

## LA INVESTIGACION DE CONTACTOS EN LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES VENEREAS INFECCIOSAS<sup>1, 2</sup>

JOHANNES STUART, P.H.D.<sup>3</sup>

Para investigar los contactos, lo primero es averiguar los nombres y las direcciones de todas las personas con que el paciente de una enfermedad venérea tuvo relaciones sexuales durante el período en que la infección se pudo haber adquirido o transmitido. El segundo paso consiste en localizar a esas personas y hacer que se sometan al correspondiente diagnóstico y tratamiento. De estas actividades, la primera se llama interrogatorio de los contactos y la segunda localización de los mismos.

La investigación efectiva de los contactos de sífilis ofrece, en potencia, los mayores beneficios desde el punto de vista del control, ya que dicha investigación permite encontrar y tratar a las personas susceptibles de transmitir y, por lo tanto, perpetuar la dolencia en el seno de la colectividad. En efecto, esos focos, a los que con frecuencia se da el nombre de reservorio de sífilis—constituído por los casos viejos y nuevos de la enfermedad—irían desapareciendo gradualmente si la investigación de los contactos pudiera eliminar todos los focos de infección.

También en cuanto a la blenorragia puede existir un reservorio, pero es de un tipo diferente. Este reservorio está integrado por las mujeres huésped de los gonococos que pueden transmitir la infección pero no presentan síntomas clínicos de la enfermedad e incluso resulta difícil obtener pruebas positivas de ésta en los análisis de laboratorio. La investigación de contactos puede asi-

mismo encaminarse al descubrimiento de estos reservorios.

Si la investigación de contactos es un método tan eficaz para combatir la sífilis infecciosa y constituye un indicio tan directo respecto a la portadora no sintomática de blenorragia, ¿por qué no se ha aceptado por todas las naciones como el factor más importante del programa de control de las enfermedades venéreas? En los Estados Unidos, donde hemos pasado los ocho últimos años trabajando para aumentar la eficacia de este método, quedan aún por resolver muchas dificultades fundamentales para que quepa esperar de la investigación de contactos los resultados que pudieran rendir en circunstancias ideales.

He aquí algunos de los elementos básicos del programa de control con los que hay que contar para que la investigación de contactos sea eficaz:

1. *Presentación voluntaria de los pacientes.* El interrogatorio de los contactos, que constituye el primer paso del proceso de control, depende de una constante afluencia de pacientes venéreos infecciosos dispuestos a facilitar detalles sobre sus relaciones sexuales. La manera más segura de garantizar esta afluencia continúa consiste en procurar que un importante porcentaje de la población reconozca los primeros síntomas de la sífilis o de la blenorragia y acuda voluntariamente en busca de diagnóstico y tratamiento. Para ello es necesario educar al público en muchas formas y llevar a cabo campañas de análisis de sangre en las poblaciones de una elevada proporción de casos de enfermedades venéreas.

2. *Diagnóstico.* Si no se determina por procedimientos médicos y de laboratorio la existencia y carácter de una enfermedad venérea, la investigación de contactos puede ser completamente ineficaz en los casos de aquellas personas que no estén infectadas o

<sup>1</sup> Trabajo presentado a la XIII Reunión Anual de la Asociación Fronteriza Mexicana-Estadounidense de Salubridad, celebrada en la Ciudad de México del 6 al 9 de mayo de 1955.

<sup>2</sup> Del Programa de Control de Enfermedades Venéreas, División de Servicios Sanitarios de Sanidad, Servicio de Salud Pública, Secretaría de Salud, Educación y Bienestar, de los Estados Unidos, Washington, D. C.

<sup>3</sup> Oficial de la Administración del Programa de Control de Enfermedades Venéreas.

no se encuentren en una fase contagiosa. Para ello, los servicios encargados de tratar a los pacientes deben contar con suficiente personal clínico y equipo técnico de laboratorio.

3. *Cooperación de clínicas, hospitales, médicos particulares y autoridades sanitarias civiles y militares.* El paciente infectado puede acudir a un médico particular, a un servicio de hospital, a una clínica o a un consultorio de salud pública, o a un servicio de sanidad militar o civil. Para que el programa de control alcance un máximo de eficiencia, el interrogador-investigador necesita tener acceso a los enfermos venéreos infecciosos que acuden a todos esos lugares de tratamiento.

4. *Comunicaciones.* Por lo general, la mayor parte de los contactos nombrados por los pacientes residen dentro de la jurisdicción en que se hace el diagnóstico y se aplica el tratamiento. Pero también habrá un importante porcentaje de contactos fuera de tal jurisdicción. En el caso del personal militar infectado, muchos e incluso la mayoría de los contactos pueden vivir en lugares muy distantes de aquel en que se diagnostica la infección. Por ello es esencial que se establezca un sistema uniforme de comunicación entre los que trabajan en el control de las enfermedades venéreas para facilitar la transmisión, por los respectivos departamentos de sanidad, de los informes relativos a los contactos. Cuando sea necesario, se debe utilizar el telégrafo o el teléfono para acelerar el control de los brotes de enfermedades venéreas.

5. *Personal.* Por su personalidad, su comportamiento, su conocimiento del programa de control de las enfermedades venéreas, su sentido de responsabilidad y su afán de prestar un servicio útil, un buen interrogador-investigador de contactos debe ser capaz de convencer a los pacientes de la necesidad de dar los nombres y direcciones de todas las personas con las que han tenido relaciones sexuales durante el período en que pueden haber adquirido o transmitido la infección.

Como se ha indicado anteriormente, no hay en los Estados Unidos un solo Estado en

que se desenvuelva a la perfección ninguno de los aspectos de la investigación de contactos. Un examen de algunas de las imperfecciones actuales mostrará cuánto se puede conseguir sin perfección.

En primer lugar, no hay ningún Estado que se encuentre en la feliz situación de poder proporcionar adecuados servicios de diagnóstico a todos los que se sospeche padecen una enfermedad venérea infecciosa. Es decir, no hay posibilidad de aplicar a todos los enfermos con síntomas clínicos de sífilis y blenorragia esas pruebas fundamentales del diagnóstico que son el examen en campo oscuro, el frotis y el cultivo. En segundo término, si bien es cierto que se ha establecido entre los diversos Estados y entre las autoridades sanitarias civiles y militares un sistema muy uniforme de notificación de contactos, existen áreas y poblaciones considerables que no cuentan con los servicios de interrogadores-investigadores. Por otra parte, los investigadores de contactos no tienen acceso a todos los numerosos pacientes tratados por médicos particulares, clínicas de hospitales, etc. Finalmente, nuestros servicios de control de contactos nunca se han perfeccionado lo suficiente para proporcionar adecuada asistencia a los grupos de población de idioma extranjero que hay en nuestro país.

A pesar de estos inconvenientes, se han conseguido importantes progresos, y, para el espíritu humano, es fuente constante de aliento el hecho de que se logren grandes avances a despecho de las flaquezas que nos afligen. En los últimos ocho años, durante los que se ha trabajado más en la investigación de contactos, el número de casos de sífilis primaria y secundaria notificados disminuyó en una noventa por ciento. Incluso en la blenorragia, que ha ocupado un segundo lugar en nuestro programa de control de las enfermedades venéreas, se ha observado en el mismo período un descenso del cuarenta por ciento.

Ahora bien, como las relaciones sexuales humanas no han cambiado y pueden seguir originando infecciones mientras existan los microorganismos causantes de las mismas,

es importantísimo permanecer en actitud vigilante. Por ello, parece apropiado describir algunas epidemias recientes que dan idea del mecanismo de transmisión de las enfermedades venéreas desde las poblaciones en que abundan hasta aquellas en que escasean, atravesando las barreras raciales, sociales y profesionales:

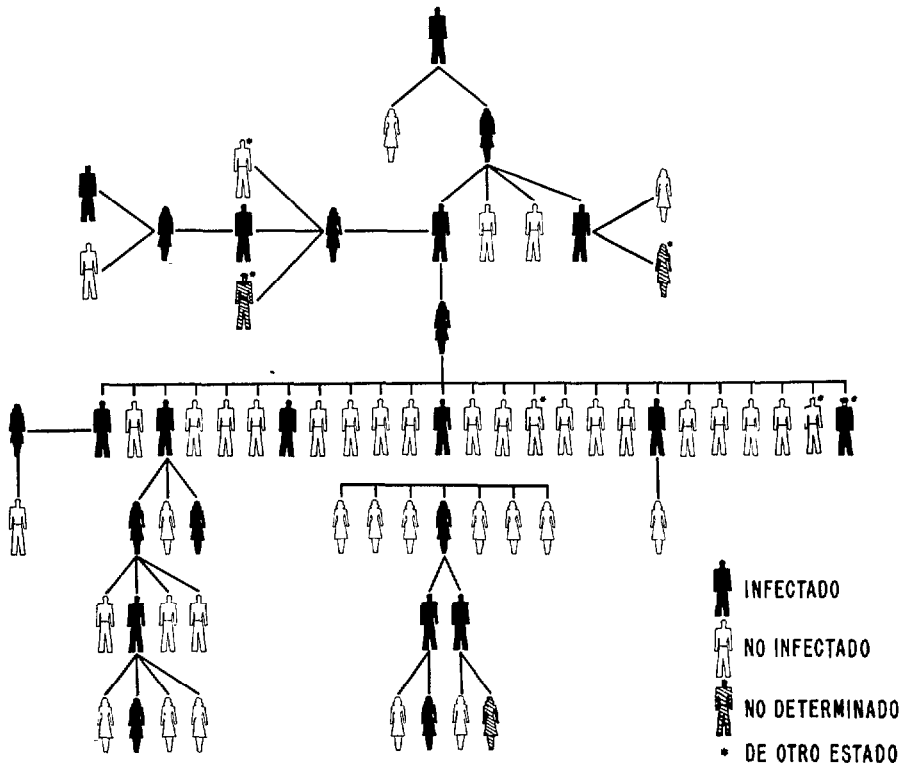
1. En el Estado de Kentucky se produjo una epidemia local de sífilis entre jóvenes de 16 a 26 años, con unas características relativamente normales en lo que respecta a la transmisión de la enfermedad. Salvo un caso, todas las personas infectadas tuvieron un número bastante limitado de contactos. Esa excepción fué una muchacha, que nombró 25 contactos, seis de los cuales se hallaban infectados. De los 70 contactos mencionados por individuos infectados de la cadena, sólo hubo 5 que no se llegó a saber si estaban in-

fectados o no. Hasta en esa epidemia local, 6 de los contactos residían en otros Estados y 2 pertenecían a las fuerzas armadas.

Con este motivo, se descubrieron 24 casos de sífilis en una pequeña ciudad de Kentucky. Con una sola excepción, todos ellos se hallaban en la fase primaria o en la secundaria y, salvo unos pocos, todos pertenecían a un sector de la población estudiantil estrechamente relacionada.

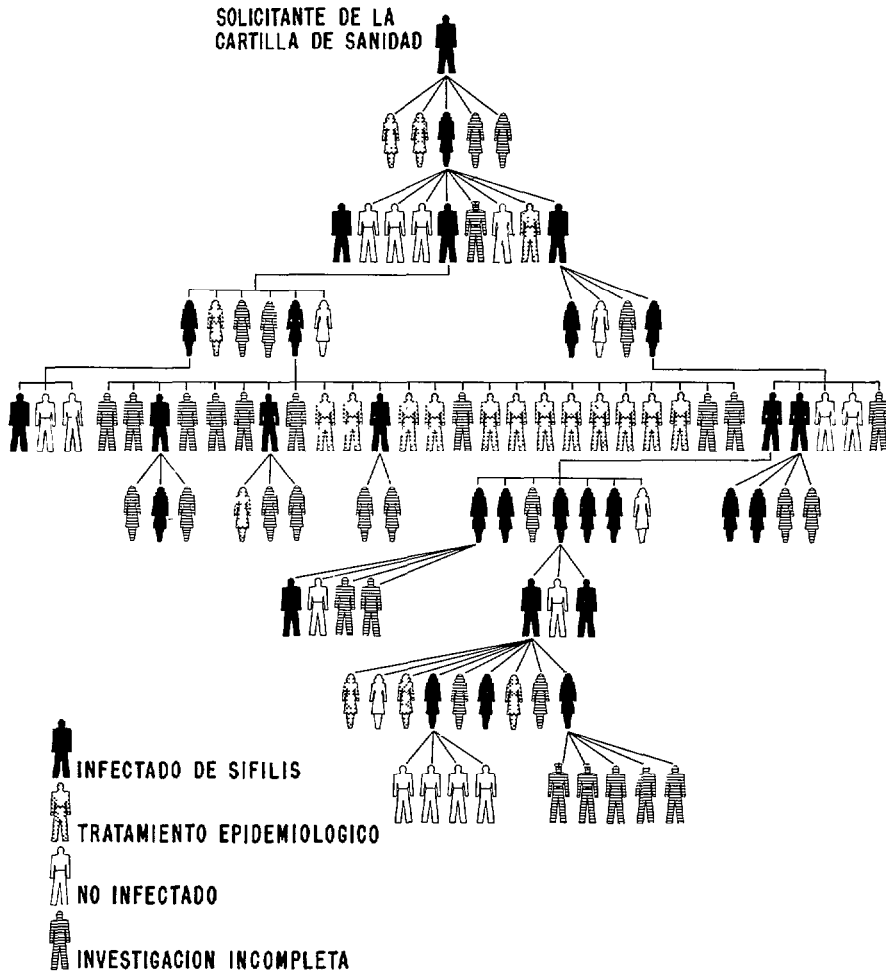
2. En el Estado de Carolina del Norte se descubrió recientemente una epidemia similar como resultado de un análisis de sangre hecho a un individuo que buscaba empleo en un restaurante y necesitaba un certificado de sanidad para la manipulación de alimentos. Como resultado del diagnóstico de sífilis infecciosa, formulado en tal caso, fueron sometidos a tratamiento 19 pacientes de sífilis infecciosa. Se encontraron,

FIG. 1.—Brote de sífilis temprana entre un grupo de jóvenes de Kentucky, 1953.†



† De las 70 personas comprendidas en esta cadena epidemiológica, 24 se hallaban infectadas: 23 con sífilis primaria o secundaria y 1 con sífilis temprana latente. De esos 24 casos todos, menos 5, eran jóvenes de 16 a 26 años de edad.

FIG. 2.—Epidemia de sífilis en Carolina del Norte, 1954.



Total de personas complicadas	101
Sífilis primaria y secundaria	19
Otras sífilis	10
Tratamiento epidemiológico	20
No infectadas	18
No localizadas	6
Pendientes de dictamen	28

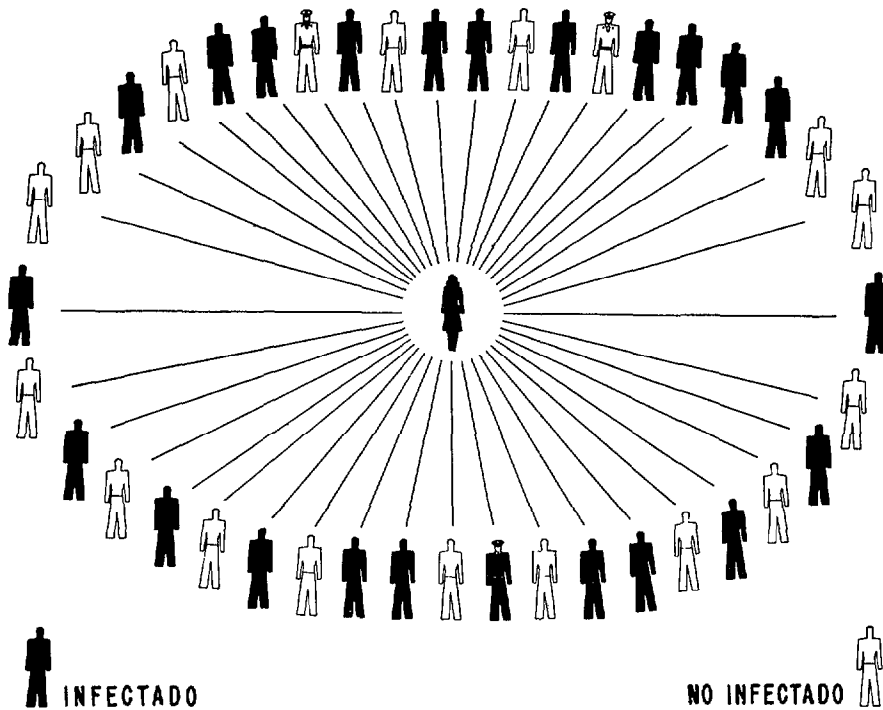
Nota: Más de la mitad de las personas complicadas tenían menos de 20 años de edad.

además, 10 enfermos de sífilis no infecciosa y se dió tratamiento epidemiológico a 20 personas. Más de la mitad de las 101 personas afectadas tenían menos de 20 años de edad.

3. En el Estado de Virginia del Oeste, se manifestó recientemente otra epidemia de tipo característico. Nos encontramos allí con un tipo menos común, aunque bien

conocido, de conducta sexual: la de una mujer que, voluntaria o involuntariamente, con o sin una remuneración monetaria, mantiene relaciones sexuales con gran número de varones. Casos así se dan acaso con mayor frecuencia en la prostitución, y están relacionados con la existencia del gangsterismo sexual entre los hombres. Al parecer, la muchacha de 16 años a que este caso se

FIG. 3.—Brote de Chancroide en Virginia del Oeste, 1952.



Una muchacha de 16 años, infectada de chancroide, tuvo 41 contactos en pocos días. La investigación de contactos dió lugar a que 23 hombres (entre ellos 17 alumnos de bachillerato) fueran diagnosticados como infectados, y se sometieran a tratamiento. En los otros 18 el diagnóstico fué de no infección y se les aplicó el tratamiento epidemiológico. La rápida investigación de todos los contactos impidió que la enfermedad se extendiera más.

refiere no era de inteligencia muy despierta, y los contactos sexuales tuvieron lugar en un breve período durante el cual la joven fué mantenida, más o menos, en estado de embriaguez, mientras los individuos expuestos primeramente al contagio iban reclutando a sus amigos. Los datos de que se dispone indican que la muchacha tuvo contacto sexual con 41 hombres, entre los que figuraban 23 que fueron diagnosticados clínicamente y tratados por infección chancroide. Diecisiete de ellos eran estudiantes de bachillerato.

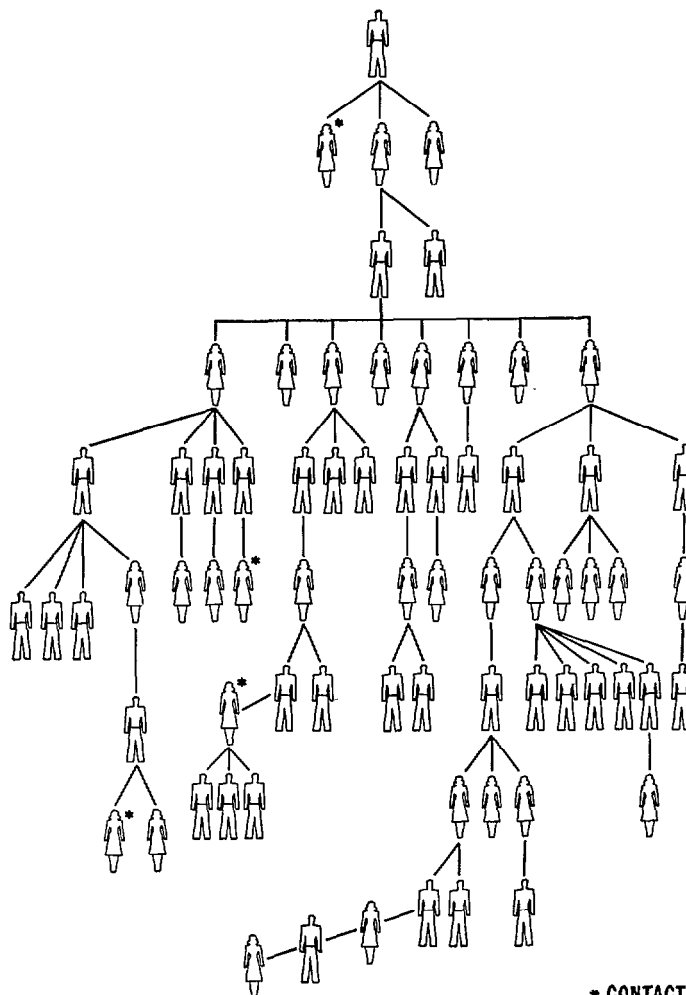
El brote llegó a conocimiento de las autoridades sanitarias de Virginia del Oeste gracias a un médico particular que envió a uno de los enfermos al departamento de sanidad. Tal individuo fué quien facilitó el nombre de la joven de 16 años, la que se

diagnosticó clínicamente que padecía de chancroide. Este diagnóstico se confirmó mediante reacción positiva en la prueba epitelial de Ducrey. Los contactos nombrados por la paciente y las personas mencionadas por éstos sumaron 41.

4. Otra epidemia de sífilis infecciosa temprana se propagó en una población del sur de Georgia. En esta epidemia, la investigación de contactos comenzó el 17 de agosto de 1953, cuando, después del examen médico, un recluta fué enviado al departamento de sanidad, donde se encontró que padecía de múltiples lesiones de sífilis primaria. Los contactos infectados que nombró y las cadenas de infección que éstos descubrieron durante la investigación determinaron que se sometieran a tratamiento 60 casos de sífilis primaria y secundaria, siete con sífilis latente temprana y uno con sífilis latente

FIG. 4.—Epidemia de sífilis en Georgia, 1953.\*

En este gráfico sólo se presentan los casos infectados.



\* CONTACTOS DE OTROS ESTADOS

\* Esta epidemia afectó a 211 personas, y hasta la fecha los resultados son los siguientes:

Sometidos a tratamiento por sífilis primaria o secundaria	60
Sometidos a tratamiento por sífilis latente temprana	7
Sometidos a tratamiento por sífilis latente tardía	1
Reanudación de tratamiento por sífilis latente tardía	2
Reanudación de tratamiento por sífilis congénita	1
Sin síntomas: administración de tratamiento epidemiológico	79
No infectados	32
Imposibles de localizar	6
En curso de investigación	9
Fuera de la jurisdicción: sin informe	14

tardía. Otros setenta y nueve casos recibieron tratamiento epidemiológico para combatir el brote. Se nombraron en total 211 contactos, constituyendo lo que se considera como la mayor de las cadenas completas de infección encontradas en los Estados Unidos.

Pero ni aun la excelente labor efectuada por cuatro investigadores que, durante seis semanas, dedicaron de 12 a 15 horas diarias al descubrimiento de estos casos fué suficiente para demostrar la existencia de una relación entre este brote y otra epidemia que se manifestó simultáneamente, y puede decirse que dentro de la misma área, determinando otros 19 casos de sífilis infecciosa. Los esfuerzos de esos cuatro trabajadores sanitarios no bastaron para que todos los infectados dieran a conocer los nombres y direcciones de los contactos.

Pese a las imperfecciones mencionadas, la investigación de contactos ha sido muy eficaz, no sólo para cortar las cadenas locales de infección, sino también para localizar a individuos transmisores de enfermedades venéreas, desde el Atlántico hasta el Pacífico, desde la frontera canadiense a la mexicana, haciendo que se sometan a diagnóstico y tratamiento e impidiendo que sigan propagando la dolencia.

Pero, del mismo modo que hemos visto que una localidad no puede ignorar los problemas que las enfermedades venéreas crean en las localidades vecinas, también sabemos que un país no puede desconocer los problemas de esa clase que afectan a los países vecinos. Y, al tratar de extender internacionalmente nuestro sistema de investigación de contactos, tenemos que enfrentarnos con las dificultades que crean las distancias y la diferencia de idiomas.

Desde hace muchos años, la Oficina Sanitaria Panamericana actúa en las Américas como centro de transmisión de informes sobre los contactos de enfermedades venéreas. Como resultado de sus estudios, y

teniendo en cuenta las dificultades que hoy existen, la Oficina Sanitaria Panamericana está preparando un nuevo sistema trilingüe de intercambio directo de información entre todas las naciones del Hemisferio Occidental. Tal sistema será especialmente útil a los países como México y los Estados Unidos, cuyos ciudadanos mantienen estrechas relaciones y en los que el problema de las enfermedades venéreas presenta caracteres de interés común. La labor precursora de la Oficina Sanitaria Panamericana es también una demostración ante el mundo entero, y con miras al futuro, de la forma en que se pueden abordar los problemas sanitarios internacionales mediante la colaboración de las naciones vecinas.

#### RESUMEN

Los elementos esenciales de un programa de control con los que hay que contar para que la investigación de contactos resulte eficaz son: la presentación voluntaria de los pacientes, lo que requiere que el público esté bastante instruido para reconocer los primeros síntomas de las enfermedades venéreas y acudir en busca de tratamiento; medios apropiados de diagnóstico; colaboración de las clínicas, hospitales, médicos particulares y autoridades sanitarias civiles y militares; expedita comunicación entre el personal que trabaja en la lucha antivenérea para la transmisión en escala nacional de los informes relativos a los contactos; y, por último, la disponibilidad de suficiente personal. En el presente trabajo se citan ejemplos de epidemias venéreas descubiertas gracias a la investigación de contactos. El programa de investigación que está llevando a cabo la Oficina Sanitaria Panamericana fomentará el intercambio de informes sobre contactos, en beneficio mutuo de las naciones vecinas, tales como los Estados Unidos y México.

---

CONTACT INVESTIGATION AND THE SEARCH FOR INFECTIOUS VENEREAL  
DISEASE (*Summary*)

The basic program elements which must be present before contact investigation can be of service are: voluntary patients, which necessitate a public sufficiently educated that it can recognize early signs and symptoms of venereal disease and so seek treatment; adequate diagnostic facilities; cooperation of clinics, hospitals, private physicians, civilian and military health authorities; communication between venereal disease work-

ers for the transmission of contact report on a national basis; and finally, adequate personnel. Examples of epidemics of venereal disease which were first revealed by contact investigation are included. The contact investigation program of the Pan American Sanitary Bureau now under way will further the exchange of contact investigation reports to the mutual benefit of neighboring nations such as the United States and Mexico.