

BOLETIN de la Oficina Sanitaria Panamericana

Año 34

Vol. XXXIX

Agosto, 1955

No. 2

EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES VENEREAS EN EL MEDIO RURAL DEL PARAGUAY

DR. DOMINGO A. MASI

Director del Dpto. de Enfermedades Venéreas del Ministerio de Salud Pública y Previsión Social, Paraguay

ANTECEDENTES

La Campaña Sanitaria de Control de las Enfermedades Venéreas en el Paraguay inicióse a mediados de 1919. La acción desarrollada a través del primer Dispensario de Piel y Sífilis, se orientó de acuerdo con los adelantos científicos de la época—aspecto exclusivamente asistencial—y benefició a Asunción, capital de la República, y a sus inmediaciones.

En 1945, este Dispensario se trasladó al Centro de Salud No. 1 “Gral. Dunham”, y su función se especifica, y se inicia desde entonces un plan de trabajo completo y amplio en relación con el control de las enfermedades venéreas. También asume la tarea de la formación del personal profesional y auxiliar.

Esto determina un cambio total de orientación de la lucha antivenérea en la zona de la capital, desde el punto de vista de la salud pública. En efecto, del enfoque eminentemente “individualista” de la época del primer Dispensario de Piel y Sífilis, se pasa a un programa de control en “masa”; y así se visita y se controla a los núcleos epidemiológicamente importantes de dicha colectividad, iniciándose por tanto, una importante etapa de acción extramural que

* Tomado de la “Memoria de las Primeras Jornadas Venereológicas Paraguay-Argentinas,” noviembre 19 y 20 de 1954, Departamento de Enfermedades Venéreas, Ministerio de Salud Pública y Previsión Social, Paraguay.

se encomienda a un equipo sanitario especializado.

Esta nueva orientación sanitaria antivenérea condujo a la jerarquización del problema, y por tanto, a su mayor consideración de parte de las autoridades sanitarias superiores del país, lo que determinó un progreso ponderable en la lucha contra este grupo de enfermedades.

Resuelto el problema del control de las enfermedades venéreas en la zona de la capital, nuestra labor se orienta en la actualidad hacia el medio rural del Paraguay. Esta magna empresa, comenzada en 1950, se halla dentro de la órbita de nuestras posibilidades, si bien su ejecución nos obligará a vencer múltiples dificultades sobre la marcha.

PLAN DE TRABAJO: PROGRAMA DE ACCION INTENSIVA Y PROGRAMA DE ACCION PERMANENTE

Como se carecía de datos estadísticos sobre la exacta magnitud del problema sanitario en cuestión—es decir, la prevalencia e incidencia de las enfermedades venéreas en el medio rural—se resolvió acometer dos programas, que sirviesen para proporcionar esta información a la mayor brevedad: uno de acción intensiva y otro de acción permanente.

Mediante el programa de acción intensiva, o de “impacto”, los recursos técnicos, económicos y administrativos disponibles,

son aplicados por un período mínimo de tiempo, alcanzando un nivel satisfactorio de control de la población "sexualmente" activa de una colectividad. Este programa se ejecuta como etapa preliminar a la habilitación de un centro de salud, o como labor paralela o colateral del Dispensario de Enfermedades Venéreas, ya en pleno funcionamiento en una institución; mientras que el programa de acción permanente, es la aplicación de esos mismos recursos a la labor cotidiana del Dispensario de Enfermedades Venéreas de un Centro de Salud, y se hace cargo del programa total en el futuro. Deseamos insistir que ambos tipos de programas se complementan en todos sus aspectos, de tal manera que su acción conjunta redunde en un mejor y más eficiente control sanitario de este grupo de enfermedades.

Esta planificación del trabajo se adoptó por varias razones, a saber: 1) la necesidad de demostrar procedimientos modernos de control de rápida ejecución, con un mínimo de equipo y personal, a costo razonable y adaptados a las condiciones particulares del medio rural; 2) la existencia de una ruta asfaltada de 180 kilómetros en el área de demostración seleccionada, la cual beneficia a 10 localidades que cuentan con servicios hospitalarios adecuados que necesitaban únicamente reacondicionamiento; 3) la posibilidad de realizar un trabajo intensivo por un equipo móvil desplazable desde la zona de la capital; y 4) finalmente, demostraría muy pronto la magnitud del problema venéreo en el medio rural, ya que los programas intensivos nos revelarían la prevalencia, mientras que la incidencia sería dada por la acción permanente del servicio asistencial del Centro de Salud.

ETAPAS Y FASES EN LOS PROGRAMAS DE
CONTROL DE LAS ENFERMEDADES
VENEREAS EN EJECUCION EN
EL PARAGUAY

Todo programa de control de las enfermedades venéreas actualmente en ejecución en el Paraguay—tanto el de acción intensiva

como el de acción permanente—cuenta con las siguientes etapas y fases de trabajo.

1. Una primera etapa llamada preparatoria, destinada a informar y organizar la colectividad donde se desarrollará la futura acción sanitaria. La tarea de informar a la colectividad se realiza a través de las siguientes fases: entrevista con las autoridades locales; charlas de divulgación; proyección de películas; colocación de carteles y letreos; distribución de material impreso; publicaciones periódicas; y envío de notas y circulares. La tarea de organizar la colectividad, considerada como una de las fases más interesantes y delicadas de esta etapa preliminar, consiste en la "integración de los núcleos comunales" existentes, para el logro ulterior de una labor ordenada, rápida y completa.

2. Una segunda etapa, denominada de acción específica, está dirigida a los grupos organizados y al público en general y comprende las fases siguientes: extracción de sangre; análisis serológico; distribución de resultados; examen clínico; tratamiento, y control epidemiológico.

La fase de extracción de sangre, se lleva a cabo mediante el uso de los equipos extractores "tipo vacutainer". Esta tarea se encuentra a cargo de un personal auxiliar bien entrenado, cuya capacidad de trabajo es de 80 a 100 extracciones por hora.

El análisis serológico, se realiza "en el día y lugar de actuación." Dicho trabajo se halla a cargo de un profesional bioquímico y de dos ayudantes de laboratorio. Cuenta con el concurso de un equipo de laboratorio completo para poder realizar un trabajo "técnicamente" aceptable, capaz de examinar diariamente un promedio de 400 a 500 muestras de sangre mediante la utilización de una técnica de microfloculación en láminas de VDRL. La totalidad de las muestras de sangre son examinadas cualitativamente, y los sueros "reactivos" dosificados cuantitativamente.

La distribución de resultados se realiza también en el día cuando el volumen de trabajo no es de consideración, o, en su

defecto, la entrega de los resultados se efectúa dentro de las 48 horas siguientes al momento de la extracción de sangre. Dichos resultados se registran en una tarjeta *ad hoc* para su distribución, la que contiene una leyenda explicativa del caso para orientación del público.

El examen clínico de los casos seropositivos se realiza inmediatamente después que el interesado se presenta a solicitar el resultado. El equipo móvil cuenta con un médico especialista dotado de todos los medios necesarios para cumplir su función. En todos los casos efectúa un prolijo estudio del caso, se anotan en la correspondiente ficha clínica los antecedentes personales y el resultado del examen físico, y se encasilla el caso dentro de la nomenclatura diagnóstica y se prescribe luego el tratamiento correspondiente.

Dicho tratamiento, se hace efectivo en el acto. Este trabajo corre a cargo de un personal auxiliar que actúa bajo la supervisión directa del profesional actuante. La droga utilizada en todos los casos es la penicilina G procaína con monoestearato de aluminio al 2%. La dosificación se hace de acuerdo con la forma clínica de la enfermedad, con la edad y el estado físico del enfermo. Finalmente, el control epidemiológico correspondiente a cada caso descubierto y tratado, compete a un personal auxiliar orientado en este tipo de actividad.

3. La tercera etapa de consolidación, está dirigida a la colectividad en general, y comprende las siguientes fases: control periódico de los casos descubiertos y tratados; control serológico del resto de la población sexualmente activa o epidemiológicamente importante; control riguroso de toda gestante y de nuevas infecciones que pudieran presentarse; control clínicoterapéutico de casos nuevos; control epidemiológico de casos nuevos, y acción educativa permanente.

La etapa de consolidación permite un control permanente de la población útil, es decir, mayor de 15 años, de ambos sexos, y por lo tanto, cuenta con las posibilidades

de un "bloqueo inmediato" de nuevos casos infecciosos que pudieran originarse en la misma colectividad o fuera de ella, lográndose así un estado sanitario "óptimo" de la localidad.

TIPOS DE PROGRAMAS INTENSIVOS DE CONTROL DE ENFERMEDADES VENEREAS REALIZADOS EN EL PARAGUAY

Durante el lapso de los primeros años de trabajo en el medio rural del Paraguay (1952-54) se desarrollaron tres tipos de programas intensivos, a saber:

1. El tipo I o programa intensivo mínimo comprende la ejecución de un programa que abarca los siguientes aspectos: a) control clínico b) control terapéutico y c) control epidemiológico. El control serológico no se efectúa sobre el terreno, sino en un laboratorio fijo distante siempre del lugar de actuación del equipo médico. El equipo móvil está integrado por un médico especialista, dos auxiliares sanitarios y un *chauffeur*. Este tipo de programa intensivo tiene el inconveniente de su lentitud, ya que impone una doble visita a la zona de trabajo, la primera, para la extracción de sangre a los interesados y la segunda para la distribución de resultados y el control clínico-terapéutico-epidemiológico de los casos seropositivos descubiertos. Además el grado de colaboración de la colectividad generalmente logrado, no alcanza un nivel óptimo desde el punto de vista sanitario, y cualquier factor negativo puede determinar con facilidad un menor rendimiento o el fracaso de la acción sanitaria. La experiencia nos enseñó que este tipo de programa intensivo sólo podrá ejecutarse como etapa inicial de trabajo y en pequeños núcleos de población o en grupos organizados, ubicados en puntos no distantes de centros sanitarios de mayor importancia, y cuya finalidad básica es "sensibilizar" al personal sanitario que ha de actuar en estos programas en "masa".

2. El tipo II o programa intensivo mediano, es el que tiene en cuenta los siguientes aspectos: a) control serológico; b) control clínico; c) control terapéutico, y d) control

epidemiológico. Este programa de mediana intensidad es factible mediante la habilitación de un equipo de laboratorio ambulante y un aumento del personal sanitario. Dicho equipo debe estar integrado por un médico especialista, dos auxiliares sanitarios, un bioquímico serólogo, un ayudante de laboratorio y un *chauffeur*. Este equipo basta para realizar una labor excelente, que se traduce por una actuación mínima en la zona de trabajo y sólo requiere una visita, ya que la toma de material, el análisis serológico y el control clínico, terapéutico y epidemiológico pueden hacerse "en el día". La colaboración del público es altamente satisfactoria y se pueden anular fácilmente todas las causas desfavorables que pretendan obstaculizar sus resultados. Constituye hasta el presente, el tipo de programa intensivo que más se ha ejecutado en el medio rural del Paraguay.

3. El tipo III o programa intensivo máximo, es susceptible de ejecución con el mismo equipo sanitario citado en punto 2, pero desarrollando un programa de trabajo mucho más amplio, puesto que abarca los siguientes aspectos: a) control serológico, clínico, terapéutico y epidemiológico de la población mayor de 15 años, de ambos sexos, de una colectividad; b) control sanitario de la prostitución; c) control sanitario de la marina mercante; d) control sanitario de fronteras, y e) programa de capacitación

profesional, que comprende: 1) cursos de venereología para graduados, 2) jornadas venereológicas nacionales o internacionales, y 3) entrenamiento técnico de personal sanitario. El tipo de programa de intensidad máxima lo hemos ejecutado recientemente (Ciudad de Encarnación), y lo juzgamos como el tipo "ideal" de programa de "impacto", ya que en el mismo se tienen en cuenta todos los aspectos que guardan relación, directa o indirectamente, con el problema de control de las enfermedades venéreas, tanto desde el punto de vista de la medicina curativa como de la medicina preventiva social. El único inconveniente que podría citarse, es que, para su realización, son imprescindibles ciertas condiciones especiales, a saber: localidad portuaria, con situación geográfica fronteriza, y además la existencia de un grupo de profesionales médicos interesados en problemas venereológicos.

RESULTADOS DE LOS PROGRAMAS INTENSIVOS REALIZADOS EN EL MEDIO RURAL DEL PARAGUAY

A través de los cuadros siguientes se hace un análisis estadístico de los resultados alcanzados en los primeros programas intensivos realizados en el medio urbano-rural del Paraguay durante el período 1952-54.

CUADRO No. 1.—*Datos sobre la población de varias localidades paraguayas y porcentaje de control alcanzado en programas intensivos efectuados de marzo, 1952, a diciembre, 1954.*

Localidad	Población total	Población mayor de 15 años de edad	Población controlada	% de control
Fdo. de la Mora	5.725	3.446	897	26,0
Itauguá	12.953	7.771	2.229	28,7
San Lorenzo.	13.129	7.860	4.700	59,8
Capiatá	14.721	8.832	678	7,7
Ypacarai	6.901	4.140	1.197	28,9
Caacupé	15.070	9.042	3.359	37,1
Asunción (Sajonia).	31.752	19.050	6.668	35,0
Villarrica	25.982	12.991	9.331	71,1
Caacupé	15.070	9.042	5.718	76,2
Asunción (Policía)	2.202	2.202	1.749	79,0
Encarnación.	33.660	16.830	13.538	80,4

CUADRO No. 2.—Total de días de trabajo, de personas examinadas y de exámenes por día en cada localidad, 1952-54.

Localidad	Días de trabajo	No. de examinados	Total examinado por día
Fdo. de la Mora	30	1.682	56
Itauguá	90	2.229	24
San Lorenzo	90	4.700	52
Capiatá	20	678	33
Ypacaráí	35	1.197	34
Caacupé	64	3.359	52
Asunción (Sajonia)	120	6.668	55
Villarrica	36	9.331	259
Caacupé	30	5.718	190
Asunción (Policía)	15	1.749	116
Encarnación	30	13.538	448

CUADRO No. 3.—Total de personas examinadas, número y porcentaje de serorreacciones positivas en cada localidad del medio urbano-rural del Paraguay controladas durante el periodo 1952-54.

Localidad	No. de examinados	No. de serorreacciones positivas	Porcentaje
Fdo. de la Mora	1.682	155	9,2
Itauguá	2.229	351	15,7
San Lorenzo	4.700	632	13,4
Capiatá	678	104	15,3
Ypacaráí	1.197	154	12,9
Caacupé	3.359	452	13,4
Asunción (Sajonia)	6.668	776	12,0
Villarrica	9.331	802	8,6
Caacupé	5.718	1.031	18,0
Asunción (Policía)	1.149	213	12,1
Encarnación	13.448	1.851	13,9

CUADRO No. 4.—Total de reacciones seropositivas, número y porcentaje de enfermos tratados en cada localidad del medio urbano-rural del Paraguay durante el periodo 1952-54.

Localidad	No. de reacciones seropositivas	No. de enfermos tratados	Porcentaje
Fdo. de la Mora	155	155	100,0
Itauguá	351	351	100,0
San Lorenzo	632	632	100,0
Capiatá	104	104	100,0
Ypacaráí	154	144	93,5
Caacupé	452	436	96,4
Asunción (Sajonia)	776	744	95,8
Villarrica	802	604	75,3
Caacupé	1.031	720	69,9
Asunción (Policía)	213	199	93,0
Encarnación	1.851	1.544	83,4

CUADRO No. 5.—Costo total, por enfermo tratado y por persona examinada, en cada localidad del medio urbano-rural del Paraguay durante los programas intensivos: marzo, 1952, a diciembre, 1954.

Localidad	Costo total (Guaraníes)	No. de enfermos tratados	Costo por enfermo tratado (Guaraníes)	No. de personas examinadas	Costo por persona examinada (Guaraníes)
Fdo. de la Mora	19.312	155	124,5	903	21,3
Itauguá	40.419	351	115,1	2.429	16,7
San Lorenzo	40.900	632	64,7	4.700	8,7
Capiatá	10.605	104	101,9	648	16,7
Ypacaraí	20.095	144	139,5	1.197	16,3
Caacupé	69.541	436	145,7	3.359	20,6
Asunción	86.840	755	108,0	6.668	13,0
Villarrica	48.864	604	77,0	9.331	5,2
Caacupé	38.127	720	52,9	5.718	6,6
Asunción	10.460	199	52,5	1.749	5,9
Encarnación	82.660	1.544	53,5	13.538	6,1