

República de Panamá, Ministerio de Trabajo, Previsión Social y  
Salud Pública, Departamento General de Salud Pública,  
División de Higiene Social

## *Normas Generales del Tratamiento de la Sífilis*

Por el Dr. JOSÉ AMADOR GUEVARA,

Epidemiólogo Encargado de la División de Higiene Social del  
Departamento de Salud Pública, Panamá

### **A.—Propósito**

La orientación de este trabajo es la de despertar, en el médico general, un mayor interés por los diversos problemas clínicos y sociales, que presentan las enfermedades venéreas.

Se pretende, asimismo, obtener la más amplia colaboración del Cuerpo Médico en los esfuerzos que realizan las autoridades sanitaria, para disminuir la incidencia y prevalencia de dichos procesos.

Debe decirse, una vez más, que sin la activa y entusiasta participación del médico general, no es posible adelantar con éxito en ninguna campaña de carácter médico-social. No debe perderse de vista que el médico, por encima de cualquier otra consideración, es ante todo, un sanitario, es decir, un servidor de la salubridad pública. No debe existir, pues diferencia alguna entre el médico que cura y el que promueve y defiende la salud.

Los conceptos aquí señalados no pretenden convertirse en normas rígidas y absolutas, sino que tienen más bien un carácter informativo.

### **B.—Orientación General)**

Los principios generales que orientan, en términos generales, la terapia actual de la sífilis, se pueden sintetizar en la siguiente forma:

- 1) Condición sine-qua-non para el tratamiento de un enfermo sífilítico es la seguridad ciento por ciento diagnóstica.
- 2) El tratamiento debe realizarse a la mayor brevedad posible, a fin de controlar, rápidamente, el período de mayor transmisibilidad de la infección.
- 3) El tratamiento debe ser efectivo,
- 4) El tratamiento debe poseer un alto índice de seguridad para el paciente, ya que ningún tratamiento, por efectivo que sea, puede considerarse ideal si daña la salud, o pone en peligro de muerte, al paciente.

5) En la sifiloterapia moderna no hay lugar para los tratamientos de prueba. En sífilis no caben términos medios; se tiene o no se tiene sífilis.

6) Debe descartarse, asimismo, la práctica de las llamadas "reactivaciones" de la sangre.

7) Los esquemas terapéuticos intensivos y de corta duración, recomendados para el tratamiento de la sífilis, poseen un alto valor epidemiológico.

8) Tales esquemas, desde luego, obligan a prolongar el período de observación de los pacientes, ya que existe la posibilidad de un aumento en el porcentaje de relapsos clínicos y serológicos, y, a su vez, mayores posibilidades de reinfección.

9) Con los citados métodos intensivos se ha podido controlar, efectivamente, el alto porcentaje de abandonos de tratamiento (60%) observados, frecuentemente, en esquemas de larga duración.

10) En relación con los innumerables esquemas terapéuticos, que se recomiendan hoy día, debe tenerse presente, que ningún esquema puede ser superior, jamás, al juicio crítico del profesional consciente y estudioso.

11) La standarización terapéutica puede aceptarse, en términos generales, en casos de sífilis primaria y secundaria, pero en casos de sífilis terciaria, la individualización se impone.

12) No es necesario tratar, indefinidamente, a los pacientes con el sólo objeto de negativizar la reacción serológica.

13) No hay razón para establecer períodos de descanso en la terapéutica de la sífilis, no importa la droga o el sistema que se adopte.

14) En algunos casos los arsenicales y bismúticos, así como la Fiebre Artificial (Malaria —vacuna antitífica— inducto-pirexia) deben considerarse aún como elementos de valor en la terapia de la sífilis. No es necesario prolongar la terapia mixta arseno-bismútica más allá de 12 semanas. Los arsenicales administrados conjuntamente con la Penicilina, ejercen una acción enérgica sobre el treponema.

15) La orientación general debe ser, en síntesis: mayores facilidades para el tratamiento ambulatorio y menos oportunidades de hospitalización.

16) Antes de aceptar un esquema terapéutico definitivo en la diaria labor profesional, este deberá someterse a un cuidadoso análisis y estudio,

### C.—Penicilino-terapia

1) La penicilina es, hoy día, la droga de elección en la terapia de la sífilis, ya que posee, a la par de un alto índice terapéutico un bajo índice de toxicidad.

2) La penicilina ha tenido el mérito de desterrar de la práctica, el uso de tratamientos intensivos a base de arsenicales, los cuales originaron un alto porcentaje de reacciones tóxicas.

3) Los preparados de penicilina de absorción lenta son preferibles, ya que suprimen el requisito de hospitalización necesario cuando se administra el antibiótico disuelto en solución salina.

4) La administración de la penicilina es sorprendente inocua. El cuadro siguiente es demostrativo:

#### GRADO DE TOXICIDAD DE LOS ARSENICALES EN COMPARACIÓN CON LA PENICILINA

Drogas	Casos	Muertes
Penicilina .....	1000	000
Penicilina más arsénico (Esquemas 8-6-3)	1000 ,	023
Inyecciones múltiples de arsenicales .....	1000	053
Goteo intravenoso arsenical de 8 días .....	1000	081

5) La desaparición de los treponemas de las lesiones, así como la cicatrización de las mismas, se efectúan en un período menor que el requerido cuando se administran arsenicales.

6) En términos generales, la penicilina deberá administrarse como droga preferente en casos de sífilis primaria y secundaria.

7) La diversidad de esquemas que existen a base de penicilina, es clara evidencia de que aun no se ha llegado a establecer un criterio definitivo en cuanto:

- 1) Dosis óptima total-
- 2) Dosis parcial más conveniente en cada inyección.
- 3) Intervalos más recomendables entre cada dosis.
- 4) Duración del tratamiento.
- 5) Mejor vía de administración.
- 6) Vehículo más conveniente.

#### D.—La penicilina -en los diversos períodos de la sífilis

a) **Sífilis Primaria.**— (Estado sero-negativo o sero-positivo). La dosis total no debe ser menor de seis millones de unidades de penicilina. (Cristalina G con Procaína y Monoesterato de Aluminio al 2%). Las dosis parciales pueden ser de trescientas mil a seiscientos mil unidades cada veinticuatro horas. Si se administra penicilina (G Cristalina en solución salina), la dosis total indicada deberá administrarse en dosis parciales de cuarenta mil a cincuenta mil unidades cada tres horas. Este último método requiere hospitalización.

b) **Sífilis Secundaria.**—Al igual que la sífilis primaria, la dosis total del antibiótico no deberá ser menor de seis millones. Las dosis parciales y el intervalo entre las mismas será igual que para la sífilis primaria.

c) **Sífilis terciaria.**—La penicilina (G con Procaína y Monoesterato de Aluminio al 2%) deberá ser administrada en una

dosis total no menor de ocho millones. Las lesiones terciarias cutáneas y óseas responden con sorprendente rapidez. La dosis diaria será de trescientas mil unidades.

d) Sífilis Nerviosa.—Los reportes sobre la terapia antibiótica en la neurosífilis son favorables. Parece más conveniente administrar dos cursos, repetidos a cortos intervalos, en vez de uno solo. Como dosis total se recomienda la de 9 millones de unidades de penicilina (G con Procaína y Monoesterato de Aluminio al 2%). La dosis diaria conveniente es de trescientas mil unidades. El líquido cefaloraquídeo muestra notable mejoría (53 a 80%). La combinación penicilina-fiebre artificial es altamente efectiva en la Sífilis Nerviosa.

e) Sífilis Cardiovascular.—En la sífilis cardiovascular conviene administrar dosis bajas al principio. La intensa acción treponemocida de la penicilina (Cristalina G en solución acuosa) puede originar desagradables reacciones al principio. La dosis total no deberá ser menor de 4.800.000 a 9.600.000.

f) Sífilis latente temprana y tardía.—Los cursos repetidos a cortos intervalos de penicilina (G con Procaína y Monoesterato de Aluminio al 2%) produce mejor efecto. La dosis total de cada curso no debe ser menor de cuatro millones. A veces, aun con dosis muy altas, no es posible lograr la reversión serológica de estos casos. Tales pacientes deben ser controlados después del tratamiento mediante reacciones serológicas cuantitativas a intervalos regulares. Un aumento en los títulos cuantitativos mantenidos durante algunos meses (6 meses) demandan una terapia más fuerte y la administración de una terapia bismuto-arsenical.

g) Sífilis de la mujer embarazada.—La mujer embarazada sífilítica presenta perfecta tolerancia a la penicilina, aun aquellas con fragilidad renal. Es inmejorable "sobre todo en casos de mujeres sífilíticas intolerantes a los arsenicales o en aquellas arseno-resistentes. La dosis total de penicilina (G con Procaína y Monoesterato de Aluminio al 2%) no debe ser menor de 4.800.000 unidades en un período de ocho días, en dosis diarias de 600.000 unidades.

h) Sífilis adquirida "in útero".—La terapia con penicilina en la sífilis del niño se puede hacer utilizando uno u otro de los siguientes esquemas:

a) Penicilina (Cristalina G en solución acuosa) en dosis de 100.000 a 120.000 unidades por kilo de peso. La dosis total será dividida en 100 dosis y cada inyección se administrará cada dos o tres horas.

b) Penicilina (Cristalina G con Procaína y Monoesterato de Aluminio al 2%) en dosis de 150.000 a 300.000 unidades divididas en tres dosis. El período de administración será de tres o cuatro días. En la sífilis adquirida "in útero" la administración de los arsenicales y bismúticos conservan aún su aplicación.

## E.—Reacciones de la Penicilina

La penicilina origina algunas reacciones debidas, ya a su acción como toxina directa e irritante primaria, bien a su acción antigénica, o ya sea como excitante del shock terapéutico, o bien al actuar, directamente, sobre los procesos patológicos.

La mayoría de los autores han atribuido a impurezas del antibiótico, un porcentaje elevado de reacciones, sobre todo en los primeros años de su fabricación. Entre esas manifestaciones tóxicas se han señalado las siguientes; escalofríos, fiebres, cefalea, rubor, eosinofilia, dermatitis, etc.

Como reacciones propias del antibiótico han sido reportadas, entre otras, las siguientes manifestaciones: urticarias, fiebre, reacciones del tipo de Herxheimer.

Para evitar este tipo de reacciones, es recomendable que las dosis iniciales sean bajas, sobre todo en casos en que están lesionadas estructuras vitales orgánicas, como por ejemplo, en el caso de la sífilis cardio-vascular. Una rápida cicatrización puede originar una severa descompensación en la mecánica vascular.

Otras reacciones señaladas son: edema angioneurótico, tromboflebitis, crisis gastrointestinales, dermatitis, etc.

Con el uso de la Procaína, se observan síntomas debido a la sensibilidad a esta droga, tales como reacciones de tipo circulatorio: palidez, taquicardia, dolor en el pecho, diplopia, visión borrosa, colapso rápido caracterizado por fracaso circulatorio. También reacciones de la piel en el sitio de la inyección.

## F.—Esquema Mixto Arseno-bismuto-Penicilina

	D Í A S										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
PENICILINA-----											3 — 6 Millones
300.000 — 600.000											
MAFARSEN	x	x	x	x	x						0.20 Gm.
0.04 — 006 Gm.											0.30 Gm.
BISMUTO	x	x	x								06 Gm.
02 G											

Este esquema es conveniente en los dispensarios de escasos recursos económicos, cuya población enferma la constituyen especialmente trabajadores, que dan el mayor porcentaje de abandonos de tratamiento, cuando se recurre a sistemas de larga duración.

Preferible emplearlo en casos de sífilis primaria y secundaria. Si el médico lo estima conveniente se puede administrar después de terminar dicho esquema un curso de sub-salicilato de bismuto (12 dosis de 1 ce. (0.20) cada cinco días) o bien un curso de arsenical trivalente (24 dosis de Mafarsen o Arseclor) administrando una dosis cada tres a cuatro días).

variedad de climas, terrenos, razas y condiciones de vida, que vuelven indispensable y valioso al confrontar epidemiológicamente la incidencia clínica, humoral o microbiológica de las infecciones venéreas con aquellas múltiples variables. Además, el problema del control rápido del caso contagiante se agudiza a medida que aumenta el comercio sexual, debido a las facilidades y rapidez de medios de transporte en toda Centro-América, "países que son, afortunadamente para la ciencia, aunque desgraciadamente para sus pueblos, un rico y vasto campo para la investigación de las Enfermedades Venéreas. Mediante un esfuerzo científico bien coordinado, estaremos en condiciones de retribuir en parte siquiera, para bien de la humanidad, nuestra deuda contraída con los investigadores de otros países, quienes nos han guiado en el estudio y la resolución del grave problema de las Enfermedades Venéreas.

La investigación epidemiológica es el campo más prometedor y más accesible a nuestros recursos; de ahí la importancia de establecer las bases comunes, para coleccionar información uniformemente definida, consignada e interpretada por todos los países centroamericanos.

Este trabajo lo intitulos así: Bases **preliminares para la Unificación**, etc., pero tal vez fuera preferible llamarlo: de Consideraciones Preliminares, por los siguientes motivos:

Es un estudio de gran trascendencia a la vez que difícil, cada uno de los países debe asegurarse ante todo, de si, esta conveniencia de la conveniencia de uniformizar el sistema de registro y luego de si está decidido a llevar a cabo el estudio en conjunto. Y esto debe de pensarse y medirse muy detenidamente, para poder obtener frutos prácticos y no teóricos.

La recomendación del II Congreso de Venereología dice: "Uniformizar reportes epidemiológicos". El término epidemiológico es amplio; no comprende sólo la incidencia de la sífilis, ni la prevalencia de la Temprana o Antigua Latente, ni la búsqueda de contactos, que es lo que en la práctica hacen los dispensarios antivenéreos, por lo menos en este país; comprende también la sífilis que incapacita; la cardiovascular, la nerviosa, etc., y la sífilis que mata. Por cierto que en nuestro país lo que menos sabemos es en qué cantidades incapacita la sífilis. Esta consideración lleva consigo dos preguntas: ¿Se quiere hacer un estudio epidemiológico de la sífilis que tratan los dispensarios antivenéreos? o ¿se quiera efectuar un estudio epidemiológico completo de la sífilis?

Caso de resultar afirmativo solamente la primera interrogación, debemos combinar un sólo tipo de ficha o registro; pero si el estudio ha de ser completo, las fichas deberán ser tres: 1^— Para anotar los datos especiales de la sífilis sanitaria de los dispensarios; 2\*— Para la sífilis que se atiende en hospitales y asilos, es decir, la incapacitante y la que mata, y 3^.—La que consolidaría los datos de las dos anteriores, o sea la del estudio final.

Una vez decidido qué clase de estudio se desea, hay que considerar qué datos debe llevar la ficha. Es posible que los datos de identificación del caso: nombre o número, sexo, edad, residencia, etc., sean fáciles de uniformizar. Pero esa ficha llevará anotadas las pruebas serológicas que se hayan hecho al enfermo, lo que significa que debe existir un criterio uniforme acerca de las pruebas serológicas y sus resultados. Luego la clasificación de la enfermedad, punto clave para el estudio y que necesita especial consideración. En el I Congreso de Venereología, celebrado en Panamá en 1946, el Doctor José Amador Guevara propuso una "Nomenclatura Centroamericana de casos de sífilis". Indudablemente fue con la idea de iniciar en aquella fecha lo que hoy tratamos de comenzar nosotros; sin embargo, no se llegó a conclusión alguna sobre tan útil como magnífica ponencia, puesto que nada se dijo en las resoluciones y recomendaciones del mencionado Congreso; en otras palabras, hemos perdido cuatro años de experiencia.

En los dispensarios antivenéreos de la Dirección General de Sanidad, las fichas usadas siguen la clasificación de la Sanidad de los Estados Unidos de Norte América; en los centros de asistenciales de este país no existe clasificación uniforme; puede que esto mismo ocurre en otros países.

La Organización Mundial de la Salud, como todos sabemos, adoptó una nueva clasificación estadística en Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción, en 1948. En la lista "Intermedia", de 150 causas, la sífilis y sus secuelas está dividida en 10 rúbricas y la infección gonocócica y otras enfermedades venéreas, en 10 rúbricas también. Y en la lista Tabular de inclusión de sub-categorías de cuatro dígitos, la sífilis y sus secuelas comprenden 11 sub-categorías.

Indudablemente esta nueva clasificación de la O. M. S. induce a estudiar cuidadosamente qué nomenclatura se establecería al tratar de uniformizar las fichas en Centro América.

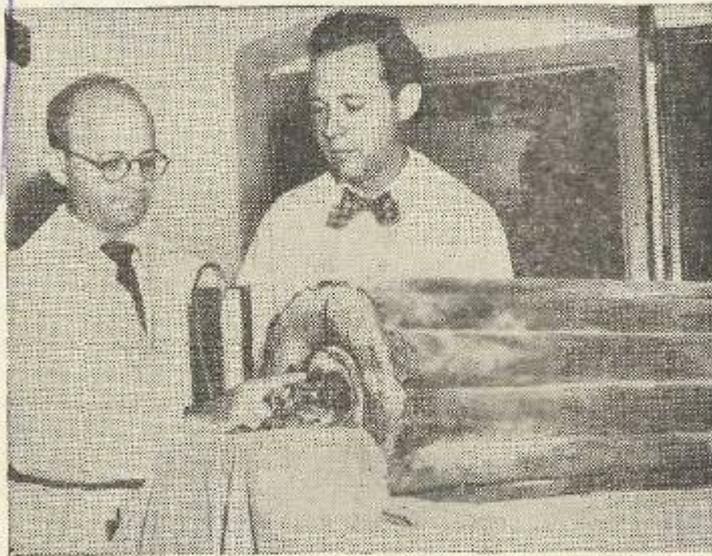
Al uniformizar una ficha "Centroamericana" de Enfermedades Venéreas, se escogerá un *mínimum* esencial de información, que facilite la colección de datos y el análisis estadístico. Se sugiere que el formato de la tarjeta sea del tipo "punch card" o perforada, en la cual, por medio de clave especial pueden incluirse los datos necesarios y se facilitaría su análisis.

Para; llevar a cabo este estudio, cada país tendría, un centro único coleccionador de tarjetas, por ejemplo, la División, Servicio o Sección de Enfermedades Venéreas de la Sanidad del referido país; este Centro, después de coleccionar y estudiar sus datos, enviarán las tarjetas al país u oficina designada para efectuar el análisis de todos los demás, análisis que debe ser presentado en el Congreso de Venereología. Se menciona una Oficina, teniendo en mente que todos los países Centroamericanos pertenecen a la Oficina Sanitaria Panamericana, la cual tiene personal técnico viajero y facilidades para coordinar estos estudios.

Para terminar rogamos a los distinguidos congresistas expresar sus valiosas opiniones al respecto; y nombrar una comisión especial para que estudie este trascendental asunto y lleve su opinión preliminar conjunta a las resoluciones de este Congreso.

- 1.—Dr. Alberto Aguilar Rivas, Director de la División de Epidemiología.
- 2.—Dr. Juan Allwood Paredes, Director General.

DEPARTAMENTO DE BIBLIOTECAS  
 BIBLIOTECA MEDICA NACIONAL  
 Tegucigalpa, D. C., Honduras C. A.



Un "respirador" de tamaño pequeño, diseñado conforme al principio del "pulmón de hierro", el cual quizá resulte práctico para el tratamiento de ciertas formas de poliomielitis, ha sido construido por dos hombres de ciencia de la Universidad de Yale, New Haven, Estado de Connecticut, el Doctor Harold Lamport, asociado a las investigaciones de filosofía, y el Doctor Ralph C. Eichhorn, miembro de la Sociedad de Medicina Dazian y Kresge. Este modelo de "respirador", hecho con una tela ahulada que puede ser producida en masa y a un bajo costo, tiene 32 pulgadas de longitud y es de forma cilíndrica. Cuando está completamente inflado pesa menos de dos libras. El "pulmón" está construido como un termo con una pared interior y una exterior herméticamente cerradas al aire, teniendo la cavidad intermedia llena de aire a cierta presión. La fotografía muestra a los Doctores Lamport y Eichhorn, haciendo una demostración con el nuevo respirador, con un gato como paciente. (USIS).

Tema 2.—"Antibióticos en el tratamiento de la Tuberculosis". La experiencia acumulada muestra que la estreptomina es un valioso agente terapéutico en el tratamiento de la tuberculosis. Los resultados obtenidos varían considerablemente, según la localización del proceso, forma clínica, modalidad patogénica y antigüedad lesional. La acción terapéutica se ejerce principalmente sobre las lesiones recientes de tipo miliar o focal exudativo.

En la Tuberculosis pulmonar la estreptomina debe ser considerada como una medicación coadyugante, que será empleada con discriminación clínica y asociada siempre a los demás métodos terapéuticos. Su acción antibiótica es generalmente temporal, por la aparición del fenómeno de la estreptomina-resistencia. Esta condición impone que se procure recoger el máximo de beneficio durante el período realmente activo de la medicación, variable, según los casos aplicando en momento oportuno los demás recursos terapéuticos que puedan estar indicados.

Las indicaciones en tuberculosis pulmonar siguen siendo esencialmente individuales y serán, en lo posible, establecidas por médico especializado, quien determinará la conveniencia y oportunidad de la estreptominaoterapia.

Los agentes quimioterapéuticos antituberculosos (sulfonas y ácido par-amino-salicílico) se encuentran en nuestro medio en fase de experimentación. En ciertos casos parece ser útil su asociación a la estreptomina y demás métodos terapéuticos.

Es de interés facilitar los medios que permitan el reconocimiento de la resistencia del bacilo tuberculoso a la estreptomina y agentes quimioterapéuticos a cuyo efecto se capacitará a los centros fisiológicos, institutos bacteriológicos, etc., poniendo esta investigación al alcance de la práctica médica.

Tema 3.—"Tuberculosis de las serosas".

1) La localización tuberculosa en las serosas se registra con mayor frecuencia en la pleura y luego en orden decreciente en el peritoneo, las meninges y el pericardio. Cronológicamente la localización meníngea se observa con más frecuencia en la primera infancia, la pleural y peritoneal en la "puericia y juventud mientras que la del pericardio es más frecuente en la edad adulta.

2) Su aparición puede hacerse en cualquiera de los períodos de la tuberculosis.

3) Su patogenia más frecuente es por contigüidad y por siembra hematógena.

4) En cualquier localización serosa es necesario agotar el estudio clínico, bacteriológico y es indispensable el estudio radiográfico del tórax.

5) Su pronóstico general depende del tipo anatómico, la asociación en otras serosas u. otras localizaciones pulmonares o extrapulmonares y finalmente subordinado al tratamiento. Sigue siendo sumamente grave en la localización meníngea en la cual