

# ENFERMEDADES VENEREAS Y SALUD PUBLICA

El trabajo que entregamos a continuación constituye, como lo dice el autor, una recopilación de informes presentados en Reuniones realizadas por la OMS y OPS sobre el problema de las Enfermedades Venéreas. Su objetivo: dar alguna pauta que sirva de base para un Programa Regional Local sobre un tema cuya trascendencia como problema de salud pública es incuestionable.

Se analiza a través de cifras estadísticas actualizadas la magnitud y tendencias de la morbilidad en nuestro país, especialmente de sífilis y blenorragia en sus distintos tipos, las influencias de factores sociales, económicos, culturales y ecológicos, etc. Sus conclusiones, finalmente, ponen de relieve la necesidad de multiplicar los Centros o Clínicas de Diagnóstico, Tratamiento y Control de las enfermedades venéreas.

## Bases para un Programa Regional de Control de las Enfermedades Venéreas

Dr. HORACIO ESPOZ V. \*

El presente trabajo no pretende ser original, pues sólo representa una recopilación de informes presentados en Seminarios y Conferencias realizadas por la OMS y OPS en fechas recientes y que muestran la inquietud que existe sobre el problema de las Enfermedades Venéreas.

Tiene por objeto dar alguna pauta que sirva de base para un Programa Regional o Local sobre el tema y que en el momento actual puede ser de utilidad ya que las enfermedades venéreas, especialmente sífilis y blenorragia están constituyendo un serio problema de salud pública en muchas partes del mundo.

### ASPECTO HISTORICO Y MOMENTO ACTUAL

Pese a que algunos autores piensan que la sífilis fue conocida por Hipócrates, casi todos los autores contemporáneos reconocen que la enfermedad hizo su aparición en Europa a fines del siglo XV, provocando una gran epidemia en casi todo el continente.

Esta primera gran epidemia de sífilis fue posterior al sitio de Nápoles y a la entrada triunfal de Carlos VIII de Francia en febrero de 1495. En las tropas reclutadas para esa campaña había soldados mercenarios españoles, supuestamente contagiados y que habían acompañado a Colón en su histórico descubrimiento de América.

En 1527 Jacques Betancourt propone que al Morbo Gállico como se llamaba la enfermedad en aquel entonces, se le designe con el nombre de ENFERMEDAD VENEREA. Por otra parte, en 1530 el famoso sabio y poeta Fracastorio publica un poema "HISTORIA POETICA DE LA ENFERMEDAD FRANCESA". El protagonista del poema llamado SIPHILUS que, castigado por los dioses, sufrió una grave enfermedad que desde entonces se llamó Sífilis en memoria del pastor.

En 1905, Chaudin descubre el germen de esta terrible enfermedad: el treponema pallidum, constituyendo el hecho más importante de la época. Ehrlich, a su vez, descubre el salvarsán considerándosele como el padre de la quimioterapia de la sífilis.

"En la Segunda Guerra Mundial se revierte en cierto modo el sitio de Nápoles y la sífilis entronizada en el Viejo Mundo hace estragos en el bien organizado ejército americano y el día de la Victoria vuelve a revivir el reinado "del mal de Venus" en las tropas triunfantes" (Dr. Machiavello).

Efectivamente, durante e inmediatamente después de la Segunda Guerra Mundial se aprecia el más importante auge de la sífilis contagiosa no sólo en EE. UU. sino en muchas regiones del mundo.

\* Médico Inspector, Dirección General Servicio Nacional de Salud.

En 1943, Fleming descubre la penicilina y se inicia su aplicación con tal éxito que quedan atrás los largos y penosos tratamientos mercuriales, el bismuto, el salvarsán, el neo-salvarsán de la gloriosa época de Ehrlich.

“La Penicilina, la droga maravillosa, terminará para siempre con el terrible mal...”.

Sin embargo, en el momento actual la victoria está aún lejana, pues la sífilis se defiende “de la manera más sutil” no ya de esta droga de elección, la más eficaz contra el treponema, sino aprovechando los cambios sin precedentes del ambiente producidos en el mundo; los cambios en el comportamiento humano y social; los cambios en los conceptos de independencia en las relaciones humanas y en una nueva conducta sexual de la juventud de mayor promiscuidad y libertad.

En este momento en EE. UU. se llevan a cabo importantes investigaciones sobre el Treponema pallidum, cuyo objeto final es la elaboración de una Vacuna Antisifilítica inocua y eficaz.

La obtención de vacunas inocuas y eficaces contra la sífilis y la blenorragia, debe considerarse, sin embargo, como proyectos a largo plazo.

#### MAGNITUD DEL PROBLEMA

El más importante recrudecimiento de la sífilis reciente contagiosa tuvo lugar (en el mundo), durante la Segunda Guerra Mundial e inmediatamente después en el período de la postguerra (en EE. UU., por ejemplo, la tasa más alta de incidencia se registra en 1947).

Esta fase fue rápidamente seguida de un período de declinación, seguramente coincidiendo con el amplio uso de la penicilina, y es así que de 1956 a 1958 se alcanzan los índices más bajos de incidencia de lúes contagiosa reciente, de todos los tiempos y en la mayor parte de los países del mundo.

Sin embargo, a esta fase o etapa de declinación desde 1960, sobreviene un período de nuevo recrudecimiento, que con algunas variantes continúa en muchos países en los dos o tres últimos años.

Al efecto, la XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana efectuada en Washington en octubre de 1970 declaraba: “En conjunto, hay poca duda de que la sífilis va en aumento y que la blenorragia aparece cada vez con mayor frecuencia en muchas zonas del mundo y está al-

canzando proporciones epidémicas tanto en algunos países desarrollados, como en otros en vías de desarrollo”.

El último Seminario Viajero sobre enfermedades venéreas, celebrado en EE. UU. en 1971, establecía que la sífilis y la blenorragia van en aumento en muchos países del mundo y que en las condiciones actuales, los problemas económicos, sociales y de comportamiento humano, dan un nuevo enfoque al problema de las enfermedades venéreas y puede considerarse que no es sólo un problema de atención médica de diagnóstico y tratamiento, sino que atañe al cambio de conducta del ser humano, a los cambios ambientales en el mundo entero y es por lo tanto un grave y evidente problema de salud pública internacional.

#### MAGNITUD DEL PROBLEMA EN CHILE

Si se analizan la incidencia y las tasas de incidencia de lúes en todas sus formas para Chile de 1964 a 1973, podemos ver que de un número de 3.502 casos en 1964 con una tasa de 41.4 por 100.000 habitantes, baja a 2.691 casos en 1973, con una tasa de incidencia de 26.0 por 100.000.

Podemos deducir entonces que la tendencia en Chile ha sido descendente. Por lo demás esta tendencia descendente se venía observando desde 1951, con algunas alzas de 1955 a 1961.

#### LUES EN TODAS SUS FORMAS

##### CHILE 1964-1973

Nº de casos y tasas por 100.000 hab.

Años	Nº de casos	Tasas
1964	3.502	41.4
1965	4.479	51.8
1966	3.603	40.6
1967	3.990	43.8
1968	4.300	46.0
1969	3.279	34.3
1970	2.464	26.1
1971	3.217	30.1
1972	2.982	29.5
1973	2.691	26.0

**LUES CONGENITA***V ZONA 1964-1973**Nº de casos y tasas por 100.000 hab.*

Años	Nº de casos	Tasas
1964	38	1.3
1965	29	1.0
1966	23	0.7
1967	32	1.0
1968	56	1.6
1969	37	1.1
1970	34	1.0
1971	44	1.2
1972	39	1.0
1973	19	0.5

Del mismo modo sucede con la sífilis congénita, la tendencia ha sido descendente desde 1956 a 1973. Las cifras que tenemos de Nº de casos y tasas de incidencia corresponde a la V. Zona de Salud. De una tasa de incidencia de 4.8 casos por 100.000 habitantes en 1956, baja a una tasa de 0.5 casos en 1973.

En blenorragia, la Provincia de Santiago, que es representativa de lo que sucede en el país, por disponer de mejor notificación que el resto de las provincias, de una tasa de incidencia de 255.6 casos por 100.000 htes. baja a una tasa de 53.7 casos por 100.000 habitantes.

**PREVALENCIA DE SEROLOGIAS POSITIVAS**

También es importante destacar que el porcentaje de serologías positivas en grupos seleccionados por la población, como embarazadas, manipuladores de alimentos, dadores de sangre, mujeres en control o planificación familiar, se mantiene constante e incluso ha aumentado en el último año, 1973.

Todo este conjunto de antecedentes o hechos nos hacen pensar que la parte desconocida del "iceberg" debe ser bastante considerable.

**BLENORRAGIA***V ZONA 1964-1973**Nº de casos y tasa de incidencia por 100.000 hab.*

Años	Nº de casos	Tasas
1964	3.811	134.9
1965	3.561	122.5
1966	2.613	87.3
1967	2.384	76.1
1968	1.875	58.6
1969	3.566	104.0
1970	3.216	90.1
1971	4.062	111.1
1972	2.314	61.6
1973	2.079	53.7

**CASOS Y TASAS DE LUES RECIENTE CLINICA***V ZONA 1964-1973**Nº de casos y tasas por 100.000 hab.*

Años	Nº de casos	Tasas
1964	2.102	74.4
1965	2.583	88.8
1966	2.022	67.6
1967	1.371	43.8
1968	1.289	38.9
1969	1.225	36.6
1970	958	27.8
1971	1.220	33.4
1972	757	20.1
1973	663	17.1

## LINFOGRANULOMA VENEREO

V ZONA 1964-1973

Nº de casos y tasa de incidencia por  
100.000 hab.

Años	Nº de casos	Tasas
1964	72	2.5
1965	83	2.8
1966	70	2.3
1967	67	2.2
1968	42	1.3
1969	30	0.9
1970	32	0.6
1971	31	0.8
1972	19	0.5
1973	20	0.5

## CHANCRO BLANDO

Desde 1969 que no se notifican casos de chancro blando.

CHILE 1964-1973

## LUES CONGENITA LUES CARDIOVASCULAR LUES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y OTROS

Años	Nº de casos	Tasas
1964	149	1.8
1965	176	2.0
1966	144	1.6
1967	132	1.5
1968	84	0.9
1969	70	0.7
1970	64	0.7
1971	58	0.6
1972	40	0.4
1973	30	0.3

Del estudio del "Código Sanitario" y del "Reglamento sobre profilaxis de las enfermedades venéreas" se desprende que al Servicio Nacional de Salud se le entrega la responsabilidad del control de las enfermedades venéreas en el país, su prevención y su tratamiento.

Por otra parte da énfasis a la educación sexual y a la educación para la salud en relación a las enfermedades venéreas, no sólo en Establecimientos educacionales, sino además en cuarteles, industrias, hospitales, cárceles y otros establecimientos.

La atención que preste el SNS será totalmente gratuita y por último se prohíbe el funcionamiento de prostíbulos o casas de tolerancia debiéndose ordenar su clausura.

## PROPOSITOS

- 1º Disminuir la Morbi-Mortalidad por Lúes.
- 2º Disminuir la Morbilidad de la Lúes Contagiosa.
- 3º Disminuir la Morbi-Mortalidad por Lúes Congénita.
- 4º Disminuir la Morbilidad por Blenorragia.

## OBJETIVOS

- 1º Perfeccionamiento de la notificación Registro e Información.
- 2º Afinamiento del diagnóstico Clínico y de Laboratorio.
- 3º Perfeccionamiento y uniformidad del Tratamiento.
- 4º Intensificación de la Pesquisa y Control de Contactos.
- 5º Intensificación de la Pesquisa Serológica de Grupos.
- 6º Control Clínico, Serológico y Epidemiológico de la Lúes Congénita.
- 7º Control: Prostitución y Homosexualidad.
- 8º Educación para la Salud en Grupos Vulnerables.
- 9º Coordinación permanente con los Establecimientos Consultorios y Servicios.
- 10º Docencia e Investigación.

## LA ENCUESTA EPIDEMIOLOGICA

### ASPECTOS GENERALES:

El tratamiento de un paciente de sífilis, sin investigar y tratar a sus contactos contribuye muy poco al control de la enfermedad. (OF-SANPAN)

Hay que localizar, examinar y tratar a todo contacto sexual de una sífilis contagiosa, aunque los exámenes clínicos, de laboratorio resulten negativos.

La encuesta epidemiológica comprende 4 técnicas fundamentales:

- 1.— Entrevista a cada paciente de lúes contagiosa para investigar sus contactos sexuales.
- 2.— Los contactos declarados y ubicados deberán ser sometidos a control clínico y de laboratorio.
- 3.— Entrevistar y practicar exámenes de laboratorio a otras personas que por definición (sospechosos o asociados puedan estar vinculados sexualmente a una cadena epidemiológica de casos), (procedimientos de ramificación o de grupo).
- 4.— Tratamiento preventivo con penicilina-benzatina a todos los contactos ubicados y expuestos sexualmente al contagio.

Los pacientes de sífilis primaria deben ser entrevistados para investigar todos sus contactos sexuales que tuvo en los últimos 3 meses antes de los primeros síntomas o de iniciarse su sintomatología.

Los pacientes de una lúes secundaria, deberán ser interrogados en relación a todos los contactos sexuales que tuvo seis meses anteriores a la aparición de los primeros síntomas.

Los pacientes diagnosticados en relación a sus contactos durante todo el año precedente a la entrevista.

Hay que tener presente que 2 personas que se indiquen mutuamente como contacto, no pueden haberse transmitido la sífilis recíprocamente. Por lo tanto debe existir una tercera persona infectada.

La encuesta y pesquisa deberá continuar con la investigación de nuevos contactos, a partir de los anteriores, con el fin de establecer las cadenas epidemiológicas de contactos del caso índice.

Todo caso de lúes contagiosa, debe ser objeto por parte del encuestador, de una adecuada educación sanitaria. Del mismo modo que los contactos, sospechosos y asociados.

#### REENCUESTA EPIDEMIOLOGICA

Todo caso de lúes contagiosa, será objeto por parte del encuestador, de reencuesta epidemiológica, cuantas veces sea necesario, para la localización de sus contactos, sospechosos y asociados.

## EDUCACION PARA LA SALUD

Será necesario capacitar al equipo de salud, para que pueda realizar el programa de control de enfermedades venéreas.

Es necesario lograr una actitud favorable a nivel de la comunidad joven para que adopte medidas de prevención de enfermedades, como igualmente deberá actualizarse el programa de educación sexual, con incorporación de contenidos sobre enfermedades Venéreas, y su prevención a nivel de estudiantes secundarios, en coordinación con el Ministerio de Educación. Además deben organizarse actividades educativas a nivel de la comunidad joven, sindicatos, etc. (propósito de la Dirección General del Servicio Nacional de Salud).

En gonorrea el grupo de mayor riesgo se encuentra en las edades de 20-24 años y le sigue el grupo de 15 a 19 años.

#### LUES CLINICA RECIENTE POR SEXO V ZONA - 1971

Hombres	Nº de casos	593	66.5%
Mujeres	Nº de casos	299	33.5%
Total	Nº de casos	892	100%

#### LUES RECIENTE SEROLOGICA POR SEXO V ZONA - 1971

Hombres	Nº de casos	293	43.7%
Mujeres	Nº de casos	377	56.3%
Total	Nº de casos	670	100%

#### LUES RECIENTE CLINICA Y RECIENTE SEROLOGICA EN CONJUNTO V ZONA - 1971

Hombres	Nº de casos	886	56.7%
Mujeres	Nº de casos	676	43.3%
Total	Nº de casos	1.562	100%

#### COMENTARIOS:

Por lo general, se aprecia que la lúes contagiosa (primaria y secundaria y serológica reciente, potencialmente contagiosa) afectan en un % más alto al sexo masculino.

En los casos de lúes reciente clínica primaria y secundaria se aprecia una mayor inciden-

cia en el sexo masculino, debido a que las lesiones tempranas son menos aparentes en la mujer.

En cuanto a lúes serológica reciente hay un predominio del sexo femenino, seguramente debido al mayor control de serología que se efectúa en el control prenatal y de planificación familiar.

**LUES RECIENTE CLINICA Y  
SEROLOGIA POR ACTIVIDAD  
V ZONA - 1973**

	% año 1973
Obreros	23,4
Dueñas de casa	33,5
Estudiantes	4,7
Empl. domésticas	4,8
Empl. de oficina	5,8
Comerciantes	6,5
Choferes	2,5
Garzones	4,6
Profesiones varias	7,7
Sin profesión	6,0
Sin datos	0,5
Total	100%

Como podemos observar el mayor porcentaje atendido se encuentra en los grupos de dueñas de casa, obreros, empleadas domésticas, estudiantes y profesiones varias.

**LUES RECIENTE CLINICA POR  
ESTADO CIVIL  
V ZONA - 1971**

Solteros	55,6%
Casados	33,5%
Viudos o separados	3,7%
Convivientes	7,2%
Total	100%

En lúes reciente clínica el grupo soltero tiene el mayor porcentaje.

**LUES RECIENTE CLINICA  
SEGUN INSTRUCCION  
V ZONA - 1971**

Grado de Instrucción	%
Pre escolar	1,0
Enseñanza básica	64,8
Enseñanza media	22,6
Enseñanza superior	3,8
Enseñanza universitaria	1,0
Analfabetos	6,8
Total	100%

Como podemos observar en el Cuadro el mayor porcentaje afecta a la Enseñanza Básica.

Enseñanza Básica: 1.0s a 8.0s años.

Enseñanza Media: 1.0s a 4.0s años.

Enseñanza Superior: Escuelas Normales, Industriales y Técnicas.

**LUES RECIENTE CLINICA  
RELACION PACIENTE - CONTACTOS  
AREAS URBANAS DE SANTIAGO V ZONA DE SALUD**

Contactos	Año 1971	Año 1972	Año 1973
No indagado	8,9	2,1	1,1
Incierto	1,9	2,9	1,2
No declarado	3,0	—	0,8
Prostitutas asiladas	3,6	3,5	4,3
Prostitutas callejeras	30,5	20,9	18,0
Relación ocasional	22,5	14,8	19,8
Relación estable s/convivencia	6,4	17,8	16,4
Relación estable c/convivencia	5,4	15,2	12,9
Cónyuge	16,0	19,6	23,3
Homosexual	1,8	3,2	2,2

Al examinar el cuadro se puede observar que el mayor porcentaje de contactos declarados por los pacientes de lúes reciente clínica se encuentra en los grupos "prostitución ambulatoria y relación ocasional", correspondiendo a la prostitución asilada un porcentaje ligeramente superior al 4%.

Los grupos prostitución ambulatoria y relación ocasional podrían en muchos casos refundirse, encuadrándolos en el rubro prostitución clandestina.

## TRATAMIENTO CURATIVO Y PREVENTIVO DE LA SIFILIS Y LA GONORREA

### *Sífilis adquirida:*

Sífilis primaria.

### *Sífilis Reciente:*

(— de 2 años)

Sífilis secundaria.

Sífilis latente reciente.

## TRATAMIENTO

Penicilina Benzatina 2.400.000 U. en inyección única intramuscular.

La penicilina oral tiene menos riesgos de reacciones de hipersensibilidad severa, pero es difícil su ingestión en forma regular, y es insegura la absorción gastrointestinal.

La penicilina benzatina debe administrarse por vía intramuscular 1.200.000 U. en cada región glútea.

Un nuevo tratamiento es necesario para aquellos enfermos que muestran recidivas clínicas o serológicas, y en los pacientes con título alto persistentes de anticuerpos, más allá de los seis a doce meses de terminado su tratamiento.

### *Sífilis Tardía:*

Sífilis terciaria cutánea (gomas).

Sífilis terciaria visceral (cardiovascular, etcétera).

Sífilis terciaria neurológica (parálisis general o tabes).

Sífilis latente tardía.

## TRATAMIENTOS

Penicilina Benzatina 2.400.000 U. cada 7 días igual IV; total 9.600.000 U.

La inversión completa de la serología usando test con antígenos no treponémicos, no es habitual, los test con antígenos treponémicos pueden permanecer positivos indefinidamente.

Aún con sero-negatividad, y erradicación bacteriana la lesión tisular puede progresar, por lo tanto, los enfermos con sífilis antigua, deben seguir bajo observación durante muchos años.

## SIFILIS CONGÉNITA

Los niños con sífilis congénita pueden tratarse con penicilina procaína acuosa 10.000 U. por kilo de peso, diariamente, por 10 días con un máximo de 3.000.000 U. o penicilina benzatina 100.000 U. por kilo de peso, en inyección única. Total 300.000 U. penicilina benzatina.

En los niños de menos de 2 años es posible el pasaje pasivo de reagentes sifilíticos de la madre, sin infección del recién nacido, sin embargo, en presencia de un V.D.R.L. reactivo en el recién nacido, no es recomendable esperar la desaparición espontánea de los anticuerpos, y estos deben tratarse como si estuviesen enfermos.

La sífilis congénita en el niño mayor de dos años, se trata como la sífilis latente tardía, penicilina benzatina 2.400.000 U. cada 7 días, cuatro dosis. Total 9.600.000 U.

## ALTERNATIVA DE LA PENICILINA

Si hay antecedentes de alergia a la penicilina, se utiliza en la sífilis reciente: Tetraciclina 500 mg. cada 6 horas, durante 10 días. En la sífilis tardía: Tetraciclina 500 mg. cada 6 horas durante veinte días. En la embarazada sifilítica no se emplea Tetraciclina, se usa Eritromicina 750 mg., 4 veces al día durante 15 días o la Lincomicina, 2 cáp. cada 8 horas (500 mg.) durante 15 días.

## TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LA SIFILIS

Penicilina benzatina 2.400.000 U. en dosis única.

## TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LA BLENORRAGIA

La administración oral de ampicilina o de tetraciclina pueden disminuir el peligro de infección, pero pueden determinar la formación de cepas de *Neisseria gonorrhoea* resistente a los antibióticos, por lo que no es recomendable.

## BLENORRAGIA AGUDA

No debe usarse la penicilina benzatina por los niveles bajos que alcanza en la sangre. Se emplean:

- 1.— La Penicilina G. procaína 4.800.000 U. dividida en dos dosis e inyectada al mismo tiempo en diferente sitio, y 1 gr. de Probenecid por vía oral media hora antes de la inyección.
- 2.— Ampicilina 3,5 grs. por vía oral, de una sola vez y 1 gr. de Probenecid administrado media hora antes de la ingestión de las cápsulas de Ampicilina.
- 3.— Tetraciclina, por vía oral 1.500 mlg. (6 cápsulas dosis inicial, seguida por 500 mlg. 4 veces al día por 4 días).

Para las infecciones resistentes y para pacientes alérgicos a la penicilina, la Espectomía (Trobicin) es una alternativa. Se administra a dosis única por vía intramuscular, 2 gr. en el hombre y 4 en la mujer.

#### **GONORREA COMPLICADA** (Epididimitis, Salpingitis, etc.)

Penicilina G. procaína parenteral 4.800.000 U. diarias, dosis fraccionada, por 1 a 2 semanas (2.400.000 U. cada 12 horas).

#### **CRITERIOS DE DURACION DE LA GONORREA**

La desaparición de la secreción y sistomatología subjetiva, no son pruebas de curación. Es necesario el cultivo de la secreción o el de la orina de la primera micción, siete días después de terminado el tratamiento.

#### **RESUMEN**

La penicilina es la droga de elección en el tratamiento de la sífilis y la blenorragia. En los enfermos sifilíticos alérgicos a la penicilina, la droga de alternativa es la Tetraciclina oral, excepto en la mujer embarazada, en la que se prefiere la Eritromicina o la Lincomicina.

#### **LINFOGRANULOMA VENEREO**

Tetraciclina 500 mlg. cada 6 horas, por 10 días y a continuación bajar la dosis de tetraciclina a 500 mlg. cada 8 horas por 10 días (15 a 20 días).

#### **ALTERNATIVAS**

Sulfadiazina 2 comp. 4 veces al día por 6 días y continuar con 2 comprimidos 3 veces al día, por 10 días.

La duración del tratamiento en el linfogranuloma se hace de acuerdo con la evolución

de la adenopatía. Debe hacerse un V.D.R.L. a las tres semanas de la evaluación de la enfermedad.

#### **DIAGNOSTICO SEROLOGICO DE LA SIFILIS**

La espiroqueta induce la producción de anticuerpos treponémicos y no treponémicos. El test que usa antígenos no treponémicos, como el V.D.R.L. se negativiza en la Sífilis primaria, aproximadamente seis meses después del tratamiento, y a los 10 ó 12 meses en la Sífilis secundaria. En la Sífilis tardía, la evolución de las reacciones serológicas es más lenta y puede ser de años.

Pauta de Tratamiento actualizada del Area Oriente (Cte. Lucha Antivenérea).

#### **COSTO DE LAS ENFERMEDADES VENEREAS Y COSTO DE LOS PROGRAMAS DE CONTROL VENEREO**

Además de la magnitud del problema de la sífilis adquirida y de su recrudescencia mundial es importante calcular la incapacidad y la muerte prematura que cabe esperar entre los enfermos no sometidos a tratamiento.

Probablemente las únicas fuentes de información que podrían utilizarse son el material clásico recibido por Beck y Bruusgaard de Noruega y el estudio realizado en Alabama.

De acuerdo a dichos estudios, se ha estimado que de cada 200 pacientes no tratados, uno contraerá la ceguera, cuatro presentarán demencia, ocho tabes y siete sífilis cardiovascular. Por otra parte, la sífilis no tratada reduce en un 17% la expectativa de vida.

Además, sin tomar en cuenta los problemas emocionales y sociales y que se miden en término de sufrimiento humano, la sífilis no tratada origina enormes cargas y pérdidas económicas derivadas de los recursos necesarios para atender a la enfermedad y sus complicaciones e incapacidades y la disminución de la productividad.

En Estados Unidos se ha estimado que los 24.000 pacientes de psicosis producidas por la sífilis, que se encontraban internados en hospitales psiquiátricos en 1965, representaron un gasto de 49.000.000 dólares.

El costo señalado sólo representa una parte del problema, sin embargo sirve para apreciar la importancia económica que tienen las enfermedades venéreas.

## MORBILIDAD VENEREA EN PROSTITUCION

En cuanto a tendencia, desde 1964 en que se controlaron 2.330 prostitutas, con una morbilidad de 133 casos de lúes recientes clínicas, la incidencia ha bajado en 1973 a 6 casos en un grupo casi similar, ya que se controlaron 2.030 prostitutas de la Provincia de Santiago. La baja de morbilidad por lúes contagiosa ha sido prácticamente vertical. En blenorragia ha sucedido algo similar. De 440 casos presentados en 1964 baja a 75 casos en 1973.

**TENDENCIA 1964 - 1973  
V ZONA**

Años	Prost. N°	Lúes Rcl.	Blen.
1964	2.330	133	440
1965	2.300	150	347
1966	2.457	95	137
1967	2.315	49	121
1968	2.145	14	123
1969	2.654	26	233
1970	2.493	6	146
1971	2.699	18	227
1972	2.306	11	125
1973	2.030	6	75

En Chile, como en muchas partes en que se ha tratado de abolir los prostíbulos, no ha sido posible aplicar la reglamentación vigente sobre el cierre de estos sitios de prostitución asilada, por las consecuencias que acarrea el desplazamiento de las prostitutas profesionales, a la prostitución callejera o ambulatoria.

Hay que tener en cuenta que se trata de un grupo altamente promiscuo y que puede constituir en cualquier momento una fuente de infección incontrolable, aunque constituya una fracción del problema.

### FACTORES ECOLOGICOS

“En los últimos años se han modificado sustancialmente las perspectivas demográficas, económicas y de la conducta, que pueden considerarse como factores condicionantes de la adquisición de las enfermedades venéreas; el aumento explosivo de la población mundial ha traído por consecuencia que los grupos de edad sexualmente activa estén en mayor proporción

que antes, con el consiguiente aumento de contactos sexuales y la probabilidad de adquirir estas enfermedades. El desarrollo económico y sus naturales consecuencias, la industrialización y la urbanización, favorece los encuentros sexuales, del mismo modo que se han incrementado como consecuencia del mayor desarrollo del turismo y los viajes internacionales, facilitándose las condiciones para un mayor estrechamiento de las relaciones humanas y por consiguiente para los contactos sexuales.

“Otro factor que no puede dejar de señalarse, es el que se refiere a las prácticas anticoncepcionales, pues la desaparición del miedo al embarazo aumenta la indiferencia del público a las enfermedades venéreas, estimula los contactos y acrecienta la posibilidad de las enfermedades venéreas.

“A los factores antes citados puede añadirse la emancipación femenina, social, psicológica y sexual, que han cambiado el código moral y de la conducta con un aumento de la promiscuidad, contribuyendo a provocar la llamada revolución sexual.

“Otro hecho que merece destacarse es que, a pesar del énfasis actual sobre sexualidad, el conocimiento de la juventud sobre las enfermedades venéreas es curiosamente incompleto, inclusive en las que corresponden a niveles educacionales altos.

“En cuanto a prostitución, es conveniente señalar que el clásico concepto sobre el comercio sexual ha adquirido características muy diferentes a lo que fue en el pasado. Han cambiado los procedimientos, sustituyéndose los antiguos lenocinios por otros “campos de operación”: hoteles, camping, etc., además de la aparición de la semiprostitución, ya que mujeres que trabajan en empleos regulares compiten con “las profesionales del sexo”.

“Finalmente, no puede dejar de mencionarse la importancia de la creciente homosexualidad masculina en la diseminación de las enfermedades venéreas.

“Es importante destacar que el incremento de las enfermedades venéreas ha acontecido en presencia de importantes avances médicos y de salud pública.

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- 1.— Es un hecho que en el momento actual, las enfermedades venéreas constituyen un grave problema de salud pública en mu-

chos países del mundo, hecho reconocido por la OMS y la OFSANPAN.

- 2.— En Chile, no obstante que la incidencia notificada de las enfermedades venéreas manifiesta una tendencia descendente, se estima que el problema no se conoce en su magnitud.
- 3.— La captación, notificación, registro e información sobre las enfermedades venéreas son deficientes en la mayor parte del país, lo que impide conocer el problema en toda su magnitud.
- 4.— Se recomienda, por lo tanto, intensificar en las regiones del país, la captación, notificación, registro e información sobre las enfermedades venéreas, de acuerdo al Código Sanitario, el Reglamento sobre profilaxis y control de Enfermedades venéreas y las normas de la Dirección General del Servicio Nacional de Salud.
- 5.— Con el fin de afinar el Diagnóstico Clínico y de Laboratorio en la enfermedades venéreas, especialmente sífilis y blenorragia, se estima indispensable establecer en cada Región y en lo posible en cada Area, un Centro o Clínica de Diagnóstico y Tratamiento.  
Para tal objeto se recomienda el empleo de la Técnica del V.D.R.L. Se estima necesario por lo tanto, la instalación en cada Centro o Clínica de Diagnóstico y Tratamiento, de un Laboratorio de V.D.R.L. a cargo de personal especializado y competente.  
Del mismo modo se procurará contar con ultramicroscopio para diagnóstico o corroboración de diagnóstico de lúes reciente clínica.  
Para blenorragia deberá emplearse las técnicas actuales de cultivo. Thayer Martín.
- 6.— En base a lo anterior debe implantarse un Programa Regional de Control de las Enfermedades Venéreas que coordine con cada una de las Areas de la Región.
- 7.— Con el fin de alcanzar los propósitos y objetivos del Programa, se estima indispensable que las actividades de control venéreo deban tener un carácter permanente y formen parte de los programas normales de los Servicios de Salud en cada Región y en cada Area.
- 8.— Debe establecerse, además, que el programa debe concebirse como un todo, de tal manera que deben abordarse todos sus aspectos de modo integral y coordinado.

- 9.— Debe darse la importancia debida a la pesquisa epidemiológica, con el fin de ubicar las fuentes de infección e intensificar el rendimiento de la Encuesta de casos y contactos.
- 10.— Se estima indispensable establecer el censo serológico de grupos de población, como embarazadas, mujeres en planificación familiar, dadores de sangre, manipuladores de alimentos, contingentes militares y otros grupos representativos de la comunidad con el fin de pesquisar y tratar las serologías positivas y conocer su prevalencia.

#### 11.— EDUCACION PARA LA SALUD

Es necesario lograr una actitud favorable a nivel de la comunidad joven u otros grupos vulnerables (planificación familiar, etc.) para que se adopten medidas de prevención y se siga oportunamente la atención médica cuando corresponda.

Igualmente, deberá actualizarse el programa de Educación Sexual, con incorporación de contenidos sobre enfermedades venéreas a nivel de estudiantes secundarios, en coordinación con el Ministerio de Educación o con los primeros años de las Escuelas Universitarias, Escuelas Normales o Técnicas Superiores.

- 12.— Todo médico debe esta capacitado en cada Servicio para el diagnóstico clínico y para la interpretación diagnóstica de los exámenes de Laboratorio: el médico general de zona, el médico internista, el urólogo, el ginecólogo u otro especialista debe estar preparado para diagnosticar y tratar una lúes o una blenorragia, sin perjuicio de la interconsulta a los Servicios especializados del mismo modo que diagnostica una TBC o cualquier otra enfermedad infecto-contagiosa.
- 13.— Se estima, por lo tanto, que los médicos, en general, deben ser permanentemente informados del problema de las enfermedades venéreas y procurar su permanente preparación en este campo, para incorporarlo a las nuevas técnicas en el diagnóstico, tratamiento y control de las enfermedades venéreas.
- 14.— Se estima indispensable que a las Escuelas de Medicina, se incorpore nuevamente en forma permanente la enseñanza sobre las Enfermedades Venéreas; su diag-

nóstico, tratamiento y su control epidemiológico, con la amplitud necesaria para que posteriormente el médico, pueda incorporarse en forma eficiente a los programas de control venéreo regionales o locales.

Del mismo modo, el equipo de salud del Centro de Diagnóstico y Tratamiento debe estar preparado eficiente y técnicamente para sus labores específicas y, en general, el personal de los establecimientos debe estar informado de los objetivos del programa para obtener así su más amplia y oportuna colaboración.

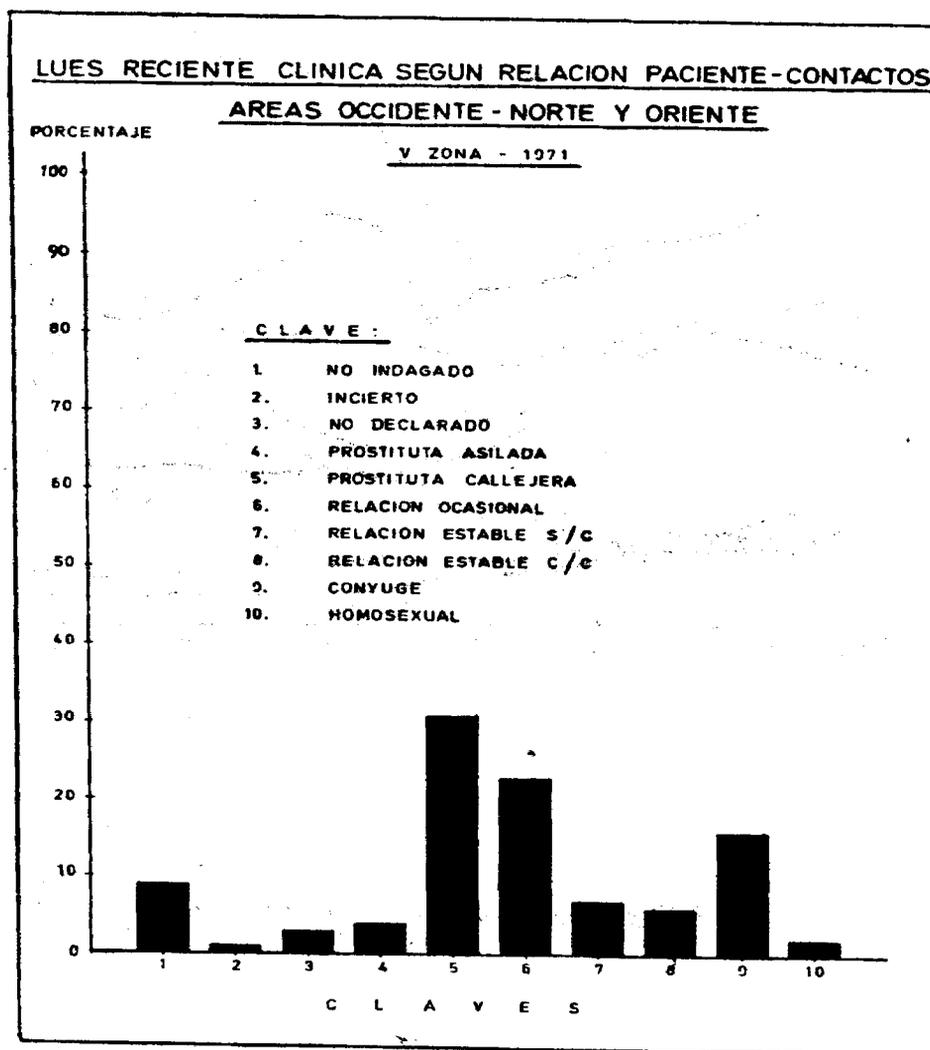
15.— En cada Centro de Diagnóstico, Tratamiento y Control de las Enfermedades Venéreas, deben desarrollarse labores de Docencia y de Investigación tanto para

médicos, estudiantes de Medicina, Enfermeras Universitarias, Matronas y otros componentes del Equipo de Salud.

16.— El Tratamiento de las enfermedades venéreas, especialmente sífilis y gonorrea, debe ser uniforme de acuerdo a las pautas del Servicio y ser controlado el enfermo hasta su alta, clínica y epidemiológica.

17.— Se estima que el problema de la prostitución debe ser abordado de acuerdo a las características propias de cada Región.

18.— Las enfermedades venéreas deben ser tratadas bajo el punto de vista ecológico de enfermedad infecciosa, con el objeto de adecuar el programa a las condiciones ambientales, sociales, económicas y culturales.



Casos de gonorrea en 9 países, de 1950 a 1967.  
Cifra de incidencia por 100.000 hab.

