epidemiología de la SIFILIS

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

1970

EPIDEMIOLOGIA DE LA SIFILIS

Publicación Científica No. 214

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.
1970

Edición original en inglés

1970

SYPHILIS EPIDEMIOLOGY
Report No. 10

Secretaría de Salud, Educación y Bienestar
de los Estados Unidos de América

Servicio de Salud Pública
Servicios de Salud y Administración de Salud Mental
Centro para el Control de Enfermedades
División de Servicios Estatales y de la Comunidad
Departamento de Enfermedades Venéreas
Atlanta, Georgia, E.U.A.

SUMARIO

		Página
Introducción		iv
I.	La epidemiología de la sífilis y la entrevista de contactos	1
II.	La entrevista educativo-analítica de contactos	6
	Antecedentes generales	6
	Datos médicos-educativos	8
	Información y localización de contactos	10
III.	Entrevistas en "racimo"	12
	Esquema propuesto para la entrevista en "racimo"	14
IV.	Una nueva entrevista	17
	Análisis de la primera entrevista	18
	Análisis epidemiológico provisional	18
	Análisis con anterioridad a la nueva entrevista	18
V.	Breve historia de la entrevista relacionada con la sífilis	19

INTRODUCCION

A medida que se prosiguen las actividades para controlar las enfermedades venéreas, se establecen nuevas técnicas para atender a las necesidades del paciente y del programa.

Durante más de 20 años, la entrevista de contactos ha sido un medio fundamental al servicio del especialista en epidemiología de la sífilis. Los métodos para realizar la entrevista se ha modificado con el fin de tener en cuenta los cambios de orientación en el programa y en la actitud del paciente.

En este informe se describen los procedimientos que se utilizan en la epidemiología de las enfermedades venéreas, y se presenta una breve reseña de la evolución de dichos procedimientos.

DR. WILLIAM J. BROWN
Jefe, Departamento de
Enfermedades Venéreas

I. LA EPIDEMIOLOGIA DE LA SIFILIS Y LA ENTREVISTA DE CONTACTOS

La creencia de que la sífilis puede ser controlada se basa fundamentalmente en el reconocimiento de que la epidemiología de esta enfermedad se funda en la epidemiología tradicional, pero lo cierto es que no se ajusta totalmente a esta. Si se elimina uno o más de los factores causantes de una enfermedad, generalmente se elimina ese trastorno como problema de salud pública. Si se elimina el agente etiológico, si se altera una característica del huésped que lo hace susceptible o si se evitan las condiciones ambientales que motivan la enfermedad, esta dejará de constituir un problema.

En el control de las enfermedades se podrían citar numerosos ejemplos de medidas para combatir estos factores causales básicos. Los hospitales y los quirófanos se limpian constantemente para eliminar organismos que puedan causar enfermedades. Mediante programas generales de inmunización se protege a poblaciones enteras de las enfermedades que en un tiempo fueron epidémicas. La eliminación de vectores patógenos, combinada con la educación, la higiene y el saneamiento, contribuyen a crear un ambiento sano.

Durante más de 20 años la medicina, tanto pública como privada, ha tenido a su alcance los medios para tratar al sifilítico; se ha reconocido que el organismo causal es el *Treponema pallidum;* se dispone de una gran variedad de procedimientos de laboratorio que ayudan al médico a establecer el diagnóstico, y existen drogas para el tratamiento rápido de la enfermedad. Pero la sífilis continúa siendo un problema de salud pública.

Si se examina la sífilis en el contexto de esos principios de epidemiología, se comprende que es necesario adoptar medidas extraordinarias para eliminarla. Los nuevos casos que continúan ocurriendo jamás han sido medidos con exactitud, y el tratamiento de casos conocidos no elimina el agente etiológico de la enfermedad entre los habitantes. La existencia de numerosas personas con sífilis no detectada impide eliminar por completo la enfermedad.

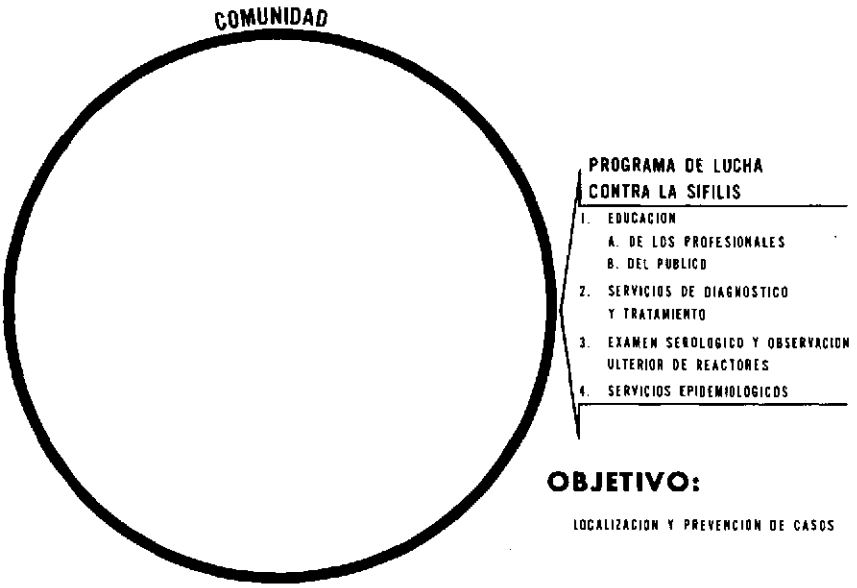
Existe la posibilidad de elaborar una vacuna contra la sífilis, mediante la cual esta enfermedad, como muchas otras, cederá ante este medio epidemiológico. No obstante, hasta que no se elabore dicha vacuna será necesario buscar otra manera de resolver el problema.

Las condiciones ambientales que contribuyen a la propagación de la sífilis son muy diferentes de las que por lo general se asocian con las enfermedades que atacan a la población en gran escala. Como el hombre es el único reservorio de la sífilis y esta enfermedad se propaga por contacto sexual, el hombre, en este caso, es huésped y vector simultáneamente. La relación recíproca entre actividad sexual y propagación de la sífilis crea desafíos excepcionales para su control. La ignorancia, el temor, los tabúes y los falsos conceptos rodean al paciente y a la comunidad donde se presenta.

Los funcionarios de salud pública encargados del control de la sífilis reconocen las dificultades inherentes a la preparación de un plan de acción satisfactorio. El problema estriba en organizar un programa con el fin de incorporar aquellas actividades que tendrán un impacto sobre los factores causantes del mal. Como no se puede esperar que un solo enfoque por sí solo sea totalmente eficaz, se ha establecido un plan multifacético para combatir muchas de las causas básicas de la propagación de la sífilis.

El esquema propuesto para el control y la erradicación definitiva de la sífilis puede incluirse por separado en los servicios que se proporcionan a los diversos sectores de la comunidad. El objeto principal de un programa de control de la sífilis es identificar a las personas enfermas o que han sido expuestas a ella y pueden estar incubándola (figuras 1,2,3 y 4).

Figura 1—Aspectos que se deben distinguir en los programas de lucha contra la sífilis.



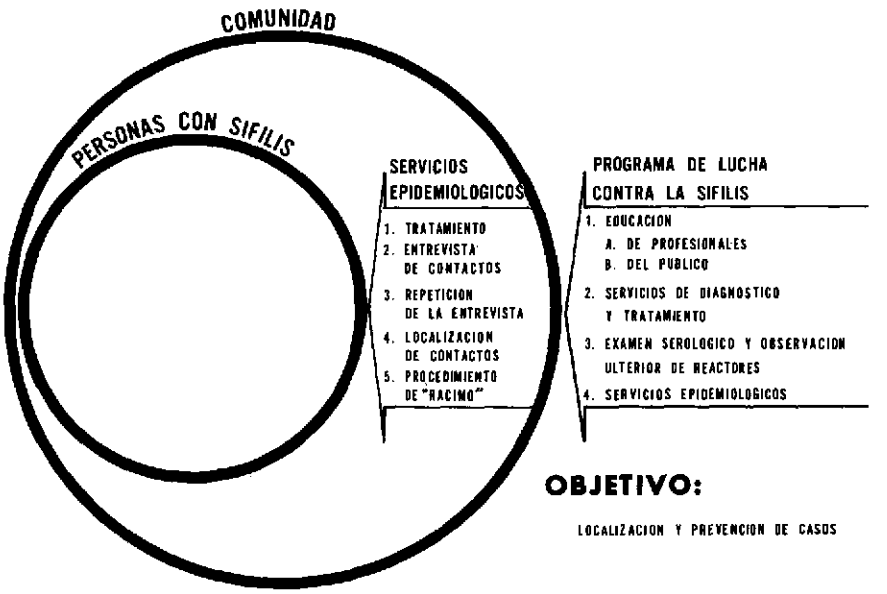
1. *Educación:* a) Es preciso educar al público a fin de que comprenda que la sífilis existe y se convenza de que es una enfermedad que le concierne; el proceso educativo debe permitirle también reconocer los síntomas de la sífilis y la necesidad de buscar inmediatamente tratamiento profesional si se sospecha la infección; es indispensable obtener el apoyo activo del público en general en favor del programa de control nacional y local de las enfermedades venéreas; b) el personal de la comunidad médica, tanto público como privado, debe estar familiarizado con las funciones y objetivos del programa de control.

2. *Diagnóstico y tratamiento:* Para la conveniencia del médico y del paciente, en la mayoría de las jurisdicciones de salud pública se mantienen servicios de laboratorio y de tratamiento. Debido al alcance del problema de la sífilis los casos sospechosos deben tener fácil acceso a la atención médica.

3. *Examen colectivo y observación ulterior de reactores:* Los programas de examen serológico han demostrado ser muy satisfactorios en la identificación de personas posiblemente infectadas dentro de la comunidad; mediante un sistema por el cual se localiza a las personas con prueba sanguínea reactiva y se les recomienda que se sometan a reconocimiento médico se logra dar tratamiento a muchas personas en las que, de otro modo, no se hubiera establecido el diagnóstico.

4. *Servicios epidemiológicos:* El enfoque epidemiológico por seguir con las personas infectadas con sífilis es distinto del de cualquier otra enfermedad transmisible; si la sífilis se ha de controlar, es necesario que las personas infectadas de la comunidad dispongan de un grupo de servicios altamente especializados.

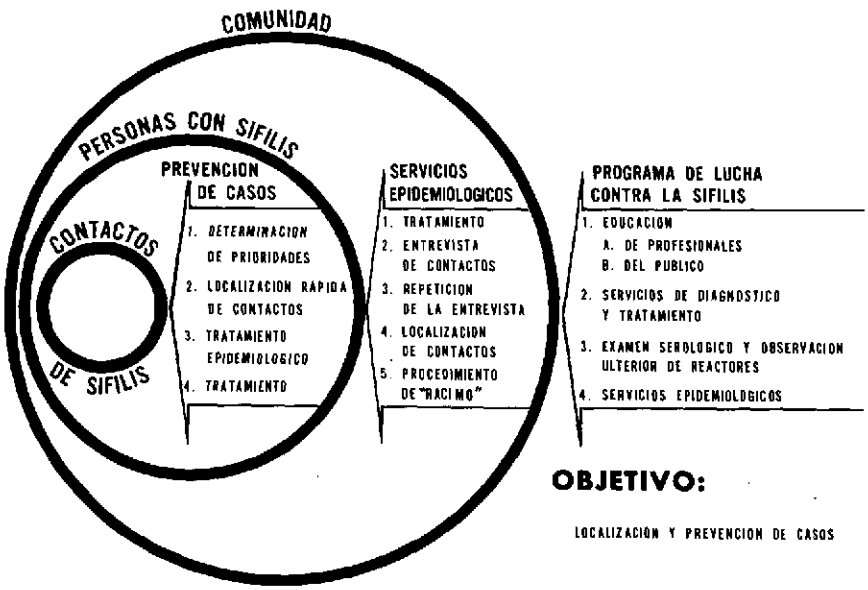
Figura 2—Aspectos de la prevención de casos en los programas de lucha contra la sífilis.



A medida que se identifica a las personas infectadas con sífilis, el personal del grupo encargado del control de la sífilis ofrece sus servicios epidemiológicos. Médicos y enfermeras facilitan atención y tratamiento a todos los pacientes en que se ha establecido el diagnóstico. Se selecciona a los pacientes con sífilis temprana a fin de que el personal de salud pueda observarlos ulteriormente. Estas personas son entrevistadas para determinar quiénes han sido sus contactos durante los períodos de posible fuente y de propagación. Luego es preciso localizar a cada contacto e inducirlo a someterse a reconocimiento médico.

La técnica denominada "procedimiento de racimo" se utiliza para obtener información sobre la enfermedad por medio de entrevistas confidenciales con determinadas personas por el conocimiento que estos tienen sobre la conducta o manifestación indicadora de infección sifilítica de otras personas. Se procede a la entrevista en "racimo" de los sifilíticos, así como de otras personas del grupo social o sexual del paciente.

Figura 3–Servicios epidemiológicos que deben ser parte de los programas de lucha contra la sífilis.



Si se ha de detener la propagación de la sífilis, el personal de salud debe acercarse a cada paciente por entrevistar con el propósito de impedir la propagación de la enfermedad. De ahí que el trabajador de salud esté debidamente instruido en los aspectos médicos y epidemiológicos de la sífilis. Con la cooperación del médico examinador aquel obtiene los datos médicos sobre el paciente. Dicha información se combinará con los datos epidemiológicos obtenidos en la entrevista de contactos y se analizará con espíritu crítico.

Se debe establecer un orden de prioridad para la observación ulterior de los contactos del paciente y atender primero a aquellos en que es mayor la probabilidad de que estén incubando la sífilis. Respecto a los demás, la importancia de las prioridades disminuye en proporción directa a la duración posible de la infección del contacto. Es preciso localizar cada contacto y remitirlo a un médico para su reconocimiento facilitando tratamiento a los contactos infectados y tratamiento epidemiológico (preventivo) a los que podrían estar incubando la enfermedad.

FIGURA 4—El curso de la sífilis comienza con la exposición y dura hasta el tratamiento efectivo o la muerte, salvo en casos excepcionales de curación espontánea.

Contacto efectivo	Incubación 10-90 días (Promedio: 3 semanas)	Primaria Duración: 1-5 semanas	Período de latencia 2-10 semanas	Secundaria Duración: 2-6 semanas	Período de latencia	Recaída secundaria	Período de latencia	Tardía
La transmisión es el resultado del contacto directo con una lesión infecciosa, generalmente durante la relación sexual.	Incubación: No hay signos o síntomas. PSS[1] no reactiva.	PSS puede ser no reactiva durante una semana o más después de la aparición del chancro y, luego, puede ser reactiva.	Período de latencia. No hay signos o síntomas. PSS reactiva. Un tercio de los pacientes no tienen período de latencia.	La erupción secundaria puede variar considerablemente en apariencia y puede o no ser conspicua. Del 20 al 25% de pacientes tendrán lesiones mínimas o atípicas.	Latencia precoz: A los fines de la epidemiología, menos de un año de duración. Antecedentes de probables manifestaciones primarias o secundarias. PSS reactiva.	Recaída secundaria: Hasta un tercio de los pacientes sufrirán recaídas, la mayoría dentro del primer año de infección. Del 5% al 10% experimentarán una segunda recaída, el 1% una tercera recaída.	No se puede establecer una línea exacta entre sífilis latente precoz y sífilis latente tardía. La enfermedad es un proceso continuo y su desarrollo depende, en gran parte, del individuo.	La sífilis tardía no es infecciosa excepto para el feto. Las lesiones sifilíticas tardías son crónicas y destructivas. En general, no es posible demostrar la presencia de *T. pallidum* en estas lesiones mediante el examen en fondo oscuro.
EXPOSICION	INCUBACION	PRIMARIA	LATENCIA	SECUNDARIA	LATENCIA	RECAIDA SECUNDARIA		

[1]Prueba serológica (para el diagnóstico) de la sífilis.

La prevención de casos consiste en aplicar la teoría según la cual la manera más eficaz de controlar la sífilis es impidiendo que ocurran casos nuevos. Para lograr este objetivo, el personal de salud debe poseer ciertos conocimientos y técnicas. Debe ser capaz de obtener del paciente el nombre de todas las personas con quienes ha tenido relaciones sexuales en el período durante el cual puede haber estado expuesto o haber transmitido la infección. También debe poder reunir información detallada para localizar a cada contacto con rapidez; la fecha y frecuencia de la exposición a cada contacto son necesarias para establecer un orden de prioridad. Las lagunas en la información y sobre todo los casos difíciles pueden resolverse mediante entrevistas, realizadas con tino, de los contactos y otras personas que hayan participado en el proceso epidemiológico del caso.

II. LA ENTREVISTA EDUCATIVO-ANALITICA DE CONTACTOS

El fin primordial de la entrevista de contactos es obtener del paciente el nombre de sus contactos y personas sospechosas, e información que permita al investigador localizar rápidamente a esas personas. La mayoría de los pacientes no vacila en obstruir a su manera esta tarea para impedir que el entrevistador alcance este objetivo. El esquema educativo-analítico es el resultado de la planificación y organización, pero permite la flexibilidad necesaria para analizar y resolver los problemas de cada paciente.

Antes de ver al paciente, el entrevistador procede a un análisis fundamental de preentrevista. En este primer análisis se examinan dos aspectos: los problemas y la historia clínica del paciente.

Para identificar posibles problemas, se verifica el nombre y la dirección del paciente y cualquier otra información descriptiva. A menudo las ocupaciones que constituyen especial amenaza cuando se asocian con las infecciones venéreas plantean problemas en la entrevista. Los jóvenes que viven con sus padres o personas casadas tienen sus propios problemas. El reconocimiento temprano de posibles problemas ayudará al entrevistador a darles solución.

Se debe analizar cuidadosamente la historia clínica del paciente. Los que tienen antecedentes de infecciones venéreas suelen estar familiarizados con el proceso epidemiológico y es posible que sientan menos ansiedad acerca de su infección o de la entrevista. Un buen entrevistador estará preparado para enfrentarse con el "cliente habitual". Independientemente del número de infecciones previas, debe haber preparado un análisis detallado del estado y posible duración de la infección actual del paciente. Esto es necesario si la entrevista ha de orientarse hacia los contactos de la fuente de infección del paciente y se toman en cuenta los períodos de contagio y de propagación de la enfermedad.

El enfoque educativo-analítico se examina a continuación en tres partes: 1) antecedentes generales; 2) datos médicos-educativos-históricos, y 3) información y localización de contactos.

Antecedentes generales

El método para obtener los antecedentes del caso no se ha modificado fundamentalmente desde que se estableció por primera vez la entrevista basada en la conducta socio-sexual. Tiene por objeto calmar al paciente, demostrar la competencia y comprensión del entrevistador, dar a este la oportunidad de analizar las actitudes, inteligencia y buena voluntad del paciente para responder a preguntas directas y proporcionar información básica necesaria para el estudio del caso. En este análisis se supone que el paciente NO se ha presentado al trata-

miento porque se lleva a cabo una investigación epidemiológica y que el entrevistador no tiene conocimiento previo del paciente.

Al principio, el entrevistador debe identificarse y explicar la función que desempeña. La mayoría de los entrevistadores experimentados empezarán por decir: "Yo me llamo Juan Pérez y quisiera explicarle la clase de enfermedad por la que ha sido tratado y ayudarle a resolver cualesquiera problemas que resulten de su visita a la clínica". Con esto, el entrevistador deja en claro que tiene un servicio que ofrecer al paciente.

Para iniciar un diálogo general sobre los antecedentes del paciente, se hacen preguntas redactadas en términos positivos. Estas se relacionan con el problema básico, es decir, el hecho de que el paciente está infectado con una enfermedad venérea:

1) "¿Cuál es su nombre completo?" Se hace esta pregunta para asegurarse de que el nombre en la historia clínica o documento de envío del paciente a un servicio especializado coincide con el nombre del paciente que se está entrevistando.

2) "¿Cómo lo llaman sus amigos?" A menudo, hay discrepancia entre el verdadero nombre del paciente y el que usa más bien como apodo.

3) "¿Cuál es la dirección del lugar donde vive actualmente?" Los pacientes en tránsito suelen dar una dirección postal en vez de la dirección del domicilio actual.

4) "¿Cuál es su número de teléfono?"

5) "¿En qué otro lugar puedo localizarlo si no está en casa?" Esta pregunta se hace porque con frecuencia es necesario volver a hablar con el paciente y la rapidez es un factor importante, y, en segundo lugar, porque frecuentemente la dirección dada será la de un amigo íntimo que puede ser un compañero sexual. A los pacientes que vacilen se les ha de asegurar que la información será de carácter confidencial.

6) "¿Cómo se llama la persona con quien vive usted?" Generalmente, el compañero de cuarto o esposo es un compañero sexual. El entrevistador debe conocer las implicaciones de esta pregunta y estar dispuesto a insistir en el carácter confidencial de la entrevista si el paciente vacila en dar un nombre.

Todas estas preguntas deben formularse en la parte de la entrevista en que se trata de obtener los antecedentes del caso, pero no es necesario seguir un orden fijo. Podrán discutirse otros temas que darán una idea del comportamiento del paciente:

7) "¿Cuánto tiempo ha vivido usted en esta dirección?"

8) "¿Cuánto tiempo ha vivido en esta ciudad?" Si el paciente tiene más de unos cuantos meses de estar viviendo en una ciudad o en el lugar de su residencia, el entrevistador debe suponer que tiene contactos a los que ve con frecuencia y que puede facilitar información adecuada para localizar a estas personas.

9) "¿A qué trabajos se dedica usted?" La actividad a que se dedica un paciente puede dar a entender un comportamiento sexual anormal o un problema de tipo confidencial relacionado con la ocupación.

Cabe destacarse que estas preguntas implican una amenaza para la condición del paciente. El entrevistador debe estar constantemente alerta a cualquier actitud que indique que el paciente es reacio a contestar. Si pregunta porqué se le interroga, se le puede dar algunas buenas explicaciones, siendo la mejor respuesta la que más se acerca a la verdad, es decir, que la pregunta se hace para que el entrevistador pueda ayudar al paciente y protegerlo contra una nueva exposición a la enfermedad, por lo que debe conocer al paciente a fondo.

Es razonable esperar que, si al principio de la entrevista no se logra estimular al paciente a contestar las preguntas generales, es poco probable que dé respuestas directas acerca de sus compañeros sexuales. Si el paciente se muestra nervioso, hostil, despreocupado o poco comunicativo, el período adecuado para resolver estos problemas es precisamente cuando se obtienen los antecedentes del caso. Unos cuantos minutos de conversación con el paciente sobre cualquier tema que este desee discutir le

demostrará que el entrevistador tiene en cuenta sus sentimientos y temores.

Por lo general, el paciente sabe que la entrevista se refiere a su infección venérea. La obtención de los antecedentes no debe ser tan prolongada que se pierda de vista el objetivo principal. Es probable que la mejor manera de pasar a la siguiente etapa, que se refiere a datos médicos-educativos, consista en preguntar: "¿Quién le sugirió que consultara al médico? "

A menudo el paciente recurre al tratamiento médico porque un contacto infectado le recomendó que viera a un facultativo. El motivo es especialmente importante cuando se entrevista a mujeres con blenorragia asintomática y a todos los pacientes con sífilis latente.

Datos médicos-educativos

Los objetivos de esta etapa consisten en reunir una historia clínica concisa del paciente y proporcionarle conocimientos básicos sobre su enfermedad. En toda esta fase, el entrevistador debe aplicar con cuidado todo lo que le dice al paciente. Los medios audiovisuales desempeñan una función muy especial.

Una vez que el paciente explica el motivo que le indujo a recurrir al tratamiento, el entrevistador debe determinar si aquel ha tenido antes la misma enfermedad. Si ha sido tratado anteriormente, debe obtener detalles sobre el tratamiento que ha recibido. Concretamente, es importante anotar quién lo trató, dónde vivía, cuándo contrajo la infección y el nombre que utilizó.

Independientemente de si el paciente tiene antecedentes de enfermedad venérea, el entrevistador debe tratar de establecer su historia de examen serológico para el diagnóstico de la sífilis. Una historia clínica bien documentada sobre el aspecto serológico y la enfermedad venérea facilitará el análisis de la duración de la infección actual del paciente y permitirá establecer un período de entrevista.

Los datos médicos-educativos deben concentrarse en la enfermedad actual del paciente. El estado de su enfermedad determinará la manera en que se ha de efectuar la entrevista. Si el paciente tiene sífilis primaria, el entrevistador debe seleccionar la fotografía de la lesión que más se asemeje al chancro del paciente. Utilizando la imagen como referencia, el entrevistador preguntará al paciente cuánto tiempo ha tenido esta lesión, y le explicará que es el primer signo de la presencia de la sífilis después de contraer la enfermedad.

Utilizando la misma fotografía, el entrevistador explicará que la lesión se desarrolló en el punto en que el germen entró por primera vez en su organismo. Además de señalar al paciente que puede haber tenido la infección durante tres meses, le explicará en detalle los modos de transmisión de la sífilis.

El entrevistador puede seleccionar fotografías de lesiones primarias en cada orificio corporal o cerca de este y explicarle al paciente que, al tener relaciones sexuales, muy bien pudo haber propagado o contraído la enfermedad. Ha de conceder igual importancia a cualquier forma posible de acto sexual. En el caso del paciente con lesión primaria en el pene, al referirse al chancro de este órgano se dirá "su pene" y se le mostrará fotografías de los órganos genitales femeninos, del recto y de la boca, mientras que explica, sin excusas, que el paciente pudo haber contraído la sífilis durante cualquier forma del acto sexual.

Es extremadamente raro encontrar un paciente que se oponga a esta técnica. La mayoría de ellos ni niegan ni afirman haber participado en otra actividad que no sea el coito. Aceptan sencillamente como un hecho lo que se les dice. Es probable que la persona más molesta en la sala de la entrevista sea el entrevistador mismo, que teme ofender al paciente. Con mucha frecuencia, el empleo de fotografías y la discusión franca de los diversos modos de transmisión de la enfermedad calmarán al paciente y le ayudarán a admitir que ha tenido alguna conducta sexual errada. El paciente se dará cuenta que el entrevistador está familiarizado con diversas preferencias sexuales y que habla de cualquiera de ellas sin inhibirse.

El paciente reacio a admitir que ha tenido contacto homosexual estima a veces que el entrevistador ya lo sabe puesto que incluyó

todos los diversos modos de transmisión de la enfermedad.

En esta fase, el objetivo del entrevistador no es que el paciente admita una preferencia sexual determinada, sino informarle cómo se transmite la sífilis. Señalará nuevamente que existe un período de incubación que puede durar hasta tres meses después de la exposición a la enfermedad.

El entrevistador explica luego que no todas las personas con sífilis tienen la suerte de conocer la lesión primaria. Para muchos pacientes la lesión está oculta o no aparece. Explica entonces lo que es la sífilis asintomática y el período latente entre la sífilis primaria y la secundaria. Luego, recurriendo de nuevo a las imágenes, explica lo que habría sucedido si el paciente no hubiera sido tratado en el momento en que lo fue, mostrándole cada uno de los signos secundarios.

Se ha de animar al paciente a formular cualesquiera preguntas que desee acerca de su infección en particular o de las enfermedades venéreas en general. El procedimiento de obtención de datos médicos-educativos no constituye una disertación sino una discusión sobre el estado del paciente.

Cuando el entrevistador esté satisfecho de que el paciente está familiarizado con los modos de transmisión de las enfermedades venéreas y con los conceptos del período de incubación y de la sífilis asintomática, y puede reconocer la mayoría de las lesiones sifilíticas, estará preparado para pasar a la parte más importante de la entrevista: la identificación de contactos.

Tanto la etapa de los antecedentes como la de datos médicos-educativos tiene por objeto ayudar al entrevistador a descubrir contactos. La actitud y las características de la conducta del paciente deben haberse analizado a fondo; además, debe conocer bien su propia condición.

Una vez completadas las dos primeras etapas de la entrevista, el entrevistador puede pasar directamente a la etapa de información sobre los contactos y su localización. Sin excusarse, dirá: "Quiero que sepa que usted tiene sífilis y

PRIMERA ENTREVISTA

Antecedentes generales

Tiempo que ha residido en la ciudad
Tiempo que ha vivido en la dirección indicada
Con quién vive
Otra información para localizar el contacto
Recomendado por
Ocupación
Hijos
Actividades

Etapa médico-educativa

Antecedentes de enfermedades venéreas
Antecedentes de pruebas para establecer el diagnóstico
Historia de los síntomas actuales
Modos de transmisión
Período de incubación
Enfermedades venéreas asintomáticas
Primeros signos de enfermedades venéreas

Transición

Búsqueda de contactos

Motivaciones
- Propagación y reinfección
- Manifestaciones tardías
- Sensibilidad a la penicilina
- Resistencia a la penicilina
- Transmisión congénita
- Tratamiento epidemiológico
- Responsabilidad para con los demás

Información para localizar el contacto

Dirección (domicilio-trabajo)
Número de teléfono
Edad-raza-sexo-estado civil
Estatura-peso-color del cabello
Lugares frecuentados
Conocidos por

INFORMACION

CONFIDENCIAL

puede haberla tenido por lo menos *(período crítico)*. Esto significa que posiblemente usted ha tenido sífilis desde *(fecha o acontecimiento de importancia para el paciente)*. Conversaremos ahora acerca de las personas con las cuales ha tenido relación sexual durante ese período. Para facilitar esta tarea, hablaremos primero acerca de la última persona y de allí volveremos hacia atrás. ¿Cómo se llama la última persona con la que usted tuvo relación sexual?

En esta declaración de transición hay tres aspectos de importancia excepcional: primero, se define nuevamente el período de la entrevista del paciente, basado en el concepto del período de incubación examinado con este en la última etapa. Segundo, se utilizan frases positivas en toda la declaración y tercero, se infiere que ha tenido numerosos contactos durante ese período. Si la fase de transición es positiva en cuanto a solicitar el *nombre* del último compañero sexual del paciente, este tiene dos alternativas: puede cooperar indicando el *nombre* de sus contactos o dar otra respuesta, lo que proporcionará al entrevistador la clave de los problemas que debe resolver.

Información y localización de contactos

El paciente que da muestras de cooperar facilitará al entrevistador el nombre de uno o más de sus compañeros sexuales recientes. La mayoría de los pacientes tendrán la tendencia a mencionar a aquellas personas que, según ellos, lo infectaron, generalmente con los que tuvieron contacto una sola vez u ocasionalmente. Cuando el paciente deja de proporcionar nombres, el entrevistador debe tratar de identificar a otros contactos preguntándole expresamente el nombre del compañero sexual con quien tuvo relaciones constantes. También debe tomar la iniciativa en cuanto a preguntar el nombre de este contacto sexual constante, ya que el paciente suele ser reacio a aceptar la idea de que esta persona pudiera haberlo infectado.

En el proceso de interrogatorio para obtener el nombre de contactos, el entrevistador no debe suponer que el paciente es heterosexual. Todas las referencias a contactos del paciente deben ser neutrales. Es preferible preguntarle: "Nombre a otra persona con quien ha tenido relaciones sexuales" en vez de mencionar "mujeres o muchachas". Si el paciente indica sólo contactos femeninos, el entrevistador debe sugerir que los hombres o muchachos con quienes el paciente ha tenido relaciones sexuales también deben tener la oportunidad de ver al médico. A menudo esta sugerencia, hecha durante la entrevista de un paciente masculino o femenino, inducirá al paciente a admitir contactos homosexuales. Si no se procura identificar a contactos del mismo sexo, el entrevistador quizá realice su tarea sólo a medias.

La mayoría de los pacientes no hablará abiertamente sobre sus compañeros sexuales sin habérseles dado buenos motivos para facilitar esta delicada información; por consiguiente, el entrevistador debe estar preparado para dar al paciente motivación adecuada.

Con demasiada frecuencia, el entrevistador califica de hostil al paciente que no identifica fácilmente a los contactos después de la fase de transición. Es preciso reconocer que el paciente considera que sus razones para no confiar en el entrevistador son válidas. El mejor procedimiento en este caso consiste en averiguar a qué se debe su temor y luego resolverle el problema a su entera satisfacción.

El paciente que no quiere decir la verdad al entrevistador, por lo general le da las explicaciones habituales: que estaba ebrio, que no puede recordar los contactos, o que ha tenido relaciones sexuales con un "encuentro" fortuito. En la entrevista con el paciente que no coopera es necesario seguir los tres pasos siguientes:

1) *Análisis.* El entrevistador debe tratar de determinar la causa básica del problema del paciente. A menudo, este cree que sabe quien lo contagió, ha decidido no ver a esa persona nuevamente y no encuentra motivo alguno para hablar de otra. Además, es posible que el paciente no comprenda a cabalidad el carácter confidencial del proceso epidemiológico. No sabe quién tendrá acceso a la información que

se le pide ni cómo se utilizará. A veces, el paciente considera que él mismo puede ocuparse de su propia atención ulterior y prefiere que no intervenga el entrevistador. Este debe tratar de determinar el problema de su paciente, cualquiera que sea.

2) *Confrontación.* Bajo ningún concepto debe el entrevistador dar a entender al paciente que su "cuento" es aceptable. Es de suma importancia que este reconozca que el entrevistador se interesa únicamente en el nombre de las personas conocidas por el paciente que pueden haber estado expuestas a la enfermedad venérea y que deben tener la oportunidad de solicitar tratamiento médico. Si el entrevistador no rechaza de inmediato cualquier respuesta que considere inverosímil, el paciente no se retractará e incluso es posible que detalle más su respuesta.

3) *Motivación.* El entrevistador debe dar al paciente una razón verdadera y lógica acerca de la importancia de divulgar el nombre de sus contactos. La mayoría de estas motivaciones son de rutina y tratan de que el paciente se preocupe por su propio bienestar:

a) *Propagación y reinfección.* La posibilidad de que el paciente vuelva a exponerse a sus compañeros sexuales y se reinfecte constituye un verdadero peligro. Además, sus contactos infectados continuarán propagando la enfermedad y existe una gran probabilidad de reinfección de esta segunda generación de contactos.

b) *Manifestaciones tardías de la sífilis.* Una vez que el paciente acepta el concepto de propagación y reinfección de la enfermedad, se le puede motivar aún más examinando con él los estragos que origina la sífilis tardía.

c) *Sífilis asintomática.* Se le ha informado ya al paciente que se puede tener sífilis sin los síntomas de la enfermedad. Se le puede decir que tal vez haya sido reinfectado sin su conocimiento.

d) *Sensibilidad a la penicilina.* Se debe advertir a todos los pacientes, pero especialmente a los reinfectados, que el tratamiento reiterado con penicilina es peligroso. Esta motivación es especialmente eficaz en el caso de pacientes que no consideran que las enfermedades venéreas deben tomarse en serio.

e) *Sífilis congénita.* En determinados casos es posible que la sífilis se propague a los futuros hijos del paciente. Los homosexuales y otras personas que no tienen interés en tener familia no responderán a esta motivación.

f) *Tratamiento epidemiológico.* Como el paciente está enterado del período de incubación de la sífilis, se le puede explicar que si se localiza rápidamente a sus contactos se les puede dar tratamiento epidemiológico para detener el curso de la enfermedad.

g) *Urgencia.* En el caso del paciente que teme exponerse a la enfermedad y a la posible retribución de sus contactos, es a veces útil inculcarle la idea de que si coopera plenamente puede quedar protegido. El entrevistador puede explicarle que si no menciona a sus compañeros sexuales, cuando estos contraigan la sífilis, sean tratados y entrevistados, su nombre surgirá una y otra vez. Se le notificará cada vez que esto ocurra y se someterá a un nuevo examen. El paciente podrá evitar que esto suceda si todos sus contactos se examinan sin demora.

Es posible que el paciente dé una respuesta negativa o plantee un problema en cualquier momento durante la etapa dedicada a la identificación de contactos. La respuesta del entrevistador debe incluir un motivo significativo para el paciente que esté basado en el análisis de las posibles razones por las cuales el paciente no coopera. Con frecuencia, la causa básica de sus problemas es, por lo menos en parte, el temor a ser expuesto. Si el entrevistador dedica unos cuantos minutos a conversar con el paciente sobre el procedimiento que espera seguir en la observación ulterior de los contactos sobre el terreno, a menudo ganará su confianza. No basta con decirle que la entrevista es de carácter confidencial; es preciso explicarle en detalle en qué forma lo protegerá a él y a sus contactos.

En todas las entrevistas el carácter confidencial de la información y los conceptos erróneos en lo que respecta al papel que desempeña el entrevistador plantearán verdaderos problemas, que generalmente se podrán resolver con la

experiencia, lógica y simple sentido común, más que con motivaciones básicas.

Mediante una serie de preguntas acerca de la fecha de la primera y última exposición y la frecuencia de estas, se establece una relación epidemiológica entre el paciente y sus contactos. Respecto de cada contacto mencionado, el entrevistador preguntará la fecha de la exposición más reciente. Luego determinará cuándo ocurrió la primera exposición a cada contacto. Por último, preguntará con qué frecuencia tuvo relaciones sexuales con todas las personas mencionadas. Existen dos motivos para reunir estos datos: primero, para identificar con certeza los compañeros sexuales de larga duración y, segundo, la probabilidad de que las personas nombradas sean fuentes de infección o medio de propagación. Si el análisis de los antecedentes de exposición no revela contacto constante o ningún contacto durante el período de contagio, debe continuarse la confrontación y la motivación.

Una vez convencido el entrevistador de que el paciente ha nombrado a todos sus contactos, debe concentrarse en obtener la información que le permita localizar a cada persona. Es posible que el propio paciente exprese el deseo de notificar a sus contactos. Esta medida es satisfactoria, pero se le ha de advertir los peligros que entraña esta decisión. Incluso si el paciente ha de comunicarse con sus contactos, el entrevistador debe obtener información para localizarlos de modo que el médico que haga el reconocimiento sepa a qué han estado expuestos los contactos y el examen que se requiere.

La información para localizar a los contactos debe incluir los siguientes datos que el paciente pueda facilitar:

1) Dirección del domicilio o del lugar donde trabaja, o ambos.
2) Número del teléfono
3) Descripción física
   a) Edad
   b) Sexo
   c) Peso
   d) Estatura
   e) Color del cabello y estilo del peinado
   f) Otros rasgos distintivos
4) Estado civil
5) Lugares que se sabe que frecuenta el contacto
6) Nombre y dirección de amigos
7) Cualquier otra información

Se deben utilizar mapas y guías de teléfono para verificar la exactitud de la información sobre localización de contactos.

Una vez reunida dicha información, se pide al paciente que colabore una vez más nombrando a los sospechosos de un conglomerado o "racimo" ("cluster") determinado. Se le pregunta quién tiene lesiones como las que vio en las fotografías. Se pueden emplear de nuevo los medios visuales. Se le pregunta, asimismo, si sabe qué personas han tenido relaciones sexuales con sus compañeros sexuales. Lo que se persigue es identificar a los contactos de casos de sífilis previamente tratados. Esta parte dedicada a los sospechosos es una buena oportunidad para que el enfermo sugiera a los entrevistadores el nombre de las personas quienes el desearía que se sometieran a un examen de sífilis, pero que no desea reconocer como contactos. Después de anotar el nombre y la información para localizar a esos sospechosos el entrevistador debe programar una nueva entrevista y dar por terminada esta.

El caso debe analizarse teniendo en cuenta toda la información epidemiológica y médica, estableciéndose un orden de prioridad para las investigaciones sobre el terreno y las entrevistas en "racimo".

III. ENTREVISTAS EN "RACIMO"

En el proceso básico de interrogación a los pacientes acerca de sus contactos, el entrevistador no siempre obtiene información adecuada para controlar eficazmente la propagación de la

sífilis. Por consiguiente, se inician otras actividades epidemiológicas a fin de obtener más datos y acelerar la observación ulterior. Estas actividades epidemiológicas complementarias se denominan colectivamente investigaciones en "racimo" ("clustering").

Este procedimiento ha progresado a través de las etapas siguientes:

1) Prueba serológica colectiva.
2) Prueba serológica sobre el terreno de casos conocidos de sífilis.
3) Entrevista de pacientes infectados para localizar a los sospechosos del "racimo".
4) Entrevista de contactos, sospechosos y otras personas para localizar a las personas que se han asociado con el contacto.
5) Entrevista selectiva de contactos, sospechosos y asociados.

Cada una de estas etapas ha sido eficaz por cuanto ha acelerado el proceso epidemiológico y ha aumentado el rendimiento en lo que respecta al número de casos nuevos. Así cómo el programa de control de la sífilis ha progresado desde el mantenimiento hasta la prevención de casos, el proceso ha adelantado desde las pruebas serológicas colectivas hasta la obtención de sospechosos de ese conglomerado de pacientes infectados y hasta las entrevistas de "racimos" selectos de contactos, sospechosos y asociados no infectados.

Un aspecto importante de la entrevista de contactos ya analizada es esa parte de la misma en la que se pide al paciente infectado que indique las personas que tienen lesiones típicas de sífilis y las que han estado con personas que el entrevistador sabe están infectadas. En esta fase se trata de formar el "racimo"de contactos, que difiere de la entrevista del mismo. No se llevan a cabo esta clase de entrevistas en personas respecto de las cuales el entrevistador sabe que están infectadas con sífilis, sino que más bien se entrevistan contactos, sospechosos y asociados que en ese momento se cree que no están infectados.

Una buena proporción del personal de salud considera que este tipo de entrevista es difícil. El entrevistador se ha capacitado principalmente para entrevistar a personas que tienen sífilis y a utilizar motivaciones que, según estima, se aplican solamente a una persona infectada. Es posible que el entrevistador considere que la naturaleza confidencial del proceso epidemiológico obra en detrimento suyo en la entrevista en "racimo", ya que debe obtener información acerca de las actividades sexuales del informante original o de alguna otra persona infectada con sífilis sin divulgar su nombre. Además, la mayoría de los entrevistadores no disponen de un esquema que consideren aplicable a la entrevista de pacientes no infectados.

A menudo, el entrevistador inicia la entrevista en "racimo" con una actitud derrotista debido a estos problemas y porque generalmente sólo dispone de breve tiempo para conversar con el paciente. Esta actitud se refuerza si se ha de entrevistar a numerosas personas antes de que el entrevistador pueda obtener los resultados que, a su juicio, son prueba de éxito, es decir, la identificación de un nuevo caso de sífilis. Aunque este es uno de los objetivos de esta clase de entrevista, otras metas igualmente importantes pueden alcanzarse si se realiza en "racimos" de personas seleccionadas.

Los criterios para seleccionar a las personas que han de ser objeto de este tipo de entrevista variarán de una zona a otra según el tiempo y personal disponibles. Después de entrevistar a un contacto, es preciso analizar los resultados para determinar cuáles contactos y sospechosos probablemente facilitarán información adicional acerca del paciente y sus actividades sexuales. Es conveniente anotar suficiente información en el registro a fin de indicar a cualquier entrevistador las personas que deben ser objeto de una entrevista en "racimo" y la clase de información que se requiere.

Antes de entrevistar a una persona no infectada mediante este procedimiento, es preciso examinar los registros para determinar si hay otros casos acerca de los cuales esta persona podría facilitar información. A menudo, más de un paciente menciona contactos y sospechosos.

La entrevista en "racimo" debe realizarse teniendo en cuenta los siguientes objetivos:

1) Es preciso informar al entrevistado sobre

los modos de transmisión y los síntomas de la sífilis. En su calidad de contacto o de sospechoso, pertenece a la población propensa a contraerla y puede infectarse con facilidad en algún momento en el futuro. Si conoce los síntomas de la sífilis, podrá solicitar atención médica si llegara a contraer la infección.

2) El entrevistador debe obtener el nombre de los asociados que tengan lesiones típicas de sífilis.

3) El entrevistador debe obtener el nombre de los asociados que han tenido contacto sexual con personas en las que se ha establecido el diagnóstico de sífilis. Muchos asociados comprendidos en estas categorías estarán infectados con la enfermedad. Los resultados de un estudio de "racimos" realizado en 1963 y, en fecha más reciente, las visitas con fines de consulta epidemiológica a 37 zonas que participaron en dicho estudio durante 1968–1969, revelan la importancia de identificar a los asociados en estas categorías (cuadro 1). Además del rendimiento en la localización de casos de asociados mencionados en esta última categoría, pueden prevenirse casos nuevos de sífilis tratando epidemiológicamente a los que nombran personas infectadas como contactos durante la entrevista en "racimo".

4) Es preciso verificar la información proporcionada por el informante durante la entrevista de contacto. Si la persona objeto de la entrevista en "racimo" fue designada como contacto por el paciente, se tratará de verificar si el entrevistado tuvo o no contacto sexual con el informante y, en caso afirmativo, la fecha en que ocurrió. Luego se pueden comparar estas fechas con las de exposición proporcionadas por el paciente original a fin de determinar la validez de la fecha de exposición proporcionada por el informante.

5) Es preciso obtener información adicional sobre los contactos respecto de los cuales la información para localizarlos es limitada. Con frecuencia, esta información permitirá el examen de contactos que no han sido localizados debido a información inadecuada. Si se obtienen más datos para localizar a los contactos posiblemente se acelere también su examen.

6) También es preciso obtener más información epidemiológica sobre el paciente de sífilis a fin de que el caso pueda analizarse más a fondo.

A continuación se presenta un esquema para realizar una entrevista en "racimo". Este no tiene otro objeto que el de servir de guía en la entrevista de personas no infectadas y no se ha de seguir rigurosamente. La entrevista se divide en tres etapas que están organizadas de tal modo que cada una se puede dar por concluida una vez completada si el entrevistador estima que no se justifica su continuación. Como el tiempo constituye un factor de suma importancia en la mayoría de las zonas del país, el esquema permite dedicarle a la entrevista el tiempo que el entrevistador estime necesario.

Esquema propuesto para la entrevista en "racimo"

I. Etapa educativa

A. Explicar porqué se entrevista al paciente.
   1) Se halla comprometido en una epidemia de sífilis.
   2) Requiere examen y posiblemente tratamiento.

B. Explicar el carácter confidencial del proceso epidemiológico.
   1) Minuciosamente.
   2) Antes de que el paciente se refiera a este.

C. Educar al paciente respecto a la sífilis y obtener sus antecedentes médicos.
   1) Modos de transmisión.
   2) Período de incubación.
   3) Sífilis asintomática.
   4) Signos de sífilis temprana (utilizando fotografías).
   5) Historia clínica del paciente.

II. Etapa de acopio de datos

A. Identificar los contactos del entrevistado.

B. Obtener el nombre de contactos de casos de sífilis conocidos.

C. Obtener el nombre de personas que tengan lesiones semejantes a las de sífilis.

CUADRO 1 – Rendimiento de entrevistas en "racimo" de casos de sífilis primaria y secundaria.

a. Resultados de nueve zonas de proyectos participantes en el estudio de 1963.

Sospechosos*	Número de examinados	Total de casos de sífilis sometidos a tratamiento	Rendimiento %
1	161	15	9.3
2	531	23	4.3
3	2,357	66	2.8

Asociados*	Número de examinados	Total de casos de sífilis sometidos a tratamiento	Rendimiento %
1	181	6	3.3
2	282	8	2.8
3	2,087	37	1.8

b. Resultados de exámenes de casos durante 63 visitas a 44 zonas de proyectos, consulta epidemiológica de 1968-1969.

Sospechosos*	Número de examinados	Total de casos de sífilis sometidos a tratamiento	Rendimiento %
1	279	49	17.6
2	759	63	8.3
3	5,083	197	3.9

Asociados*	Número de examinados	Total de casos de sífilis sometidos a tratamiento	Rendimiento %
1	71	12	16.9
2	378	42	11.1
3	1,025	44	4.3

*1. Descritos como personas con lesiones.
2. Descritos como contactos de casos conocidos.
3. Todos los demás sospechosos (asociados).

D. Complementar la información epidemiológica (basada en el análisis de casos).

E. Obtener información para la localización de contactos marginales.

III. Conclusión

A. Adoptar disposiciones para el reconocimiento médico.

B. Hacer los arreglos para una entrevista ulterior.

El entrevistador debe explicar primero al paciente porqué se encuentra en la clínica y la razón de la entrevista. Generalmente es ventajoso que el entrevistado sienta que se encuentra implicado en una gran epidemia y que fácilmente podría contraer la infección.

Se ha de subrayar el carácter confidencial de la información antes de que el paciente lo mencione, de modo que comprenda porqué el entrevistador no puede divulgar el nombre del informante y además que no divulgará ninguna información que le facilite el entrevistado. Se le puede indicar que así como él no sabe de quién se obtuvo su nombre, la persona de quien hable no sabrá quién dio el suyo.

Utilizando fotografías, el entrevistador examina luego los modos de transmisión y los síntomas de la sífilis. Obtiene también la historia clínica del entrevistado. Esta etapa de la entrevista es muy semejante a la parte médica de la entrevista de contacto. Si se realiza sólo esta parte de la entrevista, se habrá alcanzado uno de los objetivos de la entrevista en "racimo" en un mínimo de tiempo. El entrevistado se habrá beneficiado de la discusión educativa, ya que comprenderá los síntomas típicos de la sífilis si contrae la infección en el futuro.

Si el entrevistador decide continuar la entrevista en "racimo" recurrirá en este momento a una declaración de transición semejante a la que se emplea entre la parte médica y la de contacto durante una entrevista de contacto. Una declaración positiva acerca de la necesidad de obtener el nombre de contactos durante el período crítico del paciente original servirá de vínculo entre la fase educativa y la fase de identificación de contactos.

En esta etapa de la entrevista pueden surgir problemas que deben ser resueltos inmediatamente. Es posible que el entrevistado no comprenda la importancia de hablar acerca de sus contactos ya que, según él, no está infectado. Contribuirían a resolver este tipo de problema argumentos como los siguientes:

1) Muchos de los amigos del paciente tienen sífilis y han sido tratados por la enfermedad; no obstante, otras personas que tienen sífilis no saben que la tienen y contagian a otras. A menos que todos los contactos del paciente sean examinados, este la contraerá. Si el entrevistado no se muestra muy preocupado porque tiene sífilis, se pueden usar los mismos argumentos empleados en la entrevista de contactos para subrayar el peligro que implica tener la enfermedad (es decir: manifestaciones tardías, sífilis asintomática, reacciones a los medicamentos, etc.).

2) El paciente ha estado expuesto a un sifilítico, y es muy probable que haya estado expuesto a otros casos. A fin de que el paciente sea objeto de un examen y tratamiento adecuados, es necesario saber en qué momento y a quién ha estado expuesto; luego, podrá recibir tratamiento profiláctico si lo requiere.

Si el entrevistado menciona al informante como contacto, se han de obtener las fechas de exposición para compararlas con las correspondientes fechas proporcionadas en la entrevista original. Si estas son muy diferentes, se ha de indagar de nuevo para determinar cuáles son las fechas exactas. Si el entrevistado no menciona al informante como contacto, se ha de efectuar una evaluación para determinar quién está diciendo la verdad. Si el entrevistador estima que el informante original no ha tenido contacto con el entrevistado, se ha de entrevistar de nuevo al paciente original a la mayor brevedad posible. Durante la nueva entrevista se le confrontará con esta información y se ha de determinar la validez de cualquier otro dato obtenido en la primera entrevista.

Los contactos mencionados por el entrevistado no son de por sí importantes. Sin embargo, si el entrevistador sabe que algunos de ellos

están infectados con sífilis, debe averiguar con quién más estas personas infectadas pueden haber tenido relaciones sexuales. A fin de que el entrevistado no sepa quién es el informante original o cuáles de sus otros contactos están infectados con sífilis, se le debe interrogar acerca de cada uno de sus contactos. Más adelante se puede desechar la información sobre los contactos no infectados y procederse a la investigación sólo de aquellos asociados expuestos que no han sido mencionados anteriormente.

Utilizando las fotografías, el entrevistador debe pedir al entrevistado que identifique a cualquier persona que él sepa tiene lesiones típicas de sífilis.

En este momento, se procurará obtener cualquier otro dato epidemiológico necesario acerca del informante original, que debe figurar en el registro de su entrevista. También se pueden obtener más datos sobre los contactos que disponen de información marginal para localizarlos.

Una vez que el entrevistador ha obtenido toda la información posible, debe poner término a la entrevista indicando la fecha en que el entrevistado debe regresar a la clínica o informándole de que posiblemente sea necesario comunicarse de nuevo con él para someterlo a una prueba serológica o a tratamiento futuro. De este modo, le advierte acerca de la posibilidad de conversar con él de nuevo si se necesitan más datos sobre otra persona que sea preciso localizar. Luego se le ha de recordar que si manifiesta cualquier síntoma típico de la sífilis en el futuro debe presentarse al departamento de salud para su examen.

Al término de la entrevista en "racimo", toda la información epidemiológica pertinente que se haya reunido puede usarse para analizar más a fondo la entrevista del paciente original.

IV. UNA NUEVA ENTREVISTA

Una nueva entrevista, es decir la etapa final del proceso epidemiológico, puede facilitar información que no se obtuvo en la primera. Al prepararse para esta entrevista, el personal de salud rara vez conoce los problemas del paciente, pero a medida que se reúnen los datos en la primera entrevista y se analizan los resultados de las entrevistas en "racimo" y se decide al respecto, se aclara la situación del paciente.

Si se utiliza adecuadamente, la nueva entrevista permite obtener mucho más que el nombre de los otros contactos. Antes de proceder a esta, es preciso examinar detalladamente los resultados del desarrollo epidemiológico del caso. El procedimiento que se utilice debe elegirse en función del paciente más que del personal de salud. Si el paciente facilitó el nombre de muchos contactos en la primera entrevista y si la observación ulterior sobre el terreno es productiva, a menudo se podrá aplazar la nueva entrevista hasta que se haya completado la mayoría de las etapas de desarrollo del caso. Si el paciente no cooperó o se omitió algún aspecto necesario para el análisis médico o epidemiológico del caso, la nueva entrevista podría realizarse el mismo día que la primera. A veces, el paciente accederá a proporcionar información que no estaba disponible en el momento de la primera entrevista. En tales circunstancias, no se procederá a la nueva entrevista hasta que el paciente haya tenido tiempo suficiente de hacer lo que prometió.

Una nueva entrevista bien concebida se basará siempre en los resultados del caso individual y no puede organizarse en forma tan definitiva como la primera. El análisis de los resultados de la epidemiología del caso se desarrollará cronológicamente en la forma siguiente:

I. Análisis de la primera entrevista

a) Análisis técnico
   1) ¿Se ajusta la imagen y respuesta del paciente a la evaluación inicial que de este tenía el entrevistador?
   2) ¿Qué obstáculos presentó el paciente?
   3) ¿Se identificaron y resolvieron los problemas básicos a que se referían estos obstáculos?

b) Análisis médico
   1) ¿Se obtuvo una historia razonable de los síntomas y de la serología?
   2) ¿Cuál fue la fuente probable de infección y cuáles fueron los períodos de propagación?

c) Análisis epidemiológico
   1) ¿Se identificó a un contacto como posible fuente de infección?
   2) ¿Se identificaron contactos constantes?
   3) ¿Fue la información obtenida sobre contactos compatible con la evaluación de la preferencia y pautas sexuales del paciente según el entrevistador?

La primera entrevista debe ser analizada inmediatamente después de dar de alta al paciente. En este momento, el entrevistador debe establecer un orden de prioridad preliminar para la observación ulterior de contactos sobre el terreno, para las entrevistas en "racimo" y, en parte, para su nueva entrevista. Los resultados de estas actividades determinarán el lugar y la fecha de la nueva entrevista y la manera de realizarla.

II. Análisis epidemiológico provisional

a) ¿Era válida la información sobre localización de contactos? ¿Existen esos contactos?
b) ¿Se plantean problemas en cuanto a la localización de un contacto o contactos?
c) ¿Están infectados los contactos fuente de la infección o del período de propagación?
d) ¿Se ha identificado el contacto considerado fuente probable de infección?
e) ¿Sugiere la información sobre el "racimo" la existencia de contactos no mencionados?
f) ¿Se deducen de la observación ulterior sobre el terreno las razones básicas a que se deben los problemas planteados en la primera entrevista?
g) ¿Se puede esperar que el paciente facilite información respecto al "racimo" que permita identificar a los contactos infectados?

En cualquier momento en que el análisis, después de la entrevista o el análisis epidemiológico provisional, indique que el desarrollo del caso podría mejorarse mediante una nueva entrevista, el personal de salud debe comunicarse nuevamente con el paciente. En este momento, el entrevistador debe decidir cuál es la mejor manera de orientarla.

III. Análisis con anterioridad a la nueva entrevista

a) ¿Qué elementos específicos deben obtenerse durante la nueva entrevista?
b) ¿Qué motivaciones serán las más eficaces?
c) ¿Qué soluciones pueden darse a los problemas que no se resolvieron en la primera entrevista?
d) ¿Es conveniente entrevistar al paciente en su hogar? (La visita al hogar es siempre recomendable en algún momento del desarrollo del caso.)
e) ¿Sería provechoso cambiar al entrevistador?

A continuación se examinarán dos modalidades para realizar nuevas entrevistas que han resultado satisfactorias: 1) el personal de salud debe decidir si empleará el método directo o el indirecto; 2) en cada nueva entrevista debe procurarse obtener tanto el nombre de contactos adicionales como la información que se estima necesaria del análisis. Probablemente se utilicen elementos de las dos modalidades mencionadas.

El método directo. Si el análisis del entrevistador indicara que no se resolvieron varios problemas durante la primera entrevista y, en consecuencia, que esta no resultó satisfactoria en cuanto a lograr los objetivos que perseguía, probablemente seleccione el método directo. En lo fundamental, este es idéntico al que fue utilizado en la primera entrevista.

Después de algunas observaciones iniciales para establecer un vínculo entre la primera entrevista y las subsiguientes, el entrevistador procederá a discutir los problemas que se identificaron en la historia del paciente. Podría señalar, por ejemplo, que hubo períodos durante la entrevista cuando el paciente no mencionó compañeros sexuales. O podría empezar por señalar que este no mencionó contactos homosexuales. La razón principal para proceder de esta manera es demostrar que no está satisfecho con la historia del paciente y establecer con ello el tono de la entrevista. La manera directa de actuar naturalmente dependerá del análisis que el entrevistador haga de la actitud del paciente. Podría recurrir a cualquier procedimiento, por ejemplo, explicar al paciente que lo expresado le confundió un poco, decirle que su historia era absolutamente inaceptable, etc. Lo que persigue al expresar descontento es que se indiquen aquellos problemas que obstaculizaron la identificación eficaz de contactos durante la primera entrevista. También obliga al paciente a considerar de nuevo sus declaraciones. En este momento, el entrevistador está preparado para emplear los procedimientos relativos a la solución de problemas utilizados en la primera entrevista. Luego se proseguirá la entrevista donde terminó la primera y se realizará en la misma forma que esta. Se incluiría, en lo posible, al mayor número de integrantes del "racimo".

El método indirecto. Si el análisis del entrevistador revelara que no se dejó sin resolver ningún problema grave y estimara que se han cumplido satisfactoriamente los objetivos de la primera entrevista, probablemente emplee un procedimiento indirecto. En este caso, probablemente se interese por obtener información epidemiológica.

Después de algunas observaciones iniciales para vincular la primera y la nueva entrevista, el entrevistador expresará satisfacción por la información obtenida en la primera entrevista. Señalará luego que el paciente, al referirse a sus contactos, había incluido sólo a algunas de las personas que podrían tener sífilis. Si, por ejemplo, cualquiera de los contactos del paciente está infectado, podría también transmitir la enfermedad a otras personas. Conversará entonces con el paciente acerca de las personas que podrían estar relacionadas con sus contactos. En esta conversación también podrían ser útiles las motivaciones aplicables a la primera entrevista. El entrevistador podría explicar que estas personas pueden representar un peligro para el paciente y podría tratar a este como miembro *ex officio* del departamento de salud, y subrayar la importancia de ayudar a otras personas de la comunidad. Este segundo enfoque es beneficioso ya que no se asocia la conducta sexual del paciente con las personas mencionadas.

El entrevistador debe tener cuidado de no defraudar la confianza de ninguno de los otros pacientes. Por ejemplo, si se interesa únicamente en dos de los contactos del paciente, debería referirse a todos ellos, utilizando más tarde sólo la información que deseaba obtener.

Estos dos procedimientos guardan estrecha relación con las técnicas de la primera entrevista ya que la nueva entrevista no es más que la continuación de un proceso de recopilación y análisis de datos que se inició cuando el paciente fue enviado por primera vez a la entrevista.

V. BREVE HISTORIA DE LA ENTREVISTA RELACIONADA CON LA SIFILIS

El empleo de la penicilina para el tratamiento de la sífilis modificó radicalmente la lucha contra las enfermedades venéreas, y permitió tratar al paciente en la consulta externa.

Los centros de tratamiento dirigidos por departamentos de salud pública se clausuraron y los médicos de consulta privada aceptaron mayor responsabilidad en el tratamiento de los sifilíticos. Se modificó también la función del personal de salud especializado. Ya no fue necesario mantener a los casos bajo observación ni someter a los pacientes a tratamientos prolongados; la búsqueda de casos y la localización de personas con sífilis no diagnosticada se convirtió en el lema de la lucha contra la enfermedad.

Las encuestas para realizar pruebas serológicas colectivas resultaron satisfactorias en la localización de muchas personas con sífilis y, como se propaga por contacto sexual, era lógico esperar que la entrevista del paciente para determinar a sus compañeros sexuales permitiera localizar a otras personas infectadas.

La División de Enfermedades Venéreas del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos patrocinó estudios destinados a evaluar la capacidad para encontrar nuevos casos de sífilis mediante un proceso de localización de contactos en las entrevistas. En 1947 se realizó en Arkansas un experimento que duró 100 días, con objeto de verificar la teoría según la cual la entrevista de contactos podía constituir un medio eficaz de localización de casos *(1)*. En dicho estudio 201 pacientes mencionaron a 655 contactos sexuales. Entre esos contactos, se detectaron 167 casos de sífilis no diagnosticada previamente.

Estimulada por esos resultados, la División de Enfermedades Venéreas del Centro Médico en Hot Springs, Arkansas, inició nuevos estudios. En estas investigaciones se sugirieron y ensayaron varios procedimientos para la entrevista de contactos. Los procedimientos más eficaces empleados en Hot Springs se enseñaron en la primera Escuela Nacional de Adiestramiento en Entrevistas, en el Hospital Gallinger, Washington, D.C., en 1949. Esta escuela fue transferida al Centro Médico de Alto, Georgia, en 1950; luego se estableció otra en el Centro de Salud de Hampton Roads, Norfolk, Virginia, donde hoy funciona una que desciende directamente de aquella.

Los resultados de los primeros estudios en las técnicas de entrevista de contactos fueron incorporados en el manual titulado *Venereal Disease Contact Interviewing*, publicado en febrero de 1961 *(2)*. En este manual se recomendaba un método directo de entrevista que consistía en determinar las características de comportamiento sexual del paciente, su habilidad para recordar y su situación socioeconómica. Con esta información, el entrevistador esperaba que el paciente nombrara a los contactos que se ajustaban bastante bien a su perfil social y sexual. Esta técnica se denominó "pauta sociosexual" y su único objeto era identificar los contactos sexuales sin orientarse mucho hacia la educación del paciente.

Durante los últimos años de la década de 1940 a 1949 y principios de 1950, el Gobierno de los Estados Unidos apoyó decididamente la lucha contra la sífilis. La División de Enfermedades Venéreas facilitó fondos para la capacitación de personal estatal y local en el empleo de la "pauta sociosexual" y contrató y capacitó a un grupo de personal de salud especializado, al nivel federal. La reducción fundamentada de la incidencia de sífilis que se experimentó a mediados de la década de 1950 redujo los fondos disponibles de todas las fuentes para el control de las enfermedades venéreas, pero el aumento ulterior de la morbilidad por sífilis hizo renacer el interés en las actividades de control de las enfermedades venéreas y en el proceso de entrevistas.

Entre 1957 y 1959 se propusieron y se ensayaron modificaciones a la "pauta sociosexual". En el fondo, las modificaciones obedecieron a la necesidad de dedicar el menor tiempo posible a obtener la máxima información en la entrevista de contactos. Se ensayó un "método educativo", que dependía de la preocupación del paciente por sus compañeros sexuales para inducirlo a revelar sus nombres al entrevistador. Este procedimiento se desechó por considerarlo improductivo.

A fin de satisfacer los requisitos de un sistema de entrevista breve, pero eficaz, se estableció otro método que difería de la "pauta sociosexual" y que se concentraba en la historia

sexual del paciente durante el período máximo de incubación e infección de la enfermedad. Este método, cuya estructura era compleja y requería habilidad y tacto de parte del entrevistador, se ensayó y se perfeccionó durante tres años—desde 1957 hasta 1959—cuando una unidad escolar móvil de entrevista visitó el departamento de salud de casi todos los estados y ciudades importantes.

La experiencia práctica obtenida en miles de entrevistas e investigaciones de contactos permitió refinar en mayor grado las actividades para el control de la sífilis. Durante el decenio de 1950 se intentaron muchas técnicas innovadoras. La entrevista y la observación ulterior del que presentó resultados positivos sustituyeron casi totalmente a las pruebas "serológicas colectivas" convirtiéndose en la técnica principal de localización de casos. Se establecieron sistemas de registro para evaluar y controlar la productividad de las entrevistas. Se estructuraron entrevistas de contactos y otras personas no infectadas a fin de obtener el nombre de otras que necesitaban ser examinadas. Estas entrevistas en "racimo" se concentraron en personas con lesiones reveladoras de sífilis, personas que se suponía eran contactos de contactos y familiares y amigos íntimos del paciente.

En 1960 se habían acumulado bastantes conocimientos acerca de las actividades prioritarias que constituían la epidemiología productiva de la sífilis. La mayor parte de estos conocimientos se consolidaron en el manual práctico del Departamento de Enfermedades Venéreas *(3)* publicado en julio de 1962. En este se recomendaba un procedimiento muy estructurado que comprendía todas las técnicas de entrevista que habían resultado satisfactorias en los últimos 15 años.

En este "procedimiento directo modificado" se destacaba la importancia de establecer una relación con el paciente, de obtener información general y de procurar, en un plazo breve, determinar el grado de promiscuidad y preferencia sexual del paciente. Casi toda la entrevista tenía por objeto conocer el nombre de los contactos, obtener información para localizarlos y determinar la frecuencia y fecha de exposición de todos los contactos en el período crítico *(4)*. Se procuraba también identificar el nombre de sospechosos (personas que no eran compañeros sexuales pero que podían estar infectados).

En el "método directo modificado" se incluyó una serie de motivaciones para ayudar a vencer la renuencia del paciente a hablar de sus compañeros sexuales. Estas incluían la posibilidad de que el paciente se reinfectara por la exposición a sus contactos no tratados, su responsabilidad para con sus amigos y los peligros de las numerosas manifestaciones tardías de la enfermedad. Se garantizaba la anonimidad del paciente y se concedía gran importancia al carácter confidencial de la entrevista.

Desde 1963, el Departamento de Enfermedades Venéreas se ha ampliado mediante la contratación de varios centenares de asesores en salud pública a los que se les ha dado adiestramiento básico para aplicar el procedimiento de entrevista titulado "método directo modificado" en centros de capacitación situados en las ciudades de Atlanta, Chicago, Nueva York, Los Angeles y Detroit. Dicho personal fue asignado a los departamentos de salud locales y estatales para que complementaran su adiestramiento en el servicio y fue adscrito a programas de localización de casos de sífilis bajo la dirección del funcionario local encargado del control de las enfermedades venéreas.

Cada paciente con sífilis temprana podía ser objeto de una entrevista para localizar contactos. Se entrevistó habitualmente a todos los pacientes de clínicas públicas. Se visitó a médicos que ejercen en privado con el fin de solicitar su cooperación en la labor de erradicación de la enfermedad, y se les pidió que remitieran a sus pacientes al asesor en salud pública para ser entrevistado.

Este programa intensificado de erradicación de la sífilis, que tuvo su origen en el informe presentado en 1962 por un grupo de trabajo al Cirujano General, se vio coronado de éxito. La incidencia de sífilis que había estado en aumento desde 1957, alcanzó su cifra máxima en 1965 y de nuevo empezó a disminuir. Se logró entrevistar en el país a más del 88 % de los

casos de morbilidad por sífilis infecciosa casi inmediatamente después del diagnóstico, y se indujo a más del 85% a mencionar contactos que pudieron ser localizados con fines de examen *(4)*.

El éxito continuo no interrumpió el ensayo de nuevos procedimientos para el control de la sífilis. Durante la primera mitad del decenio de 1960 se recomendó, como medida de control, el tratamiento epidemiológico o preventivo. Se facilitó tratamiento antibiótico a los contactos, en el período en que el paciente original podía ser infeccioso, si demostraban ser negativos clínica y serológicamente. La teoría en que ello se basaba era sencilla. Si se identificaba un contacto en una entrevista realizada cuando se diagnosticaba y se trataba al paciente original y si este contacto podía ser localizado y examinado sin demora y no tenía síntomas o signos clínicos, se podía esperar que el tratamiento epidemiológico impidiera el desarrollo de la sífilis. La mayoría de los profesionales aceptaron el tratamiento epidemiológico como procedimiento médico eficaz, dando por resultado que el programa de localización de casos se intensificara por primera vez mediante un procedimiento activo de prevención de casos.

Pronto se reconoció que para que el tratamiento epidemiológico influyera en la incidencia de la sífilis, la entrevista debía producir no sólo datos sobre los contactos y su localización, sino también fechas de exposición lo suficientemente fidedignas para que el médico las utilizara como criterio fundado para administrar el tratamiento epidemiológico.

La prevención de casos, es decir, el intento por reducir la posibilidad de propagación de sífilis de la población infectada a los integrantes no infectados de la comunidad, sólo puede realizarse eficazmente si el entrevistador conoce el curso de la enfermedad, ha obtenido la historia completa del paciente de que se trate y está capacitado para analizar la posibilidad de infección entre todos los contactos mencionados. El entrevistador que participa en un programa orientado hacia la prevención de casos debe ser capaz de identificar detalladamente el contacto, localizarlo y obtener datos sobre la exposición respecto de cada uno de los contactos del paciente. El "método directo modificado" fue revisado con el objeto de satisfacer esta necesidad de obtener datos más detallados y también debido al cambio de actitud del paciente hacia las relaciones sexuales, instituciones gubernamentales y enfermedades venéreas.

Se ha formulado un esquema de entrevista que es el procedimiento que se ha enseñado en los dos últimos años en las sesiones de la Escuela de Entrevistas. Este permite al entrevistador obtener información epidemiológica básica para un programa de prevención de casos y tiene en cuenta las diferencias fundamentales en la actitud, capacidad y voluntad del paciente para cooperar, así como sus derechos como individuo.

Este tipo de entrevista no representa un conjunto de ideas totalmente nuevas ni se ha sugerido como la última palabra en entrevistas; pero sí destaca que para que esta tenga éxito es preciso aceptar los siguientes conceptos:

1) Muchas de las técnicas de la "pauta sociosexual" y el "método directo modificado" continúan siendo válidas y es preciso estudiarlas e incorporarlas en el nuevo procedimiento.

2) El paciente debe tener confianza en el entrevistador tanto como persona como profesional de salud, para que pueda hacerlo su confidente.

3) El paciente tiene derecho a saber porqué se reúne información acerca de su persona y la forma en que se utilizará en beneficio suyo.

4) Las técnicas de motivación deben basarse en hechos, y deben utilizarse cada vez que el entrevistador considere que el paciente no es sincero en sus respuestas.

El desarrollo epidemiológico de un caso de sífilis se considera como un proceso continuo. Se inicia cuando se diagnostica al paciente y se remite a este a la entrevista. En este momento el entrevistador generalmente sabe muy poco acerca del paciente. Procede a analizar los pocos hechos de que dispone, y posiblemente luego entreviste al paciente. La información obtenida en la primera entrevista se pone a prueba en la observación ulterior sobre el

terreno. Habitualmente se realiza una entrevista en "racimo" entre determinadas personas que han participado en el desarrollo del caso. Este procedimiento acelera el proceso epidemiológico, complementa información epidemiológica sobre el caso y ayuda a verificar la información proporcionada por el paciente original. Luego se procede a las nuevas entrevistas que sean necesarias para garantizar el más minucioso estudio del caso.

REFERENCIAS

(1) Easley E. J. *et al.* "The 100–Day Experiment in Contact Investigation". *J Ven Dis Ed* 29:1, 1948.

(2) Swank R. R. *Venereal Disease Contact Interviewing.* Alto Medical Center, Alto, Georgia, 1951 (agotado).

(3) Secretaría de Salud, Educación y Bienestar, EUA. *Venereal Disease Field Manual.* Departamento de Enfermedades Venéreas, Centro para el Control de Enfermedades, Atlanta, Georgia, 1962.

(4) Secretaría de Salud, Educación y Bienestar, EUA. *Informe anual del Departamento de Enfermedades Venéreas.* Departamento de Enfermedades Venéreas, Centro para el Control de Enfermedades, Atlanta, Georgia, 1966.