

TENDENCIAS DE LA SÍFILIS EN LOS ESTADOS UNIDOS ¹

Arthur E. Callin, B.A.² y Joseph H. Blount, B.A., M.P.H.³

En general, se ha observado recientemente un aumento de la sífilis en los Estados Unidos de América. En este artículo se examina el carácter de esta tendencia y las medidas del Gobierno para dominarla.

Introducción

Desde que se establecieron actividades continuas de lucha contra la sífilis en los Estados Unidos, hace más de 30 años, se han logrado considerables progresos. Si bien la sífilis ha acusado, en general, una tendencia descendente, su representación gráfica muestra una serie de elevaciones y depresiones cuya magnitud disminuye con el tiempo. A mediados de 1972 los casos de sífilis notificados, en todas las fases, iban aumentando hacia una nueva cifra máxima. Este trabajo examina, en primer lugar, las zonas en que se ha registrado este aumento, y en segundo lugar, las razones que lo produjeron.

La sífilis en los Estados Unidos ocupa el cuarto lugar entre las enfermedades transmisibles notificables, después de la blenorragia, la parotiditis, las infecciones estreptocócicas y la escarlatina. Durante el ejercicio económico de 1971 (julio de 1970-junio de 1971) se registraron y trataron más de 94,300 casos de sífilis en todas las fases. Y ese año fue el primero, desde 1963, en que no disminuyeron los casos con respecto a los años anteriores.

Puesto que las fases infecciosas (primaria y secundaria) de sífilis aparecen poco después de contraerse la enfermedad, en general los casos notificados en esas fases se consideran como el mejor indicador de las tendencias y distribución de la incidencia. En 1957 los 6,251 casos infecciosos notificados representaron la cifra más baja jamás registrada en los Estados Unidos. En 1958 se observó un ligero aumento, seguido de otros muy acusados, de aproximadamente un 50% por año, en 1959, 1960 y 1961. En 1962 se incrementaron los recursos para intensificar la detección de casos y las actividades preventivas, y la tasa de aumento disminuyó poco a poco hasta llegar, en 1965, a un máximo de 23,250 casos.

Durante el período de 1965 a 1969 los casos de sífilis infecciosa disminuyeron en un 20%, pero en el ejercicio económico de 1970 se registró un aumento de 8%, seguido de otro de 15.6% en 1971. Durante los primeros ocho meses del ejercicio económico de 1972 los casos infecciosos notificados acusaron un aumento de 2.5% en comparación con los mismos ocho meses del año anterior. Si bien en la mayoría de las zonas continuaba aumentando el número de casos en 1972, la tasa general de aumento fue menor porque en varias grandes zonas problema (Florida, Nueva Jersey, la ciudad de Nueva York y Texas) la cifra al parecer se estabilizó o disminuyó. No obstante, sería todavía muy prematuro determinar si la tasa de disminución es más aparente que real.

¹ Trabajo presentado durante la XXX Reunión Anual de la Asociación Fronteriza Mexicana-Estadounidense de Salud, celebrada en Chihuahua, México, del 17 al 21 de abril de 1972. Se publica también en *English Edition of Boletín de la OSP*, Vol. VII, No. 2 (1973).

² Jefe, Sección de Servicios de Programas, Departamento de Enfermedades Venéreas, División de Servicios Estatales y de la Comunidad, Centro para el Control de Enfermedades, Atlanta, Georgia, EUA.

³ Jefe Interino, Unidad de Investigaciones y Control Estadístico, Departamento de Enfermedades Venéreas, Centro para el Control de Enfermedades, Atlanta, Georgia, EUA.

El análisis de la información disponible —incluidos los resultados de una encuesta de exámenes múltiples en masa (1), utilizando una muestra de personas del territorio continental de los Estados Unidos, estudios sobre la preparación de casos tratados y notificados por médicos particulares (2-5), y datos en escala nacional (reunidos por el Departamento de Enfermedades Venéreas del Centro para el Control de Enfermedades) sobre los resultados de la observación ulterior de reactivos junto con las tendencias de la notificación de casos de sífilis— sugiere que el número real de casos de sífilis ocurridos en 1971 fue del orden de 80,000 a 85,000. Sin embargo, puesto que a través de los años han quedado numerosos casos sin detectar, se calcula que si se sometieran a la prueba de la sífilis todas las personas de los Estados Unidos, se hallaría aproximadamente medio millón de casos que no fueron tratados antes. Con el aumento reciente de casos de sífilis infecciosa, sin duda se incrementarán también los casos latentes no tratados. El hecho que los casos de sífilis latente temprana ascendieran a más de 17,800 en 1971 —aumento de más de 15% sobre la cifra notificada en el año anterior— es tal vez el mejor argumento en favor de esta predicción.

En el curso de los años la sífilis congénita ha mostrado una disminución bastante notable. En 1941 se notificaron unos 17,600 casos, en cambio en 1971 no ascendieron a más de 2,047. Sin embargo, el número de casos de esta forma de la enfermedad en menores de un año de edad en 1971 aumentó en dos años consecutivos: de 277 en 1969, a 300 en 1970, y a 400 en 1971. Es lamentable este mayor número de lactantes afectados por la sífilis ya que la enfermedad congénita, sin duda alguna, puede prevenirse. De todas maneras, puesto que la incidencia de sífilis congénita parece relacionarse directamente con la sífilis infecciosa, no cabe duda que a medida que la enfermedad siga

una tendencia ascendente, se manifestarán más casos de sífilis infantil.

Si bien en los Estados Unidos se está registrando un recrudescimiento de la sífilis, conviene señalar que desde que comenzó el programa nacional de control en los últimos años del decenio de 1930, se ha experimentado un enorme progreso en cuanto a la reducción de las manifestaciones tardías de la enfermedad. En 1940 ocurrieron 14,064 defunciones debidas a la sífilis, en comparación con 2,381 registradas en 1967, lo que representa un descenso de 83% en 27 años. Durante el mismo período, se redujeron en un 99% las defunciones infantiles debidas a la sífilis (de 1,251 en 1940 a 15 en 1967). También disminuyó en un 98% la hospitalización de pacientes con psicosis sífilítica (de 7,694 en 1940 a 162 en 1967).

Aunque se han observado reducciones radicales en las manifestaciones tardías de la sífilis en los últimos 30 años, todavía permanecen en instituciones mentales 8,500 casos de psicosis sífilítica, testimonio de la mayor incidencia de estos trastornos registrada en años anteriores. El mantenimiento de estos pacientes en instituciones mentales representa un costo anual de \$42.5 millones a los contribuyentes al fisco de los Estados Unidos.

Como ya se indicó, hay todavía medio millón de casos de sífilis no tratados con posibilidades de quedar inválidos o fallecer prematuramente por causa de la enfermedad. Es preciso localizar a estas personas y someterlas a tratamiento. De lo contrario, los costos para la nación, solo en lo que se refiere a asistencia hospitalaria, ascenderán a miles de millones de dólares, aparte de los daños sociológicos y de la conducta, en proporciones indeterminadas que sufrirán las familias y comunidades en que ocurren estos casos lamentables. Por consiguiente, hay que emplear todos los medios posibles para evitar esta situación.

Distribución de la sífilis infecciosa

¿De dónde proceden los casos de sífilis infecciosa? En realidad provienen de todas partes, pero sin duda el problema es relativamente más pronunciado en ciertos sectores de la población. Por ejemplo, la tasa nacional de sífilis primaria y secundaria por 100,000 habitantes era de 11.5 en 1971. Sin embargo, la distribución geográfica variaba en forma considerable desde una baja proporción menor de 1 por 100,000 habitantes en Idaho, Iowa, Montana, New Hampshire y Vermont, a otras superiores a 20 por 100,000 habitantes en Florida, Georgia, Luisiana, Nevada, Nueva York y Texas.

Los estados de Idaho, Maine, Montana, New Hampshire, Dakota del Norte y del Sur, Vermont y Wyoming notificaron, respectivamente, 10 casos de sífilis infecciosa o menos en el ejercicio económico de 1971, mientras que California, Florida, Georgia, Nueva Jersey, Nueva York y Texas registraron más de 1,000 casos cada uno. En general, el problema no es tan serio en Nueva Inglaterra y los Estados menos densamente poblados del medio oeste, como en los de la costa oriental y occidental y el sur de los Estados Unidos, de mayor densidad demográfica.

El hecho que en 1971 se registraron tasas de morbilidad por 100,000 habitantes varias veces más elevadas que el promedio nacional en grandes ciudades como Dallas, Texas (67.7); Washington, D.C. (77.0); San Francisco, California (81.4); Atlanta, Georgia (87.6), y Newark, Nueva Jersey (124.0), demuestra que el problema se concentra en sectores de gran densidad demográfica.

En función de distribución urbano-rural, las ciudades mayores (con 200,000 habitantes o más) acusaron una tasa media de 24.5 casos de sífilis primaria y secundaria, por 100,000 habitantes, tasa casi seis veces mayor que el promedio de 4.1 por 100,000 habitantes registrado en ciudades pequeñas

y zonas rurales. Las tasas de las ciudades de 50,000 a 200,000 habitantes ocupan un lugar intermedio entre las correspondientes a las grandes ciudades y las pequeñas. Es posible que la migración de jóvenes a las ciudades en años recientes haya contribuido a incrementar el problema de la enfermedad en los medios urbanos.

En las dos fases infecciosas, en particular la de sífilis primaria, los casos notificados en la población masculina excedían de los de la población femenina a mediados de 1972 en una proporción de casi dos por uno. Ahora bien, esta diferencia se considera en gran parte debida a una mayor frecuencia de lesiones primarias ocultas en la mujer, más bien que a una mayor incidencia de la enfermedad en el hombre. Las encuestas serológicas para la sífilis revelan tasas de infección casi iguales para ambos sexos. Aun así, los casos masculinos de sífilis primaria y secundaria aumentan con más rapidez que los femeninos. Por ejemplo, se registró un aumento de 17.7% en los casos masculinos notificados en 1971 en comparación con la cifra del año anterior, en cambio en las mujeres fue solo de 11.8% durante el mismo período.

En 1970 la mayor tasa de sífilis primaria y secundaria (41.9 por 100,000) se registró en el grupo de edad de 20 a 24 años, seguido del de 25 a 29 (34.0) y del de 15 a 19 (20.0). Casi tres de cada diez casos correspondían a individuos de 20 a 24 años, y el 87% de todos los casos notificados ocurrieron en la edad de 15 a 40 años.

El aumento de la sífilis está relacionado, hasta cierto punto, con el lugar en que el enfermo recibe tratamiento. Por ejemplo, los casos de sífilis infecciosa notificados por los consultorios públicos aumentaron en un 16.9% en el ejercicio económico de 1971, en comparación con 1970; en cambio en los tratados y notificados por médicos particulares la proporción fue solo de 13.4%.

Si bien los casos de sífilis primaria y secundaria aumentan en todas partes, los

mayores aumentos y el problema se concentran principalmente en estados y ciudades grandes de considerable densidad demográfica. Asimismo son más frecuentes entre los hombres que entre las mujeres, entre los adolescentes y adultos jóvenes y entre los pacientes de consultorios públicos que entre los que son atendidos por médicos particulares.

¿A qué se debe el aumento de la sífilis? Una de las razones es que los médicos particulares no notifican los casos infecciosos para vigilancia epidemiológica ulterior, lo que significa que muchas fuentes de infección no se someten a tratamiento. Asimismo, en los cuatro ejercicios económicos de 1968 a 1971, los recursos financieros de fuentes federales, estatales y locales no estuvieron a la altura de la inflación creciente. Esta redujo de manera considerable el poder adquisitivo de los recursos disponibles, lo que redundó en una disminución del personal dedicado a la detección y prevención de casos y a limitar su movilidad. Estos factores han entorpecido seriamente las actividades encaminadas a detener la propagación de la sífilis.

Con frecuencia una disminución significativa de los recursos afecta adversamente a la aplicación de medidas epidemiológicas (entrevista-localización de contactos). Por ejemplo, debido a la escasez de entrevistadores adiestrados durante el ejercicio económico de 1971, casi el 12% de los casos notificados de sífilis primaria y secundaria no fueron entrevistados o no mencionaron en la entrevista a ningún contacto. Así en el ejercicio económico de 1971, en más de 2,700 de los casos de sífilis infecciosa notificados no hubo detecciones por falta de contactos para investigar. Además, esta situación afectó la prevención de casos. Incluso en los casos entrevistados que mencionaron contactos nuevos, el promedio de estos por caso disminuyó, lo mismo que el porcentaje de contactos examinados y el número de casos sospechosos y asociados

que se examinaron. La escasez de personal adiestrado en el procedimiento de entrevista-localización de contactos redujo la eficiencia epidemiológica nacional. La consecuente disminución de casos descubiertos y de las actividades preventivas contribuyeron, a su vez, a aumentar los casos de sífilis.

El incremento de la sífilis congénita observado entre los niños menores de un año, y el mayor número de casos latentes de sífilis precoz, vienen a confirmar que con la reducción de la aplicación y eficacia de los procedimientos de detección y prevención de casos quedaron grandes lagunas en la red de vigilancia de la sífilis, lo que permitió que estos casos escaparan a la detección temprana, y contribuyeran aún más a la propagación de la enfermedad.

En los ejercicios económicos de 1969 y 1971, un aspecto importante de la epidemiología mostró un mejoramiento significativo. El porcentaje de contactos de sífilis primaria y secundaria expuestos en el plazo de los 30 días anteriores a la fecha de examen que recibieron tratamiento epidemiológico (preventivo) aumentó de 83.8 a 90.4. Los estudios han demostrado que en la fecha de examen, un 30% de estos contactos, aparentemente no infectados, expuestos a la enfermedad 30 días o menos antes de aquella fecha, se encontrarán en la fase de incubación de la enfermedad (6).

La alternativa del tratamiento preventivo en la fecha del primer examen de los contactos consiste en examinarlos a intervalos periódicos para determinar los que están infectados. Sin embargo, la experiencia ha demostrado que muchos de estos contraerán la enfermedad en el intervalo entre los exámenes y contribuirán, mientras tanto, a propagar la infección. Otros no comparecerán al examen y más tarde se convertirán en la fuente de una epidemia de sífilis. Es de lamentar que la prevención de casos con este otro procedimiento no resultó suficiente para contrarrestar la disminución general

de la eficiencia epidemiológica, con el consecuente aumento de los casos de la enfermedad.

Actividades antivenéreas

Con el fin de atender esas necesidades el Congreso de los Estados Unidos hace poco aumentó a más del doble la asignación federal anual para la lucha antivenérea. Esta asignación ha proporcionado los recursos necesarios adicionales para que la División de Enfermedades Venéreas del Centro para el Control de Enfermedades pudiera promover un ataque nacional coordinado contra estas enfermedades por los organismos federales, estatales y locales. Esta labor antivenérea se está orientando hacia el enorme problema de la blenorragia y del recrudescimiento de la sífilis. Se esperaba que para abril o mayo de 1972 se podría utilizar la asignación adicional del Congreso para financiar unos 60 proyectos de control de las enfermedades venéreas, desarrollados por las instituciones estatales y locales de salud. Estos proyectos se concentrarán en la lucha contra la blenorragia, pero los fondos se emplearán para apoyar todas las actividades de lucha antivenérea, incluida la detección y prevención de casos y los aspectos educativos de las campañas ⁴.

El Departamento de Enfermedades Venéreas del Centro de Control de Enfermedades, estimula la aplicación de medidas uniformes de control entre los estados, y participa activamente en ellas, mediante la concesión de subvenciones y la asignación de personal. También ofrece adiestramiento a epidemiólogos y personal del laboratorio de todos los niveles gubernamentales, lleva a cabo y coordina investigaciones de tratamiento e inmunología, procede a la evaluación de las

pruebas serológicas en laboratorios de departamentos estatales de salud y, en general, reúne, evalúa y divulga información sobre las actividades de control y el alcance y tendencias de la enfermedad. Puesto que las subvenciones federales se conceden, según la tradición, para la detección de casos, se emplean en su mayor parte para los sueldos y viajes del personal dedicado a esta labor y a los de prevención.

También los gobiernos estatales y locales, como acostumbran, han sufragado los costos de los servicios de laboratorio y clínicos (incluidos los de médicos y personal de enfermería y oficina), y han facilitado las instalaciones materiales y consultas gratuitas para el diagnóstico y tratamiento. En mayor o menor medida, los departamentos estatales y locales de salud han proporcionado parte de los recursos para la detección de casos y, durante 1971, han aumentado sus compromisos a ese respecto.

Resumen

En la actualidad se está registrando un aumento de la incidencia de la sífilis debido, en parte, a la reducción de los recursos para combatirla.

Los resultados alcanzados en los programas del pasado muestran que se dispone de conocimientos suficientes para eliminar esta enfermedad como problema de salud pública en los Estados Unidos, siempre que se disponga de los recursos y que estos se dediquen a actividades y sectores en los que ejercerán el mayor efecto. Con la ejecución de un programa nacional de detección y prevención de la blenorragia en 1972, a la larga se intensificará de manera considerable la lucha contra la sífilis. Cabe esperar que algunos enfermos de blenorragia reciban al mismo tiempo tratamiento antisifilítico; que numerosos pacientes sometidos al examen para determinar la presencia de blenorragia, sean también objeto de un examen serológico y que este revele que padecen sífilis, y que la

⁴ En 1972 se emprendió un programa nacional de detección de casos de blenorragia. Los datos preliminares de los primeros ocho meses del ejercicio económico de 1973 indican que en todas las clases de servicios de salud se hicieron más de 2,506,000 cultivos de muestras procedentes de mujeres para determinar la presencia de blenorragia. La tasa general de positividad fue de 4.4%.

administración de penicilina a un gran número de enfermos de blenorragia, también expuestos a la sífilis, reducirá la propagación de ambas enfermedades en la comunidad. Estas actividades, junto con una aplicación más eficaz e intensa del procedimiento de entrevista-localización de contactos para detectar y tratar los casos existentes y evitar la propagación entre las personas no in-

fectadas, romperán la cadena normal de transmisión hasta reducir la enfermedad.

Se ha ganado casi una doble batalla, contra el *Treponema pallidum* y contra el gonococo. Se dispone de la tecnología y de los recursos, y por lo tanto ha llegado el momento de utilizarlos con eficacia en el noble empeño de librar al país de tan temibles enfermedades. □

REFERENCIAS

- (1) United States Public Health Service. *Findings on the Serologic Test for Syphilis in Adults*. PHS Publication No. 1000, Series 11, No. 9; Washington, D.C., 1965.
- (2) Curtis, Arthur. "National Survey of Venereal Disease Treatment". *JAMA* 186: 46-49, 1963.
- (3) Cleere, R. L.; Dougherty, W. J.; Fiumara, N. J.; Jenike, C.; Lentz, J. W., y Rose, N. J. "Physicians' Attitudes Toward Venereal Disease Reporting". *JAMA* 202:941-946, 1967.
- (4) Fleming, W. L.; Brown, W. J.; Donahue, J. F., y Branigan, P. W. "National Survey of Venereal Disease Treated by Physicians in 1968". *JAMA* 211:1827-1830, 1970.
- (5) Brown, W. J.; Donahue, J. F.; Axnick, N. W.; Blount, J. H.; Jones, O. G., y Ewen, N. H. *Syphilis and Other Venereal Diseases*. Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1970, págs. 58-61.
- (6) Schroeter, A. L.; Turner, R. H.; Lucas, J. B., y Brown, W. J. "Therapy for Incubating Syphilis. Effectiveness of Gonorrhea Treatment". *JAMA* 218:711-713, 1971.

Trends in Syphilis in the United States (Summary)

At the present time the incidence of syphilis is increasing in the United States, partly because fewer resources are available to combat it. Program achievements in the past demonstrate that enough knowledge exists to eliminate syphilis as a public health problem in the country provided sufficient resources are made available, and provided these resources are devoted to activities and areas where they will have maximum impact. With the implementation of a nationwide gonorrhea detection and prevention program in 1972, long-run syphilis control will be bolstered significantly. It is expected that some patients with gonorrhea will be treated for concomitant syphilis; that many patients who are tested for gonorrhea will also be serologically screened and found to have syphilis; and that the administration of penicil-

lin to large numbers of persons with gonorrhea (who are also at high risk to syphilis) will reduce the spread of both diseases. These activities, plus a more efficient and intensive application of the interview-contact tracing procedure to detect and treat existing cases and to prevent spread of the disease from infected to non-infected persons will impede the normal transmission of syphilis to a point where disease reduction will occur.

We stand on the verge of a double victory: conquest of the *Treponema pallidum* as well as conquest of the gonococcus. The necessary technology and resources have been made available; it is now up to us to use them effectively and efficiently in this major effort to rid the country of these dread diseases.

Tendências da incidência da sífilis nos Estados Unidos (Resumo)

Atualmente, a incidência da sífilis nos Estados Unidos está aumentando, em parte porque

existem menos recursos para combatê-la. O êxito dos programas realizados no passado

demonstra que há conhecimentos suficientes para eliminar a sífilis como problema de saúde pública no referido país, desde que existam recursos suficientes para isso e se empreguem esses recursos nas atividades e nas áreas em que produzirão o máximo efeito. A realização em 1972 de um programa de âmbito nacional para a pesquisa e prevenção de casos de gonorréia contribuirá consideravelmente para promover a controle a longo prazo da sífilis. Espera-se que alguns pacientes de gonorréia sejam concomitantemente tratados de sífilis; que muitos pacientes examinados na pesquisa de gonorréia sejam também submetidos a exame serológico e registrados como portadores de sífilis; e que a administração de penicilina a um grande número de pessoas portadoras de

gonorréia (que se acham também grandemente expostas à sífilis) diminua a propagação de ambas as doenças. Essas atividades, somadas a uma aplicação mais eficiente e intensiva da pesquisa de contactos mediante entrevistas para localizar e tratar os casos existentes e prevenir a transmissão da doença de pessoas infectadas a pessoas sãs, impediram a transmissão normal da sífilis o suficiente para diminuir sua incidência.

Estamos no limiar de uma dupla vitória: o controle do *Treponema pallidum* e do gonococo. Temos à nossa disposição a tecnologia e os recursos necessários; cabe-nos agora utilizá-los de maneira efetiva e eficiente nesse grande empreendimento que visa a livrar o país dessas temíveis enfermidades.

La question de la syphilis aux Etats-Unis (Résumé)

A l'heure actuelle, l'incidence de la syphilis augmente aux Etats-Unis du fait, en partie, de la diminution des ressources disponibles pour la combattre. Les résultats obtenus par les programmes mis sur pied dans le passé démontrent que l'on possède d'amples connaissances permettant d'éliminer la syphilis en tant que problème de santé publique dans le pays, à condition de disposer de suffisamment de ressources, et que ces ressources soient consacrées à des activités et des domaines où elles auront le plus d'effet. La mise en oeuvre du programme national de dépistage et de prévention de la blennorragie, lancé en 1972, permettra d'intensifier la lutte à long terme contre la syphilis de façon appréciable. On s'attend à ce que certains malades atteints de blennorragie subiront probablement un traitement simultané pour la syphilis, que de nombreux malades examinés pour la blennorragie seront également soumis à un test sérologique révélant la présence de syphilis, et que l'admin-

istration de pénicilline à un grand nombre de personnes atteints de blennorragie (qui présentent également un grand risque en ce qui concerne la syphilis) pourra enrayer la propagation des deux maladies. Ces activités, ainsi qu'une application plus efficace et plus intensive du dépistage des sujets-contacts par la méthode de l'interrogatoire en vue de déceler et de traiter les cas existants et de prévenir la propagation de la maladie de personnes infectées à des personnes non infectées, empêcheront la transmission ordinaire de la syphilis jusqu'à ce qu'il se produira une régression de la maladie.

Nous nous trouvons au seuil d'une double victoire: la conquête du *Treponema pallidum* ainsi que celle du gonococque. Nous disposons actuellement de la technologie et des ressources nécessaires; c'est à nous qu'il appartient maintenant de nous en servir efficacement et avec succès au cours de cet effort important visant à débarrasser le pays de ces maladies redoutables.