

Evolución de la Lucha contra la Sífilis*

WILLIAM J. BROWN

A los efectos de erradicar la sífilis, se debe prestar especial atención a aquellas personas que, aparentemente no están infectadas. Por otra parte, para identificar y tratar este grupo, es necesaria una armoniosa colaboración entre el organismo de salud pública y el médico privado.

La historia de la medicina dice que, poco después del año 1500, la sífilis, procedente del Nuevo Mundo, invadió Europa, Africa y Asia, matando e incapacitando a millones de personas.

La reacción pública que suscitó la enfermedad fue muy variada. El Parlamento de Francia aprobó una ley que establecía la cuarentena de las personas infectadas. Escocia tomó medidas para reducir la prostitución y para desterrar de su territorio a todas las personas infectadas. En Alemania se ofreció a los enfermos tratamiento gratuito con mercurio, y se les eximió del pago de impuestos mientras estaban sometidos a él. Pero ninguna de estas medidas resultó tener mucho efecto contra la gravedad del azote.

Durante cuatro siglos la humanidad buscó un medio de descubrir y diagnosticar los casos de la enfermedad en sus fases precoces, y de tratarlos eficazmente. Luego, a poco de comenzado el siglo XX, estos medios fueron hallados bajo la forma del microscopio de campo oscuro, la reacción Wassermann y el salvarsán.

En los cuarenta años que siguieron, si se exceptúa la represión de la prostitución, la lucha contra la sífilis se concentró en lo re-

lacionado con el tratamiento del paciente, sobre todo del afectado de sífilis en su fase avanzada. Y por ser tan grande el número de casos y haber entre ellos muchos del sector de los más expuestos al contagio, esto es, de los hipersexuales que tienen relaciones con cualquiera, y como el tratamiento duraba a menudo hasta 72 semanas, durante las cuales el paciente no podía infectar a más personas, surgió casi por sí sola una forma de control de los vectores.

El principal problema consistía entonces en convencer a las personas bajo tratamiento de que no hicieran caso de los charlatanes y curanderos que ofrecían curas rápidas, y se ciñeran al tratamiento médico y a observación posterior durante el largo y pesado período de muchas semanas hasta su conclusión. La metaloterapia intensiva era a menudo arriesgada y, en el mejor de los casos tediosa, y solía decirse que se necesitaba un orador de gran elocuencia para persuadir a los pacientes de que llevarsen a término el tratamiento.

Como consecuencia la mayoría de los casos de sífilis quedaban relegados a los dispensarios públicos, donde sifilógrafos expertos, reforzados con personal sanitario, podían hacer frente a los tediosos problemas de la observación posterior de los tratados, que tanto tiempo consumían.

De hecho, esta situación se prolongó por su propia inercia hasta bien entrado el quinto decenio del presente siglo, aun después de

* Trabajo presentado en la XXII Reunión Anual de la Asociación Fronteriza Mexicana-Estadounidense de Salubridad, celebrada en Monterrey, Nuevo León, México, del 2 al 5 de marzo 1964.

haberse puesto fuera de toda duda la eficacia de la penicilino-terapia. Para entonces, sin embargo, el aspecto más importante de la lucha había pasado a ser la localización de casos, es decir, el descubrimiento de los que, en su mayoría, estaban firmemente establecidos si bien no habían alcanzado aún la etapa avanzada y destructora de la sífilis. Con este fin, se pusieron en práctica programas de selección en masa y se propusieron y perfeccionaron métodos de creciente eficacia de localización de casos, tarea, en general, a cargo de los funcionarios de salud pública que actuaban principalmente con los grupos de pacientes de los dispensarios. Hasta se empezó entonces a creer que la técnica epidemiológica así puesta en acción por sí sola traería la erradicación de la sífilis, y por añadidura, bastante pronto.

Sin embargo, este optimismo no tuvo en cuenta varios factores importantes:

1) Si bien la población propensa a la sífilis o había permanecido sin tratar o bien se sometía al tratamiento de largo plazo, estaba, por decirlo así, inoculada contra la repetición de la sífilis infecciosa. Pero ahora, por efecto del tratamiento rápido se había llegado a una situación en que una persona propensa a la sífilis podía contraer ésta, curarse, volver a infectarse, etc., repetidas veces y, por lo tanto, podía propagar repetidas veces su enfermedad durante cada período de infección, tal vez antes de que pudiera ser descubierta por cualquier sistema de selección.

2) Mientras la población entera, si bien limitada y más o menos estática, propensa a la sífilis, de una dada zona rural, al presentarse en su seno un caso esporádico de la enfermedad podía infectarse toda ella y llegar a ser por completo no infecciosa en un plazo relativamente breve, aun sin tratamiento, las zonas urbanas estaban en pleno crecimiento y su población propensa a la sífilis se veía aumentada de dentro y de fuera a un ritmo capaz de mantener indefinidamente reservorios de sífilis infecciosa.

3) Por millares los casos volvían a los médicos particulares, cuyo registro de casos

sospechosos había descendido casi a cero y que, como consecuencia, omitían a menudo la sífilis del diagnóstico diferencial, y además, por diversas razones, no eran partidarios de aplicar la técnica epidemiológica vigente o, por lo menos, no se sentían movidos a hacerlo.

Las consecuencias de todo esto son más que evidentes. Desde 1957 la sífilis ha aumentado a un ritmo increíble y de mantenerse las condiciones actuales, es posible que el aumento continúe.

¿Cómo cambiar esas condiciones?

¿Un cambio en masa de la conducta colectiva? Es muy poco probable.

¿Una terapéutica en masa? No es factible.

¿La prueba serológica en masa? Ya no es práctica, pues como se señaló, los procedimientos de selección no es probable que permitan localizar los casos antes de que hayan pasado el período infeccioso agudo.

Entonces, ¿qué?

En primer lugar, un público educado. Un público educado para reconocer la ubicuidad de la sífilis, que ésta es una enfermedad intolerable que afecta a toda la colectividad y puede atacar a cada individuo en particular, y que no basta que la tema como algo remoto, problemático, sino que le exige estar prevenido, en guardia, sobre todo en su fase sexualmente activa, al igual que lo están contra el cáncer la mayoría de las persona adultas.

El segundo requisito y más importante es la preparación de los médicos. Estos deben ser preparados para sospechar casos de sífilis entre sus pacientes, sea cual fuere su aspecto, su posición social o su fortuna. Deben ser conscientes de la necesidad de descubrir infección sifilítica desde el primer momento posible, y, lo que es más importante, de la necesidad de una acción epidemiológica inmediata y rápida contra todos los casos conocidos de sífilis precoz. Se puede añadir, entre paréntesis, que esta labor sólo puede cumplirse mediante la máxima cooperación entre el médico y, el funcionario de salud preparado en este terreno. Por último, los

médicos deben estar capacitados para comprender la necesidad del tratamiento de la sífilis en su fase de incubación y hasta de posible incubación, a partir de indicios epidemiológicos, y antes de permitir que un solo caso se extienda.

Estas son las condiciones en que se puede aminorar al máximo el reservorio de la sífilis infecciosa. En los siglos transcurridos, desde el punto de vista de la lucha contra la sífilis, la atención se ha desviado de los pacientes más manifiestos a los pacientes cada vez más encubiertos, tanto es así que hoy el enfermo clave es aquel cuya infección es casi imposible de identificar por ningún medio que no sea la prueba epidemiológica indicaria. Durante ese lapso, la responsabilidad ha pasado del médico particular al organismo de salud y luego a una síntesis de uno y otro, y ninguno de ellos puede declinar un adarme de su responsabilidad ante la conciencia pública.

Resumen

A fin de erradicar la sífilis en Estados Unidos, es necesario que exista una relación

armoniosa entre el médico privado y el organismo de salud pública.

Desde que se comprobó la eficacia del tratamiento a base de penicilina, el programa de control de la sífilis en lugar de orientarse hacia la atención de los casos identificados se concentra en la búsqueda de casos. Al obtenerse mayor experiencia, se han establecido métodos nuevos y más productivos con esta finalidad, entre los cuales cabe mencionar los programas de exploración colectiva y las técnicas epidemiológicas más eficaces.

Para alcanzar con éxito el objetivo nacional, que consiste en la erradicación de la sífilis, es preciso contar con un público educado, que comprenda que se trata de una enfermedad intolerable que puede afectar a toda la población, colectivamente considerada, o a cualquier ciudadano en particular.

Además, es también indispensable contar con una profesión médica educada, en el sentido de que esté alerta ante la posible presencia de la sífilis entre la población que atiende, independiente del aspecto externo, los medios económicos o la condición social de los pacientes que constituyen esa población.

Evolving Concepts in the War Against Syphilis (Summary)

In order to eradicate syphilis in the United States, a synthesis between the private physician and the public health agency must take place.

Since the efficacy of penicillin therapy, program emphasis has shifted from syphilis "case-holding" to syphilis "case-finding." As experience increased, new and more productive case-finding methods evolved; among them were mass screening programs and more efficient epidemiologic techniques.

To successfully accomplish our goal of syphilis eradication, we must have an educated public, aware of syphilis as an intolerable disease which may affect the entire population collectively, or which may affect any citizen personally.

In addition, we must have an educated medical profession, educated to suspect syphilis among its patient population, no matter what the appearance, affluence, or status of the patients composing that population.