

ADMINISTRACION DE PROGRAMAS DE PINTO*

DR. ADRIAN TORRES MUÑOZ

Jefe de la campaña nacional contra el mal del pinto de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México

LA ENFERMEDAD

El mal del pinto es una treponematosi tegumentaria, contagiosa, de evolución crónica, con discromias generalizadas y positividad a las reacciones serológicas para el diagnóstico de la sífilis, de amplia distribución geográfica en algunos países de América y sin pruebas de que exista en otros continentes.

Recibe diversos nombres en cada región, de los que damos a continuación los principales: mal del pinto, en México, Argentina y Puerto Rico; pinta, en Cuba, Chile y Estados Unidos de Norteamérica; carates o carate, en Colombia; purú purú o kuro kuro, en el Estado del Amazonas, en Brasil; enfermedad azul de los chillos u obero, en Ecuador; cativi, en Guatemala y Honduras; bulpis, en Nicaragua; carate, en El Salvador; cute o carate, en Venezuela; quiricua, en Panamá; Boussarole, en Haití; gussarola, en la República Dominicana; picuití, en Guadalupe. De acuerdo con la literatura existente, se admite que estas varias denominaciones se refieren a la misma enfermedad, pero conviene dejar un punto de interrogación ante posibles rectificaciones posteriores, como por ejemplo, en el caso de la pinta cubana.

Ataca preferentemente a las gentes menesterosas, es de predominio rural selvático y afecta igualmente a ambos sexos, de todas las edades y razas.

En localidades de cierta importancia, donde claramente se establecen diferencias de tipo urbano entre el centro de la población y sus alrededores, se señala franco predominio del mal del pinto en los segundos.

La promiscuidad, el hacinamiento, la miseria y muy particularmente el desaseo (falta de baño), crean condiciones propicias para su desarrollo. Su predilección por la

poblaciones indígena, mestiza, mulata y criolla, obedece precisamente a las condiciones de vida que privan entre ellos, y aunque se presenta también en individuos de raza blanca, puede decirse que el factor raza no interviene para nada en su distribución.

Existen pruebas de la transmisión directa de la enfermedad, de persona a persona, como resultado de la convivencia íntima y prolongada, pero las teorías acerca de su transmisión por intermedio de algún artrópodo no se han comprobado hasta la fecha. La edad en que generalmente se adquiere es antes de los 14 años.

Las "zonas pintógenas" pueden ser delimitadas con bastante precisión en la mayoría de los casos. No se han determinado con exactitud las condiciones climáticas que favorecen su desarrollo y puede pensarse que la altitud, la temperatura, el grado higrométrico, la presión atmosférica, etc. no tienen influencia perceptible en su zonificación. De todos modos, y como antes se ha dicho, su distribución tiene lugar por zonas fácilmente delimitables.

Aunque se trata de una enfermedad de carácter benigno, es eminentemente deprimente para el enfermo por el aspecto repugnante que le imprime, y tiene fuertes repercusiones de carácter económico y social en los grupos de población afectados.

El hombre enfermo ve limitada su actividad precisamente en la época de su vida en que el rendimiento de su trabajo debiera ser mayor, lo que supone una clara disminución de sus posibilidades económicas individuales y de la economía de las zonas donde el mal del pinto es endémico.

En el aspecto social, no son menos graves sus consecuencias. El retraimiento, la desconfianza, el rencor, la violencia, como reacciones habituales de los enfermos, afectan

* Documento WHO/VDT/147, agosto 17, 1955.

profundamente la estructura de la familia y de la sociedad.

Es una enfermedad de diagnóstico relativamente fácil en cuanto a labores sanitarias se refiere, permite la rápida localización de los enfermos, aun en su fase primaria (pintide, "jiote", "empeine", "carampacho", "toto"), y se cuenta en la gran mayoría de los casos con la propia y espontánea declaración del enfermo.

El mal del pinto se cura de un modo espectacular con penicilina. Después de los primeros trabajos de Zozaya y Varela, quienes señalaron por primera vez la eficaz acción de este antibiótico contra el *Treponema carateum*, se han hecho trabajos de campo, algunos con nuestra participación, cuyos resultados confirman ampliamente los obtenidos por los autores citados. La conclusión más importante de estas actividades es que el aprovechamiento de la penicilina por sí sola como base poderosa y aplicada de una manera correcta permite esperar la erradicación del mal.

EL PROGRAMA

El número de países afectados por esta treponematosi, la gran superficie que abarca en muchos de ellos, el elevado número de enfermos y las serias repercusiones sanitarias, sociales y económicas que acarrea, han sido siempre objeto de preocupación por parte de las autoridades sanitarias de dichos países.

El desconocimiento de algunos conceptos básicos de su etiología, de su epidemiología y su tratamiento, fué siempre un factor adverso al establecimiento de programas de lucha, y los esfuerzos aislados hechos hasta ahora en diversos países, no tuvieron jamás repercusiones sanitarias apreciables.

Actualmente concurren en nuestro favor una serie de hechos y circunstancias que colocan a un programa de lucha contra el pinto en una situación privilegiada, y nos autorizan, sin temor a equivocarnos, a pensar en su "erradicación". Estos hechos y circunstancias son los siguientes:

1. Fácil delimitación de las zonas pintógenas.
2. Fácil descubrimiento de los enfermos.
3. Transmisión lenta de la enfermedad.
4. Conocimiento del agente etiológico.
5. Conocimiento de un tratamiento eficaz, fácilmente aplicable a grandes masas de población, de bajo costo y que no necesita una estricta vigilancia médica.
6. Experiencia de campo adquirida en los primeros intentos de aplicación de la penicilina.

Establecidos los anteriores principios, un programa de erradicación del pinto debe girar en derredor de esta medida única: Aplicación de 1.200.000 unidades de penicilina procaína en monoestearato de aluminio al 2%, que se hará: a) en forma universal en las zonas rurales y selváticas; b) en forma masiva al grupo de edad de 5 a 14 años y a todos los enfermos residentes en la periferia de las ciudades, y c) a todos los enfermos residentes en el centro de las ciudades.

El desenvolvimiento del programa se hará en la forma siguiente:

1. *Trabajos preliminares:*
 - a. Delimitación precisa de las zonas de prevalencia del pinto.
 - b. Censo de la población beneficiada por el programa.
 - c. Determación de las vías de más fácil acceso a las zonas pintógenas (mapas, rutas, etc.).
 - d. Selección de los medios de transporte.
 - e. Adiestramiento específico de personal (epidemiólogos, oficiales sanitarios, enfermeros, etc.).
 - f. Intensa labor de propaganda y educación higiénicas.
2. *Trabajos de aplicación:*
 - a. Aplicación de la penicilina en la forma señalada anteriormente, por brigadas móviles que, en todos los casos, lo harán en el propio domicilio del beneficiado.
 - b. Valoración de resultados mediante encuestas posteriores.
 - c. Mantenimiento de un servicio permanente de "relleno".

La simplicidad de la administración del programa de pinto, se deriva fundamentalmente del conocimiento de un elemento de

lucha de fácil y económico manejo y de resultados espectaculares debidamente comprobados en el laboratorio y en el campo, y que por sí solo basta para romper la cadena de su transmisión en el eslabón "hombre enfermo", cegando así toda fuente de infección.

Su propia simplicidad y la eliminación de cualesquier otro medio de lucha implican, a su vez, la interpretación y aplicación en forma precisa y correcta de todas las medidas que figuran en el esquema del programa, y cuyo conjunto forma el mínimo susceptible de alcanzar éxito.

Dentro de los lineamientos generales expuestos, no debemos olvidar que la planificación de cada programa en particular está sujeta a multitud de factores de carácter regional y que el éxito depende de la escrupulosidad con que se hagan los trabajos preliminares.

La delimitación precisa de las zonas pinótogenas, el censo de las mismas, la elaboración de rutas de acceso, la elección de los medios de transporte, la labor de educación previa, etc., serán motivo de especial atención.

Ya en las labores de aplicación propiamente dichas, la selección del personal será materia de honda preocupación, pues además de competente, lo que se logrará después del adiestramiento específico previo a que será sujeto, en nuestro caso especial deberá ser advertido de los graves inconvenientes que significa la vida rural selvática y preparado para hacerles frente.

Capítulo muy importante es el registro de labores, sobre todo de los datos relativos a los individuos tratados, los cuales se deberán anotar en la forma más sencilla posible, con absoluta exclusión de todo dato no estrictamente necesario, pero sin que falte alguno que pueda servir para valorar, en encuestas posteriores, los resultados obtenidos.

En todos los casos, deberá destacarse por todos los medios posibles que el tratamiento no hace desaparecer las lesiones acrómicas del período final de la enfermedad, y que los propósitos que se persiguen con un programa de erradicación de pinto son: 1) Desaparición del treponema en el enfermo; 2) desaparición de las lesiones en período evolutivo, y 3) supresión de nuevos casos.

SUMARIO

Se hace un breve resumen de algunos aspectos importantes del mal del pinto y se destacan aquellos que tienen valor desde un punto de vista sanitario.

Se señalan sus graves repercusiones sanitarias, sociales y económicas en los países en donde es endémico.

Se establece la posibilidad de implantar programas de erradicación basados en los hechos y circunstancias favorables que se citan.

Se recomienda como medida única de lucha la aplicación de penicilina en la dosis y términos que se señalan.

Se dan orientaciones generales sobre administración de programas de pinto.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Briceño Rossi, A. L.: Carate o mal de pinto, *Arch. Mex. Venereol. y Derm.*, Tomo VII, No. 2, México, 1948.
- (2) Edmunson, Walter F.; López Rico, A., y Olansky, Sidney: Estudio de pinto en la cuenca del Tepalcatepec, 1952.
- (3) González Herrejón, S.: *El mal del pinto*. Edición de la Revista de Información Terapéutica Leverkusén, Alemania, 1938.
- (4) Lacayo, Max Jr.: *El mal del pinto en Nicaragua*, 1945.
- (5) León, Luis: El mal del pinto en El Ecuador, *Rev. Med. Trop. y Paras. Bact. Clín. y Lab.*, Vol. VI, No. 5-6, Habana, Cuba, 1940.
- (6) León y Blanco, F.: *El mal del pinto, Pinta o Carate*, Monografías Médicas "Balmis", Compañía General Editora, S. A., México, 1942.
- (7) Montoya Flores, J. B.: *Recherches sur les Caratés de Colombie*, Tesis, Fác. de Med., París, 1898.
- (8) Sáenz, Braulio, y Grau Triana J., Alfonso José: Demostración de un treponema en el borde activo de un caso de pinta de las