensibilidad a la de inmovilización del *Treponema* (T. P. I.).
- 2) El reconocimiento de que estos anticuerpos fluorescentes están compuestos por lo menos de dos fracciones, una que es específica de los treponemas patógenos para el hombre y la otra que son anticuerpos de grupo determinados por treponemas saprófitos. El haber logrado absorber esta última clase de anticuerpos ha valorizado la reacción.
- 3) El conocimiento de que los anticuerpos de grupo son menos fijos en cantidad que los anticuerpos específicos y por eso las reacciones a base de cardiopina son más oscilantes en el curso del tiempo.
- 4) La irradiación gamma de suspensiones de *T. pallidum* (Cepa Nichols) a la dosis de 652.800 r produce la inactivación serológica total de los antígenos proteicos termolábiles, sin afectar los constituyentes termoestables. Como los antígenos inmovilizantes (T. P. I.) no se alteran al irradiarlos, hay fuerte inclinación a considerarlos de naturaleza polisacárida y de allí la importancia que pueden tener en la aparición de la resistencia adquirida. Los treponemas irradiados conservan su motilidad, a pesar de haber perdido las fracciones antigénicas proteicas y esto ha conducido a pensar que los finos flagelos, que ya se han precisado en los estudios de la fina estructura del espiroquetido y que son de naturaleza esencialmente proteica, no intervienen en el movimiento.
- 5) La estructura molecular de los anticuerpos circulantes (los que reaccionan con los antígenos cardiolípicos) está formada por moléculas grandes y pesadas que la integran mayoritariamente en los primeros días de la infección sífilítica y por una fracción de moléculas pequeñas que son las más específicas.
- 6) *El Treponema pallidum* en cultivo (cepa de Reiter) no pierde sus anticuerpos proteicos al ser irradiado.
- 7) *El Treponema pallidum* de humanos sufre modificaciones al ser pasado y mantenido por años en conejos (cepas Nichols);

Kasán y Gand), siendo una de ellas la aparición de significantes fracciones lipopolisacáridas que la cepa humana no contiene, lo cual impone mucha prudencia para aplicar al hombre y en forma simple, conclusiones obtenidas de estudios sobre la infección en el conejo.

- 8) Aceptación de formas submicroscópicas de *T. pallidum*, lo cual ha sido demostrado por el logro de inoculaciones positivas en conejos inoculados con material procedente de ratones infectados de sífilis. Es un hecho conocido que en los ratones sifilíticos no es posible evidenciar la presencia de treponemas.
- 9) A los tres treponemas que infectan en forma natural y exclusiva al hombre: *pallidum*, *pertenue* y *carateum* y al que produce infección en los conejos, el *T. cuniculi*, se ha añadido un hallazgo muy interesante que consiste en la comprobación de una treponematosiis en cinocéfalos de Guinea. En un lote de 140 monos de esta región africana examinados en 1965, se encontró que el 50 por ciento presentaba reactividad alta al TPI y al FTA y en 1966, en otro lote de esta misma clase de animales, traídos de la misma zona fue posible aislar treponemas de los ganglios cervicales, los cuales demostraron virulencia para el conejo y el hamster. Este hecho ha sido considerado de gran importancia y la cepa le ha sido asignada por la OMS para su estudio, a diferentes centros de investigación en el mundo, el nuestro entre ellos. En correlación con esta noticia está el siguiente informe: en 300 sueros provenientes de indios, de vida selvática en la región amazónica, se ha confirmado una reactividad fuerte (FTA y TPI) en el 7 por ciento de ellos; en la tribu examinada no existe la pinta o carate y como es mundialmente reconocido que la sífilis y el pian nunca han prevalecido en estas regiones, se ha llegado a suponer que exista una treponematosiis de los monos que puede accidentalmente pasar al hombre.
- 10) La infección experimental en chimpancés con *T. pallidum* ha demostrado ciertas curiosidades en lo que se refiere a la calidad de anticuerpos serológicos; después de un año de inoculados, la mayoría de los animales es fuertemente reactiva a las reacciones de inmovilización e inmunofluorescencia, en cambio las de floculación y desviación del complemento son muy débiles o no reactivas.

- 11) Las manifestaciones clínicas de la sífilis se han modificado en los últimos años. Hay informes serios, especialmente procedentes de Europa, en que se relatan aspectos clínicos cutáneos y mucosos que se apartan de lo tradicionalmente conocido y descrito. En lo que se refiere concretamente a Venezuela, ya ha sido enfocada en diferentes oportunidades la frecuencia de la invasión palmo-plantar durante los primeros meses de la enfermedad, lo cual era excepcional de ver en años anteriores.
- 12) En sífilíticos tardíos latentes, de más de 20 años de evolución, se han comprobado treponemas virulentos en los ganglios, el mismo hallazgo ha sido hecho en sujetos con sífilis tardía tratada con arsenicales y bismúticos e, inclusive, con grandes dosis de penicilina. En sujetos que cursan la etapa reciente de la enfermedad, han sido encontrados treponemas virulentos en el humor acuoso y en ciertos de ellos, sin lesiones oculares apreciables. Igualmente, el *T. pallidum* ha sido aislado del líquido cefalorraquídeo de sífilíticos que no presentaban ninguna sintomatología nerviosa y, por otra parte, el mismo líquido no presentaba ninguna anormalidad.
- 13) Respecto a la prostitución, estimada como la fuente de donde deriva la inmensa mayoría de los casos de sífilis, se le ha añadido los que se originan de los contactos homosexuales. En relación con estos dos problemas sociales, los informes presentados en las últimas reuniones internacionales sobre enfermedades venéreas son impresionantes; todos los recursos o esfuerzos empleados hasta el presente para frenar la prostitución han sido inútiles; el concepto mismo sobre ella ha variado en relación con los cambios socioeconómicos tan violentos y profundos de las relaciones humanas en los últimos tiempos. La homosexualidad crece, al parecer en mayor proporción en los países llamados desarrollados, y como los que ejecutan estas prácticas las efectúan con una frecuencia que habitualmente sobrepasa la de las prostitutas, se transforman en grandes difusores de la sífilis y otras venéreas. No es fácil precisar los contactos que derivan de prácticas homosexuales; los pacientes que consultan generalmente se niegan a hacer referencia a ellas y de esta manera la fuente contagiante permanece ignorada y en plena actividad.

En lo que se refiere a las grandes incógnitas de la enfermedad sífilítica podríamos citar algunas de ellas:

a) ¿Cuál es el mecanismo de estímulo en la formación de los anticuerpos cutáneos y sanguíneos?

b) La persistencia de reacciones serológicas reactivas después de tratamientos adecuados, ¿estará siempre condicionada a una supervivencia del agente causal?

c) ¿Será la latencia sifilítica por tratamiento definitiva o los treponemas pueden actuar cuando aparecen condiciones orgánicas favorables?

d) ¿Cuáles serían entonces las manifestaciones clínicas y hasta dónde será capaz de influir en la aparición de otras dolencias o agravar las existentes?

e) ¿Por qué el *Treponema pallidum* pierde su virulencia al ser cultivado?

f) ¿En qué consisten las barreras que impiden la fijación visceral de los Treponemas *pertenue* y *carateum*?

g) ¿Por qué los pintosos no se infectan con buba ni sífilis, los sifilíticos no se infectan con pian, en cambio los piánicos se infectan fácilmente con sífilis o con carate?

Al hacer un balance de las conquistas logradas en los últimos años y de las múltiples interrogantes que todavía existen respecto a la sífilis y el hecho de que la enfermedad se mantiene con alta prevalencia mundial, obliga a considerarla como un problema de salud pública de primer orden y esforzarse por obtener en el campo de la investigación inmunológica un recurso profiláctico. Es esperanzador saber que los trabajos en este sentido ya han comenzado.

CONSIDERACIONES EPIDEMIOLOGICAS Y ADMINISTRATIVAS

Dr. Carlos Luis González

COMENTARIOS PRELIMINARES

1. Me siento muy honrado con la invitación que me hizo la Sociedad Venezolana de Dermatología para participar en esta Mesa Redonda. Como no soy un especialista en la materia, mi presencia aquí sólo podría explicarse por la circunstancia de que, como higienista general, estoy convencido de la importancia de la sífilis dentro de la problemática sanitaria del país y, por tanto, del interés que las actividades de lucha contra la enfermedad deben merecer dentro de un programa general de salud. Con este punto de vista trataré de hacer algunos comentarios a las presentaciones de los doctores Alarcón y Medina.

Comenzaré recordando que siendo la sífilis un problema de salud pública, cualquier programa de control debe basarse en un enfoque epidemiológico, en el más amplio sentido del término. En otras palabras, al lado del indispensable conocimiento clínico, se requiere tener en cuenta la historia natural de la enfermedad, o sea, todos los factores de orden físico, biológico y social que contribuyen a mantener vigente el problema. Además, estos conocimientos, epidemiológico y clínico, requieren ser aplicados a través de un mecanismo apropiado, de una organización capaz de ofrecer a la población servicios permanentes con la máxima cobertura posible.

RECRUDESCENCIA DEL PROBLEMA

2. El doctor Alarcón ha señalado datos para demostrar el incremento en la morbilidad que se ha venido observando en los últimos años, particularmente de la sífilis contagiante. Todos ustedes saben que es este un fenómeno que se ha observado en escala universal, como lo indican los resultados de una encuesta reciente de la OMS: entre 147 administraciones nacionales de salud, más de la mitad informaron que entre 1957 y 1964 habían registrado un marcado incremento de la sífilis reciente. En la mayoría de las regiones o países estudiados este

aumento fue del orden de 4 a 8 veces más casos en 1964 que en 1957, año que marcó en casi todas partes el término del descenso que venía observándose.

Indudablemente que son varios los factores responsables por este incremento en la incidencia de la sífilis; pero los conocedores del problema asignan puesto de primerísimo orden dentro de estos factores a lo que se ha denominado la "imagen del problema resuelto". Como lo expresa la Organización Mundial de Salud, "el uso de la penicilina y la brusca disminución de la incidencia de la enfermedad entre 1948 y 1957-58 produjo la impresión de que la sífilis había dejado de ser peligrosa... provocó con el tiempo una falsa sensación de seguridad, originó la indiferencia al riesgo de contagio y disminuyó el temor a las consecuencias de la enfermedad". Incluso, el optimismo fue tal que muchos consideraron que la sífilis estaba ya en vías de erradicación. Justamente, este optimismo exagerado condujo a la complacencia, rayana en el descuido. A esta situación podría aplicarse muy bien aquello de que: "a medida que el programa de control de una enfermedad se acerca al objetivo final de la erradicación, es más probable que se erradique primero el programa que la enfermedad".

Por supuesto, han intervenido otras fuerzas que en la última década han influido en la violenta transformación del medio, entendido éste en su acepción integral. Se han aumentado enormemente las posibilidades de contacto entre los seres humanos como consecuencia, entre otros, del crecimiento brusco de la población urbana, de la industrialización acelerada y del enorme desarrollo del tráfico internacional. A ello agréguese lo que algunos tildan como "revolución de las costumbres", que ha traído cambios en el comportamiento de los seres humanos, particularmente de los adolescentes y adultos jóvenes.

No hay duda que todos esos factores han repercutido para que en Venezuela la sífilis haya recobrado importancia como problema de salud. Por tanto, el país debe enfrentarlo con el interés que se merece.

VALORACION DEL PROBLEMA

3 La necesidad de disponer de instrumentos que permitan estimar la magnitud del problema de la sífilis tropieza con las enormes dificultades que hay en la consecución de la información requerida. De ahí que todos los "indicadores" que se utilizan tengan grandes limitaciones. Vale la pena recordar que en la sífilis se hace particularmente patente el fenómeno epidemiológico del "iceberg", pues la parte visi-

ble, la que sobresale de la superficie, es apenas una porción del problema, quedando siempre la masa oculta, imposible de cuantificar.

A pesar de estas limitaciones, algunos indicadores tienen su valor, como es el caso de la morbilidad registrada, que permite seguir la tendencia a lo largo de los años, tal como pudo observarse en la presentación del doctor Alarcón.

No puedo dejar pasar esta oportunidad sin referirme al criterio tradicional que se usa al estudiar la tendencia de una enfermedad como medio de evaluar el progreso o fracaso del respectivo programa de control. Generalmente, cuando el indicador escogido (por ejemplo, tasas de morbilidad o mortalidad) muestra una tendencia decreciente, nos consideramos satisfechos porque la enfermedad se ha reducido en un grado más o menos apreciable; pero casi nunca nos preocupa lo que falta por lograr. Creo que es indispensable cambiar esta manera de proceder. Por ejemplo, si en un determinado período la tasa de morbilidad bajó de 100 a 50, además de la disminución lograda, importa también, y mucho, el hecho de que todavía queda una tasa residual de 50 antes de completar la tarea, antes de llegar al ideal, que es cero. Creo que se daría un gran paso si los administradores de programas de salud enfocaran así la evaluación del trabajo realizado.

Las deficiencias de la notificación de casos de sífilis son bien conocidas y se observan, en mayor o menor grado, en todos los países. Hace unos años, en una encuesta realizada en los Estados Unidos se encontró que los médicos privados notificaron solamente alrededor del 12 por ciento de los casos que habían atendido. Ahora bien, las fallas en la notificación no pueden ni deben achacarse exclusivamente a los médicos, pues hay muchos otros factores que deben tomarse en cuenta. No hay duda que se requiere una mejor colaboración por parte de la profesión médica, pero ésta no se logra estableciendo reglamentaciones o tratando de ejercer medidas compulsivas. Debemos crear una actitud favorable, a base de buen programa educativo, de formación e información, que iniciado desde los mismos estudios de pregrado incluya no sólo la enseñanza de los aspectos clínicos sino también los de carácter epidemiológico y social. Ya el Presidente de la Sociedad, doctor Di Prisco, recalcó tan importantísimo aspecto en su discurso de inauguración de este Congreso. Yo sólo deseo hacer énfasis en la necesidad de un programa de educación continuada, dirigido a mantener debidamente informado y motivado al cuerpo médico en general.

Además, la experiencia indica que para mejorar el conocimiento y la notificación de casos de sífilis, se deben disponer de medios adecua-

dos para facilitar el diagnóstico: centros de referencia, recursos de laboratorio, etc. En este sentido, valdría la pena que este Congreso recomendara la ampliación de las facilidades que hoy existen en los servicios oficiales de salud. Especialmente necesario es el estímulo a los trabajos de investigación en el campo de la inmunología y otras áreas conexas, acerca de cuya importancia ningún comentario podría yo hacer después de la exposición hecha por el doctor Medina.

Por último, debo citar el hecho de que por razones tradicionales, muy bien conocidas por ustedes, la notificación de la sífilis se hace aún más difícil si no se asegura el carácter "confidencial" de esa notificación. Por ello, es tan importante que la identidad del caso y sus contactos sea conocida únicamente por el personal mínimo indispensable para el seguimiento epidemiológico que corresponda.

Se han preconizado y utilizado las pruebas serológicas en grupos de población como procedimiento para estimar la magnitud del problema. El tiempo no permite entrar a analizar la cuestión en detalle. Sólo recordaré que esto implica la existencia de facilidades adecuadas de laboratorio y de atención oportuna y completa de los casos que se descubran.

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS IMPORTANTES

4. Se suele repetir que la sífilis es predominantemente un problema urbano. Sin embargo, la diferencia que se observa entre la morbilidad registrada en las ciudades y la de las áreas rurales seguramente está abultada en razón de que la notificación de casos es mucho más deficiente en las segundas que en las primeras. Por ejemplo, llama la atención que en 1966 correspondió a la Zona Metropolitana un 40 por ciento de todos los casos de sífilis y un 60 por ciento de los de sífilis reciente que se registraron en el país, al paso que la población de la primera apenas representa un 15 por ciento de la del segundo. Hasta donde tal diferencia se deba realmente a una mayor frecuencia de la enfermedad en la Zona Metropolitana, es prácticamente imposible de estimar.

Parece importante recalcar que no debe menospreciarse la sífilis como un problema de salud del área rural, tanto real como potencial. Hay algunos aspectos que obligan a pensar en un posible incremento en esas áreas rurales: el intercambio de población cada vez más intenso entre el campo y la ciudad, la gran movilización y reubicación de personas en asentamientos campesinos y el riesgo, sobre el cual han llamado la atención los expertos, de que con la eliminación de las tre-

ponematosi no venéreas haya una mayor oportunidad para la difusión de la enfermedad en esas zonas. La importancia de la movilidad de la población como factor de difusión puede colegirse del hecho de que en algunos países se ha demostrado que alrededor del 25 por ciento de los contactos mencionados por pacientes con sífilis reciente corresponde a personas que viven fuera de las ciudades donde se efectuó el contacto.

En relación con el sexo, los datos venezolanos disponibles señalan que por cinco casos de sífilis reciente en varones, se conoce aproximadamente uno en mujeres. En otros países esta razón es menor, alrededor de dos en Estados Unidos y Canadá, aun cuando hay otros países en los cuales se acerca a cuatro. Aparte de la mayor o menor visibilidad clínica de la sífilis en uno y otro sexo, indudablemente estas cifras indican que debe haber un enorme segmento sumergido de la infección en la población femenina que no se llega a descubrir.

Con respecto a la edad, el doctor Alarcón señaló la gran proporción de sífilis reciente en los adolescentes y adultos jóvenes. Esta situación no difiere de la de otros países, en algunos de los cuales se ha observado que la mitad o más de los casos recientes corresponde a personas menores de 25 años, hecho que es mucho más serio cuando se constata de que esta proporción viene siendo cada vez más alta al correr de los años, a tal punto que en algunos países se ha doblado o hasta triplicado en el curso de la última década. Otro factor epidemiológico que debe merecer más atención en el futuro es la homosexualidad, que, según entiendo, era relativamente poco importante en todas partes hasta hace pocos años. Para dar una idea de su importancia actual en algunos países, baste recordar que en la ciudad de Nueva York se estima que la mitad de los casos conocidos de sífilis reciente pertenece a homosexuales.

BASES PARA UN PROGRAMA DE CONTROL

5. Al igual que en otras enfermedades infecciosas, un programa de lucha contra la sífilis debería estar sujeto a los principios generales bien conocidos: ruptura de la cadena de infección y disminución o supresión de los reservorios infecciosos. Esto es fácil de decir, pero difícil de aplicar, como lo demostró palmariamente lo acaecido en la última década. La experiencia demostró que aun con los poderosos recursos terapéuticos disponibles no pueden dejarse de lado esos principios tradicionales. De ahí la insistencia de los expertos en que el programa se base en el seguimiento individual de cada caso conocido (caso índice),

no sólo para tratarlo sino para encontrar otros casos por medio de la investigación de contactos. Como sucede con otros programas, de nada vale contentarse con tratar los casos que acudan en busca de atención.

Hoy se acepta que hasta tanto no se disponga de otros recursos, la investigación de contactos es el arma más importante para el descubrimiento de casos. Los expertos señalan que si bien es difícil, costoso y consumidor de mucho tiempo, es el único procedimiento que hasta ahora ha demostrado tener éxito para romper la cadena de infección. Su importancia ha sido reconocida en todas partes. A manera de ejemplo recordaré que de unos 22.000 casos de sífilis contagiante registrados en los Estados Unidos en 1964, el 40 por ciento se conoció a través de la investigación de contactos, un 15 por ciento como resultado de pruebas serológicas realizadas bien rutinariamente o en encuestas y el 45 por ciento por haber sido notificados por médicos o haber ocurrido los pacientes mismos a servicios oficiales en busca de diagnóstico y tratamiento.

La investigación de contactos requiere que los casos sean entrevistados por medio de técnicas adecuadas que sólo puede realizarlas un personal especialmente entrenado. Entre nosotros se comenzó a usar este personal desde hace algún tiempo, pero su número es muy reducido y apenas alcanza a cubrir a Caracas y otros pocos centros importantes. Tal vez este Congreso debería llamar la atención a la gran urgencia de ampliar este esfuerzo.

Para terminar recordaré que, por su misma índole, cualquier programa de lucha contra la sífilis debe formar parte de las actividades en todos los niveles de los servicios generales de salud. Por supuesto, el programa necesitará personal especializado que asegure, entre otras cosas, la dirección técnica, el establecimiento de pautas, la preparación de personal y la supervisión específica del mismo. Pero nada se haría sin el concurso de todo el personal de los servicios generales de salud, que debe estar convencido de que la sífilis es un problema de salud que le compete y en cuya solución cada uno tiene una responsabilidad por cumplir.

DISCUSION

P.: ¿Qué conducta se debe seguir ante un paciente con serología positiva después de haber sido tratado?

Dr. Medina: Depende del tipo de reacción a que es reactivo, la cantidad de diluciones, y la edad de la enfermedad. Por ejemplo, si un individuo tiene menos de 4 años de haber contraído la enfermedad, ha sido tratado correctamente y al cabo, por ejemplo, de dos años después del tratamiento, en la seguridad de que no ha habido una reinfección, su título en VDRL está por encima de 16 diluciones y un FTA, inmunofluorescencia reactiva, este individuo debe ser nuevamente tratado. Si es antes de este tiempo que está esta serología reactiva no debe ser tratado, pero debe ser observado mensualmente. Si el enfermo es tratado después de los 4 años y la serología es reactiva, no importa su título de diluciones en VDRL y las otras reacciones, no vale la pena tratarlo nuevamente, porque no contamos con ningún recurso que nos asegure si está o no curado el enfermo, y lamentablemente sólo queda la paciente observación por tiempo largo, para ver si hace una complicación o no.

P.: ¿Cuáles son las modificaciones clínicas de la sífilis primaria y secundaria?

Dr. Gómez: En Venezuela existen dos enfermedades que desafían al clínico en su diagnóstico, hanseniosis y leishmaniasis, y para ahondar más este problema desde hace alrededor de diez años comienza nuevamente a renacer el de la sífilis. Como se ha dicho aquí, nosotros no aprendimos sífilis cuando éramos estudiantes, por la imagen del problema resuelto, o sea, por la penicilina.

Una forma frecuente, recientemente observada también, es la adenitis con periadenitis que recuerda a un linfogranuloma venéreo o a un bubón, sin embargo, corresponde a una sífilis primaria. Como puede deducirse, no siempre la adenopatía es dura, móvil, indolora, múltiple, pequeña y mediana, sino que estamos observando adenopatías inflamatorias blandas, fluctuantes, dolorosas.

P.: Desde el punto de vista terapéutico y epidemiológico, ¿cómo se maneja un paciente con SARS (sífilis adquirida reciente sintomática) alérgico a la penicilina y a la tetraciclina?



Foto 1. Nódulo mentoniano, insospechable de sífilis. Ultrapositivo.



Foto 2. Sífilis reciente, casi terminando el período secundario, para aquellos que prefieran las tres etapas, con abundante treponemas en fondo oscuro.



Foto 3. Un detalle de la misma.



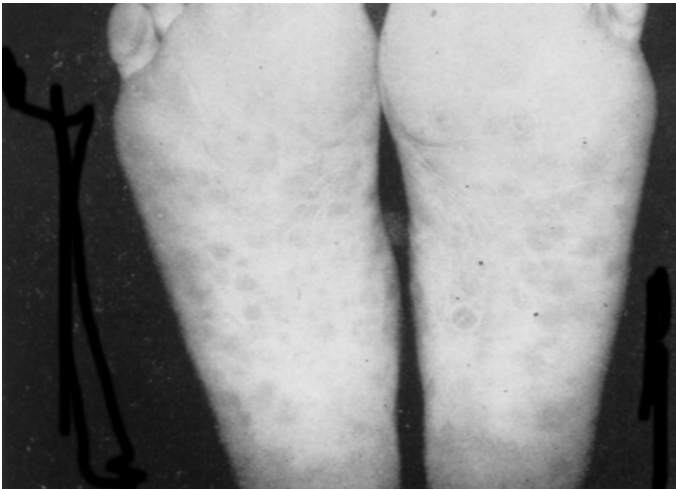
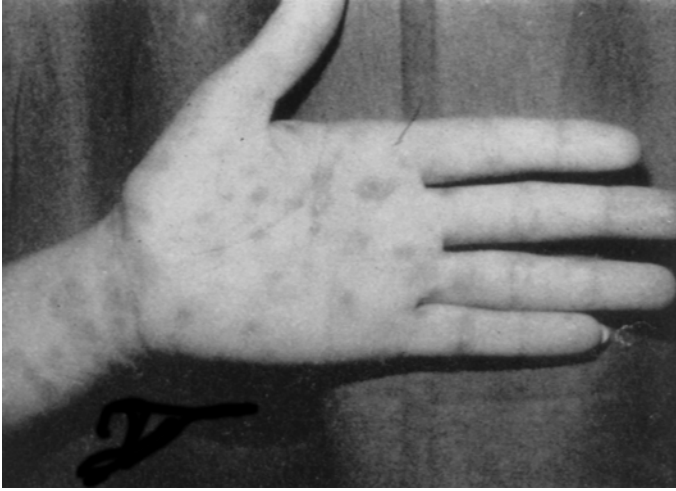
Foto 4. Parece un eritema multiforme; abundantes treponemas



Foto 5. Lesión de la comisura: “plit-pea” de los americanos



Foto 6. Lesiones en la espalda. Casos como estos no se veían desde hace mucho tiempo en Venezuela. La confusión diagnóstica para el médico general es fácil. Este caso fue confundido con una varicela.



Fotos 7 y 8. Lesiones palmo-plantares, ahora más frecuentes en nuestro medio. Dato de importancia clínica para el diagnóstico es la presencia del collarete.



Foto 9. Una dermatitis de tipo seborreico. Ultrapositivo



Foto 10. Una placa mucosa ulcerada. Ultrapositivo.



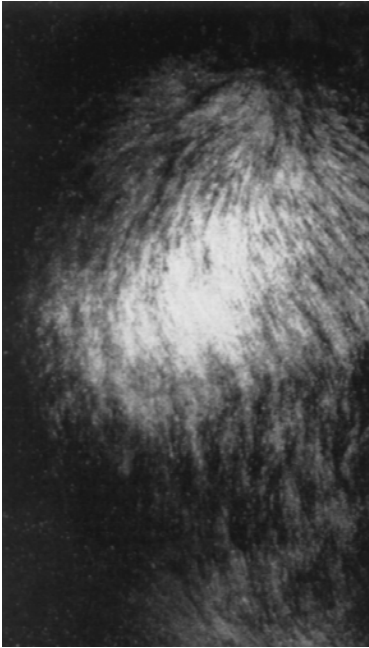
Foto 11. Placa hiperqueratósica con fondo deprimido. Insospechable de sífilis. Llama la atención lo hiperqueratósico, lo seco, lo deprimido de la lesión, que hicieron confundir el diagnóstico con una dermatitis profesional.



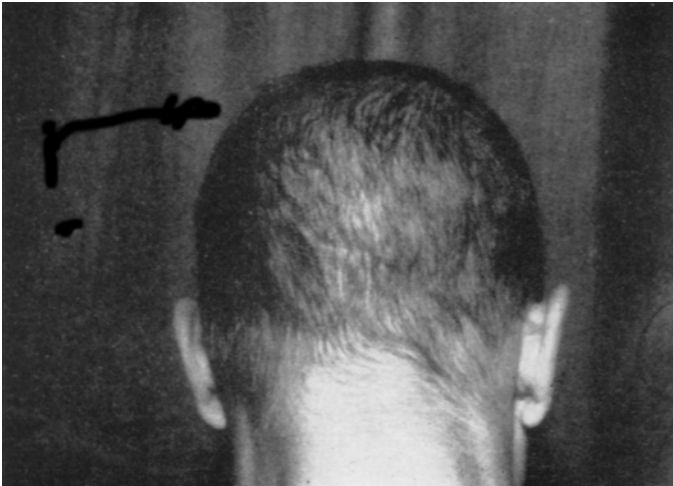
Foto 12. Cordón linfático. Quizás una de las modificaciones más recientes de la clínica, es lo que hemos denominado cordón linfático. No se observa en el paciente chancro, sino una pápula ovalada o alargada, lisa, rosada, brillante, dura, incolora, y al examen al fondo oscuro: abundantes treponemas.



Foto 13. Lesiones multiformes, muy frecuentes en pacientes de color en los Estados Unidos que se comienzan a ver ahora entre nosotros.



Fotos 14 y 15. Alopecia "moth-eaten". ¿Cuántas alopecias similares se pasan porque no se piensa en sífilis?



Dr. Gómez: La terapéutica más usual de los pacientes sífilíticos alérgicos a la penicilina y/o tetraciclina es la eritromicina, en dosis de dos gramos diarios durante 15 días, o un gramo diario durante treinta días, si hubiera intolerancia gástrica. Otras drogas son la provamicina, dos gramos diarios durante veinticinco a cincuenta días. La rifomicina, con el inconveniente de que esta droga es de administración parenteral y muy dolorosa, correspondiendo a cuatro ampollas diarias por 15 a 30 días. En todos los casos, los controles serológicos se realizaron mensualmente. Todavía podría usarse un derivado tetraciclínico por vía oral, la doxiclina, a dosis de 200 mg por 25 días o 100 mg por 50 días, sin olvidar el riesgo que corre el paciente por ser un derivado tetraciclínico, de una dermatitis exfoliativa, fotosensibilización, etc., aun cuando en menor intensidad por ser una modificación de la droga.

P.: ¿Cuáles serían, dadas las deficiencias de notificación, los métodos que nos permitirían medir la magnitud real del problema de la sífilis en nuestro país?

Dr. González: Este es un problema muy difícil de contestar, dadas las condiciones de nuestro país. Pero yo sugeriría que quizás pudieran utilizarse dos métodos.

Uno, el método de muestreo, de una muestra aleatoria de la población venezolana. Hoy se dispone de técnicas bastante buenas, que permiten obtener una muestra de un tamaño relativamente pequeño, pero que sea representativa de la población venezolana, que pudiera ser representativa de la población venezolana, y hacer allí una investigación clínica y serológica.

Otro sistema, que se ha seguido con bastante éxito en los Estados Unidos, es el de una encuesta entre el grupo médico por un período, digamos de dos semanas, preguntándole a cada uno de ellos cuántos casos de sífilis ha visto en ese determinado período y, luego, con ciertos métodos de carácter estadístico estimar la carga de la enfermedad, la prevalencia de la enfermedad.

De cualquier manera, creo yo, que con un método de muestreo pudiera perfectamente tenerse una idea de la prevalencia, de la magnitud del problema, en el país. Pero esto naturalmente, no significaría sino un punto de referencia para medir posteriormente el resultado o el éxito o el fracaso de un determinado programa. Aprovecho la oportunidad para decir que una de las grandes dificultades que hemos tenido los sanitaristas en evaluar los programas de control de sífilis, es que siempre trabajamos comparando lo que hemos ganado y no lo que nos falta. Siempre hablamos de que la incidencia de la sífilis ha bajado, vamos

a suponer de 80 a 40, pero nunca pensamos en lo que falta. No es que haya bajado de 80 a 40, sino que todavía falta 40 por bajar.

P.: ¿Qué frecuencia tiene la reacción de Herxheimer en Venezuela y si tiene la tetraciclina algún valor preventivo?

Dr. Medina: En realidad, la reacción de Herxheimer se le presenta a la gran mayoría de los pacientes con sífilis, cuando comienza el tratamiento. Lo que pasa es que la forma, los grados de esa reacción, son tan pequeños algunas veces, que no los toma en cuenta ni el enfermo ni mucho menos el médico. Pero si uno pudiera vigilarlo y ver la reacción que generalmente es febril, en la tarde o en la noche, verían que la inmensa mayoría tiene una reacción febril durante los 2, 3 ó 4 primeros días, cuando se instala el tratamiento. Ahora, que si las tetraciclinas tienen algún efecto para prevenirlo, yo no lo conozco.

Dr. Reyes: Yo hice la pregunta, porque en un trabajo publicado en Medicina Cutánea de una escuela de Brasil, sacaron un artículo con aparentemente buenos resultados, con dosis cortas y pocos días, previo tratamiento penicilínico.

Dr. Medina: Como no, sí es verdad. Lo que pasa es que me dio la impresión de que no fue controlada la fina respuesta a la reacción de Herxheimer. Y se siguieron por la reacción de Herxheimer brutal, que tienen algunos y no la fina respuesta. Porque indudablemente las tetraciclinas tienen también una acción de destruir treponemas y como sabemos la patogenia, la fisiopatología, la reacción de Herxheimer es la puesta en libertad de toxinas treponémicas. Las tetraciclinas matan y lo que hacen es matar en menor grado que la penicilina, pero los tóxicos se ponen en liberación y seguramente la respuesta es más pequeña, pero debe existir.

P.: Los casos clínicos actuales de la sífilis ¿podrían ser explicados por el uso indiscriminado de la cortisona y de penicilina en bajas dosis, para otras afecciones?

Dr. Gómez: Probablemente, pero eso no se puede decir definitivamente si son atribuibles a ella, o son mutaciones parasitarias que han ocasionado esas modificaciones clínicas.

Dr. Alarcón: El doctor Medina va a hacer un comentario sobre la misma pregunta.

Dr. Medina: Se cree que sea debido al uso de los antibióticos. Transponiendo al hombre lo que ocurre en la sífilis experimental de

los conejos y de los hamster, cuando se someten a pequeñas

dosis de antibióticos antitreponemas, estos animales infectados, se ve que la cepa de treponemas, se modifica en su manera de reaccionar, de tal manera que cepas pasadas a otros animales no actúan como antes de ser sometidas a la acción de estos antibióticos. Es posible que ya con tantos años, el grupo humano, sometido en forma tan grande, haya creado esas modificaciones, esos mutantes en el treponema, que hace que se manifiesten en las formas que no son las clásicas conocidas.

P.: ¿Los treponemas encontrados en ganglios sífilíticos de más de veinte años de evolución continúan siendo patógenos?

Dr. Medina: Continúan.

Dr. González: Con el permiso del doctor Medina, invadiendo su campo, hace muy pocos días, leí en un informe de la Organización Mundial de la Salud, que se habían encontrado también treponemas pertenecientes viables, activos, patógenos en ganglios linfáticos en el Asia, en uno de los países del Asia. No sé si vale la pena que dé esta información.

P.: ¿Hay algún programa de cobertura sobre educación venérea a estudiantes de secundaria, universidades y sindicatos?

Dr. José Ferrer: La División de Venereología organizó en 1965 el Servicio de Educación Sanitaria Antivenérea, con el propósito de difundir entre los grupos de la población las medidas profilácticas y los problemas fundamentales de las enfermedades venéreas.

Las actividades de orientación venereológica se llevan a cabo por medio de charlas que se ilustran con material audiovisual. El Programa de Educación se cumple en coordinación con instituciones públicas y privadas de la comunidad, tales son: institutos de Educación Media, como liceos, escuelas industriales, técnicas, comerciales, normales y artesanales; además instituciones militares y sindicales, estas últimas por intermedio de la Casa Sindical de Caracas. Hemos extendido el programa a centros culturales y deportivos, así como también a barrios de la Zona Metropolitana.

Para el interior, nos hemos trasladado a la zona central, donde se han cumplido compromisos en Maracay, Valencia y Puerto Cabello.

El número de charlas y asistentes a ellas aumentó en el año 1967 en relación al año próximo pasado, según datos que se pueden observar en el cuadro siguiente.

ACTIVIDADES EDUCATIVAS

<i>ZONA METROPOLITANA</i>				<i>INTERIOR DEL PAIS</i>			
<i>Número de charlas</i>		<i>Asistentes</i>		<i>Número de charlas</i>		<i>Asistentes</i>	
1966	1967	1966	1967	1966	1967	1966	1967
875	1.248	29.722	4.862	1.332	6.906	19.510	43.328

OBSERVACIÓN: En el número de charlas se incluyen las dictadas por el personal encargado de impartir las orientaciones venereológicas en los respectivos servicios antivenéreos.

P.: ¿Qué importancia tiene la investigación de contactos en la búsqueda de casos?

Dr. Vecchionacce: Pensamos que tiene una importancia primordial, porque es un método directo. Va de la persona enferma a la persona que puede haberlo enfermado y que él puede haber enfermado. O hablando más concretamente que lo haya enfermado a él y que él ha enfermado. Y nos permite, además, una cantidad de circunstancias sumamente favorables, como son encontrar los pacientes en el momento más oportuno para ser tratados, para recibir el tratamiento. Nos evita que la enfermedad pase a la fase tardía, que generalmente deja secuelas. Además de eso, es un procedimiento mucho más barato que los otros procedimientos usados en epidemiología en sífilis.

Los resultados que nosotros tenemos en cinco años son sumamente satisfactorios, en todos los aspectos. Inclusive nos ha permitido cambiar la clientela de los dispensarios, que anteriormente concurrían generalmente prostitutas y algunos que otros pacientes fuera de esta categoría. Y ahora, los dispensarios están llenos de enfermos venéreos de todas las categorías, de todas las clases. Yo creo que es un método sumamente eficaz, porque es un método directo y el procedimiento es individual como ha dicho el doctor González, me parece que es el que debe emplearse hoy, porque los demás procedimientos serían para conseguir enfermos a largo plazo. Y esto es para conseguir enfermos ya, y que nosotros todos necesitamos conseguirlos.

Dr. González: Yo quiero insistir en lo que se acaba de decir. Lo importante es, por lo menos mientras no dispongamos de otros recursos, la investigación epidemiológica individual, y el seguimiento de

esos contactos, inclusive como ustedes muy bien lo saben, las entrevistas con los casos, por lo menos, en muchos otros países, he leído que muchas veces da hasta un 20 por ciento adicional de nuevos casos. Quiero aprovechar la oportunidad para felicitarles muy sinceramente porque los índices que ustedes presentan se comparan muy favorablemente con los índices epidemiológicos y de lesión a lesión de países muy avanzados. Esto de la Zona Metropolitana, naturalmente, lo importante es ver cómo este método se extiende por lo menos a las ciudades importantes del país, porque estoy seguro que en otras ciudades se podrían conseguir grandes progresos, si se dispusiera del recurso humano de los entrevistadores epidemiológicos de que dispone la Zona Metropolitana. Así es que el Ministerio de Sanidad pudiera en este sentido hacer un esfuerzo y dotar de este tipo de personal, por lo menos a las más importantes ciudades del país.

P.: ¿En qué porcentaje se ve la sífilis congénita en el Dispensario de Venereología Infantil en el Instituto Nacional de Venereología?

Dr. Alarcón: Voy a aprovechar, que aquí se encuentra el doctor Gil Izaguirre, médico pediatra y venereólogo, encargado de esta consulta para que nos informe al respecto.

Dr. Gil Izaguirre: De un orden general, es difícil valorar la sífilis congénita en lo que se refiere al aspecto nacional. En lo que se refiere a la Zona Metropolitana, ya ustedes han visto las cifras que ha señalado el doctor Alarcón. En el Instituto Nacional de Venereología, que es a lo que concretamente se refiere la pregunta ha habido un incremento de la observación de la sífilis congénita. Vale la pena aquí mencionar que esto se debe en parte a que el Instituto Nacional, dispone de una serie de recursos, en lo que se refiere a diagnóstico y que precisa, pues, los casos de sífilis congénitas o los delicados casos de sífilis congénita, donde no se observa sintomatología, es decir, a los casos de sífilis congénita asintomática. Pero también dispone de un recurso bastante importante, que son las buenas relaciones que ese servicio tiene, por una parte con los servicios propios de venereología, es decir, los dispensarios, pero también recibimos material de conjunto de hospitales, entre ellos el Hospital de Niños, el Hospital Ortopédico Infantil, el Hospital Clínico, de donde son referidos los enfermos. Y ello nos permite, pues, haber visto lo que ustedes acaban de ver, lo que ustedes acaban de oír del doctor Alarcón, que ha habido un incremento de la sífilis. Por otra parte, considero que no solamente a eso se debe, sino que, en lo que yo considero importante para haber visto esta observación, es que la Zona Metropolitana de

Caracas, desgraciadamente, se viene observando una falta de asistencia en la consulta prenatal, hasta tal punto, que en la Maternidad Concepción Palacios, a la cual asiste un gran número de gestantes, solamente reciben asistencia prenatal un 30 por ciento de las pacientes.

A esos puntos, es que considero yo la razón por la cual en el Instituto Nacional de Venereología venimos observando mayor número de casos de sífilis congénita.

P.: ¿En qué proporción se observa la sífilis cardiovascular?

Dr. Alarcón: Voy a aprovechar que aquí se encuentra el doctor Muñoz, Jefe de Servicio de Cardiología del Instituto, para que nos informe al respecto.

Dr. Muñoz: La incidencia de sífilis cardiovascular varía en relación con el sexo. Esas son cifras en las cuales coinciden todos los servicios del mundo, es mucho más frecuente en el sexo masculino.

En términos generales, pues vamos a calcular alrededor de un 13 a un 15 por ciento, de lúeticos que presentan sífilis cardiovascular en el sexo masculino, y aproximadamente la mitad en el sexo femenino.

En cuanto a incidencia global de lúes cardiovascular, el fenómeno que se ha observado en Venezuela, por lo menos, en el Instituto Nacional de Venereología, era una decadencia progresiva a partir del año 1952 hasta el año 1962/63. Y a partir del año 1963 hubo un salto de aproximadamente 83 por ciento; del 65 en relación con el año 66 se ha observado una incidencia de sífilis cardiovascular también mayor que el nivel mínimo obtenido en el año 63, aunque no tanto como el obtenido en el 65. Pero en términos promediales, observamos que existe una tendencia al aumento de los casos de sífilis cardiovascular, lo cual viene, pues, a corroborar el hallazgo mundial del aumento de la sífilis en general.

P.: ¿Se están efectuando encuestas serológicas en la Zona Metropolitana?

Dr. L. A. Blanco: En nuestro país hacemos encuesta en forma permanente desde hace muchos años a través del certificado de salud, de los cuales se realizan unos 50.000 cada año.

Como muy bien lo expresó el doctor Carlos Luís González, las encuestas serológicas deben estar respaldadas por equipos capaces de llevar la investigación hasta el final de la misma. Estos recursos estaban presentes en Catia y el Sur, donde además la División de Vene-

teología deseaba dar mayor impulso a las actividades venereológicas y por ello se inició en estas zonas de Caracas una encuesta serológica a grupos seleccionados, donde obtuvimos los siguientes resultados:

Personas encuestadas: 9.250

% de reactividad serológica: 14 por ciento.

Casos de sífilis encontrados: 352.

Asimismo nos preocupó el hecho de que en nuestro principal Centro de Asistencia Obstétrica sólo a 1 de cada 4 prenatales le era practicado por lo menos un VDRL durante el embarazo.

Hicimos una encuesta con el objeto de ver la morbilidad en el grupo no estudiado antes del parto la cual nos dio una reactividad superior (6,7 por ciento) a la que se detecta en escala nacional (2,5 por ciento) en este grupo sanitario.

Este porcentaje nos permite planear la necesidad que existe de solicitar los recursos que se precisen para cubrir la mayor cantidad posible de las prenatales que acuden a la Maternidad Concepción Palacios.

P.: Por favor, repita las reacciones de inmunidad y su susceptibilidad entre las diferentes treponematosís.

Dr. Medina: Los sífilíticos y piánicos se infectan con treponemas carateum. Los pintosos o caratosos no se infectan con treponema pálido ni treponema pertenue. Los piánicos o bubosos se infectan fácilmente con treponema carateum. Concretamente, los caratosos tienen defensas contra la sífilis y el pian. Los sífilíticos se defienden del pian, pero no del carate y los bubosos no se defienden de ninguno de los dos.

P.: El alza de la incidencia se ha dicho que es mundial, ¿se observan diferencias de los coeficientes en los países comunistas?

Dr. González: Lamentablemente, la mayoría de los llamados países socialistas, o países del este de la cortina de hierro, no informa regularmente a la Organización Mundial de la Salud, como sería de desear. Sin embargo, puedo darles algunos ejemplos: en Checoslovaquia, de acuerdo naturalmente, con lo que ellos informan, no se ha observado ese resurgimiento de la sífilis, como en otros países. Sin embargo, Polonia acusa una marcada tendencia al ascenso que, comparando entre 1955 y 1962, los casos de sífilis contagiante en

este último año notificados, son alrededor de dos veces los notificados en 1955. En la Unión Soviética, la situación parece que es muy interesante a juzgar por el informe de un grupo de médicos internacional que visitó a ese país en 1964. Grupo que estaba compuesto por veintidós médicos de 19 países diferentes. Visita que se hizo bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud.

El informe de ese grupo llega a la conclusión de que parece que hay que aceptar como válidas las estadísticas oficiales de los servicios de salud de Rusia, (hablo de Rusia, de uno de los países de la Unión Soviética), en el cual indica que el número de casos de sífilis activa estaba en ese año, en la cifra de 1,4 por 100.000 habitantes. Y el informe de ese grupo de médicos agrega que en Rusia, todos los pacientes en los cuales se diagnostica sífilis, por primera vez, deben obligatoriamente, y allá seguramente se cumple, ser admitido a un hospital dentro de veinticuatro horas y que el tratamiento se comience inmediatamente, y la investigación necesaria de los contactos se inicia inmediatamente.

P.: ¿En qué servicios deben tratarse los casos de sífilis que se diagnostican en las consultas en el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales o en el Hospital Universitario?

Dr. Gómez: En el Hospital Universitario los que van allí, y los del Seguro pueden ser referidos a los dispensarios correspondientes.

Dr. Alarcón: Yo quiero agregar esto: desde que se instaló el Seguro Social en 1944, el Ministerio de Sanidad y el Seguro Social firmaron un convenio en que todos los enfermos venéreos, de sífilis y de otras enfermedades venéreas, que fueran vistos en los servicios de los Seguros Sociales pasaran a los servicios antivenéreos. Eso se ha cumplido en parte, porque muchos enfermos no asisten a los servicios por incomodidad o por la hora en que trabajan esos servicios, que es generalmente desde las 3 hasta las 6 de la tarde.

Los enfermos vistos tanto en el Hospital Vargas como en el Hospital Universitario, siempre son referidos al Instituto Nacional de Venereología, para su tratamiento y control. Sin embargo, es más práctica la forma como se hace actualmente, de que se averigua al enfermo cuál es su ubicación en la ciudad, y como tenemos 12 dispensarios antivenéreos en la Zona Metropolitana, entonces se refieren esos enfermos a los servicios antivenéreos correspondientes a la zona donde el enfermo vive.

P.: ¿La prueba de absorción de anticuerpos fluorescentes AFT, ABS, separa las lúes de otras treponemosis?

Dr. Medina: No, no las separa. Con ninguna reacción actualmente disponible es capaz de diferenciarse las tres treponemosis humanas, que yo sepa.

P.: ¿Podemos considerar, actualmente, que la sífilis se cura? ¿Se ha planteado un cambio en la técnica penicilínica que actualmente se aplica?

Dr. Medina: Evidencias de que se cura no quedan dudas. Tenemos numerosos pacientes que se les ha diagnosticado sífilis, se han tratado y han consultado en tiempo más adelante, un mes o años después, con nuevos chancros sifilíticos. Y la forma más definida de decir que se curó la enfermedad sifilítica, es que el individuo vuelva a adquirir la afección, luego sí se curó. Ahora, pasado un tiempo, pasado unos años, después del cuarto año, no tenemos en realidad ningún recurso para afirmar que se ha curado la enfermedad. Solamente el tiempo. Cuando no aparecen complicaciones en el curso de los años, nos aseguran, no sabemos si realmente se han curado, hablando en palabras, en sentido biológico o la hemos conducido a una latencia, que es tan larga que el individuo no llega a hacer complicaciones en el resto de su vida.

P.: ¿Cree que los resultados terapéuticos serán similares entre el uso del benzetazil y la penicilina G-procaína?

Dr. Medina: No, la Organización Mundial de la Salud, que centraliza las informaciones en forma seria, ha recomendado la penicilina procaína con monoesterato de aluminio, el PAM, conocido internacionalmente con esa sigla, mejor que la penicilina benzatínica, porque en esta segunda droga, no se libera en forma uniforme la penicilina y, por lo tanto, se corre el riesgo de que pase el enfermo, algunas horas o un día sin que esos niveles lleguen a ser útiles y entonces la enfermedad no se cura.

P.: ¿Cómo se interpretan las recaídas clínicas y serológicas?

Dr. Gómez: Recaídas clínicas por reaparición de la infección, bien sea por reinfección o porque la latencia dejó de existir; la simbiosis del treponema y el huésped dejó de existir y se manifiesta, por ende, la recaída serológica.

P.: ¿Qué reacciones deben emplearse en la serología de la sífi-

Dr. Medina: Bueno, en la actualidad, y cuando sea posible, el ideal es combinar una reacción de floculación con la reacción de inmunofluorescencia. Actualmente, en los sitios donde no puede hacerse esto, debe recurrirse al VDRL, que es una reacción excelente, sensible, específica y económica.

Ahora, en los sitios, donde se pueden tener otros recursos, el ideal es combinarla, asociarla a la inmunofluorescencia.

P.; Considera la automedicamentación como un factor importante en el aumento de la incidencia de la sífilis, ¿por qué el SAS no pone en vigencia la prohibición de la venta libre de la penicilina?

Dr. Alarcón: La División de Venereología, desde hace algún tiempo, pidió al Ministerio o a las autoridades superiores, no prohibir, restringir la venta de la penicilina, porque no se puede prohibir la venta de la penicilina, sino de controlar, es decir que la droga sea expandida únicamente bajo receta médica como existe en otros países. Por ejemplo, en los países europeos, en Norteamérica, ningún farmacéuta vende penicilina si no tiene el récipe del médico. Y entonces eso es lo que nosotros hemos pedido que se haga. Ahora hay una comunicación de la División de Farmacia del Ministerio, en que se exige al farmacéuta que no se expenda la penicilina sino con receta médica.

P.: ¿Se conoce en Venezuela qué enfermedades y con qué frecuencia dan falsas biológicas positivas?

Dr. Medina: Enfermedades que dan reacciones sin ser treponematosis, tenemos un porcentaje de ciertas colagenosis. Lupus sistémico puede dar 40 ó 50, algunas veces 60 por ciento de reacciones reactivas. Tenemos los estados postvacunales. La linfogranulomatosis venérea en el período semiagudo de su desarrollo. Especialmente esas son las que nos pueden dar reacciones reactivas, no treponémicas. Sin embargo, a esto añado, esto ya casi se elimina digamos así, cuando en lugar de utilizar las reacciones cardiolípicas, se utilizan las reacciones de inmuno-fluorescencia por el método de absorción en que prácticamente esto cae. Por ejemplo, en lepra lepromatosa que con el VRDL llegaba a ser 40 ó 60 por ciento de positividad, apenas llega en un 2 por ciento con la inmunofluorescencia.

P.: ¿Qué papel atribuye usted al médico general en el ejercicio privado en el control de la sífilis? ¿Cómo debe programarse la incorporación de ese médico general en el control de la sífilis?

Dr. González: Como traté de indicarlo en mi exposición, el médico general, a mi manera de ver, por mucho tiempo por venir, constituirá uno de los puntos claves en cualquier programa de lucha antisifilítica. Y esto es tanto más lógico pensarlo, cuanto que con los tipos de tratamientos de que hoy se dispone, ya el manejo de los pacientes sifilíticos prácticamente dejó de ser exclusivo del especialista. Lo mismo que seguramente habrá pasado, aunque en menor escala, con la tuberculosis. El hecho de que hoy la sífilis pueda tratarse en una forma relativamente corta, en poco tiempo, ha hecho justamente que la clientela sifilítica se haya ido, y mucho, hacia el médico general y que el médico general se sienta hoy en capacidad de hacer ese tratamiento. El problema para incorporar al médico general en las luchas antisifilíticas es justamente el de tratar de convencerlo, de que sin quitarle esa posibilidad de tratar al paciente, él colabore notificando el caso, para que los servicios oficiales epidemiológicos puedan hacer la investigación de contactos. Eso, naturalmente, tiene que estudiarse con mucho cuidado, porque fundamentalmente hay que respetar la relación médico-paciente por una parte, y por la otra garantizar al médico privado al carácter confidencial de esa notificación. En muchos países, los médicos privados han dejado de notificar y una de las razones que dan es justamente, la falta de seguridad, la falta de garantía por parte de los servicios oficiales de sanidad, de guardar el carácter confidencial de esa notificación. Pero, yo creo que si se logra, con una buena campaña de acercamiento, al médico privado, convencerlo de que se le garantizan estas confidencias, este carácter confidencial, yo creo que el médico general puede incorporarse fácilmente a la lucha antisifilítica.

Cuando veía las láminas presentadas por el doctor Gómez, pensaba yo que ese tipo de lámina no es necesario, ante una audiencia tan calificada como la de ustedes. Donde se necesita justamente es hacerla llegar al médico general. Yo creo que en un programa de educación médica continuada que la Asociación de Facultades y Escuelas de Medicina está en este momento prohijando, este tipo de enseñanza es fundamental. Y yo sugeriría que próximamente nos pongamos en contacto usted y yo, doctor Gómez, porque yo le pediría la colaboración para ver si desarrollamos un programa de educación médica continuada en sífilis para los médicos generales, a base de ese material tan interesante que usted tiene.

P.: ¿Qué conducta terapéutica se debe seguir ante un caso de 45 años, asintomático, con Reiter reactivo, VDRL reactivo, FTA reactivo, clínica negativo, y epidemiológico no hay?

Dr. Medina: La recomendación que yo haría sería tratarlo, porque: ¿qué se llama epidemiológico no hay, en un individuo de 43 años?

RECOMENDACIONES

Tomando en consideración que la Sífilis constituye en la actualidad un grave problema de Salud Pública tanto en el ámbito nacional como internacional se hacen las siguientes recomendaciones:

1. Crear nuevos Servicios Antivenéreos en las zonas que lo ameriten por la magnitud del problema, y reorganización de los Servicios ya existentes con el objeto de obtener mayor rendimiento en el trabajo.

2. Establecer en escala nacional la investigación epidemiológica de contactos dotando a los Servicios Antivenéreos de los Entrevistadores-Investigadores de Contactos de acuerdo con el problema en cada uno de ellos.

3. Realizar encuestas serológicas en las concentraciones demográficas importantes y particularmente en el grupo etario de 15 a 34 años por ser el más productivo y expuesto, e intensificar la investigación serológica en Maternidades, Hospitales, S.S.O. y especialmente en aquellos grupos cuya importancia epidemiológica haya sido destacada.

4. Realizar una campaña educativa en escala nacional en coordinación con otras Dependencias oficiales tales como el Ministerio del Trabajo, Ministerio de Educación y S.S.O.

5. Dotar al Instituto Nacional de Venereología de los recursos indispensables para sus programas de investigación venereológica, docencia y preparación de personal.