

Este informe recoge la opinión colectiva de un grupo internacional de especialistas y no representa necesariamente el criterio ni la política de la Organización Mundial de la Salud.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

SERIE DE INFORMES TECNICOS

Nº 92

COMITE MIXTO OIT/OMS DE HIGIENE DE LOS MARINOS

Segundo Informe

	Páginas
Introducción	3
1. Consultas médicas por radio a los barcos en alta mar . . .	3
2. Examen médico de los marinos para la indagación de casos de tuberculosis	4
3. Botiquines de a bordo	6
4. Prevención y tratamiento de las enfermedades venéreas en los medios marítimos	10
5. Programa de actividades futuras	11
Anexo. La Lucha antivenérea en los medios marítimos . . .	12

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

PALAIS DES NATIONS

GINEBRA

DICIEMBRE DE 1955

COMITE MIXTO OIT/OMS DE HIGIENE DE LOS MARINOS

Segunda Reunión

Ginebra, 9-12 de abril de 1954

Miembros :

OIT :

Capitán O. I. Loennechen, Armador ; Vicepresidente de la Federación Internacional de Armadores, Tønsberg, Noruega (*Presidente*)

Sir Richard Snedden, Director General de la Federación Internacional de Armadores, Londres, Inglaterra (*Relator*)

Capitán D. S. Tennant, General Secretary, Navigators and Engineer Officers Union, Londres, Inglaterra

Sr. Tom Yates, General Secretary, National Union of Seamen, Londres, Inglaterra

Asesores :

Dr. E. L. Caldwell-Smith, Chief Medical Officer, British Shipping Federation, Londres, Inglaterra

Profesor G. Guida, Director del Centro Internacional Radiomédico, Roma, Italia

OMS :

Dr. P. R. Dutt, Deputy Assistant Director-General of Health Services, Nueva Delhi, India

Dr. K. Evang, Director General de los Servicios de Sanidad, Oslo, Noruega

Profesor W. M. Frazer, Emeritus Professor of Public Health, Universidad de Liverpool, Inglaterra (*Vicepresidente*)

Dr. G. H. Hunt, Assistant Surgeon General ; Associate Chief, Bureau of Medical Services, Public Health Service, Department of Health, Education, and Welfare, Washington, D.C., Estados Unidos de América

Dr. J. Lembrez, Médecin Inspecteur divisionnaire de la Santé, Directeur du Service de Contrôle sanitaire, Marsella, Francia (*Relator*)

Representantes de la Unión Internacional de Telecomunicaciones :

Sr. J. Kunz, División de Radiocomunicaciones, UIT

Sr. C. Stead, División de Radiocomunicaciones, UIT

Cosecretarios :

Sr. T. Bratt, Jefe de la División Marítima, OIT

Dr. A. L. Bravo, Jefe de la Sección de Higiene Social y del Trabajo, OMS

Este informe fué presentado originalmente en forma de documento multicopiado WHO/Hyg.Sea./8 el 11 de octubre de 1954.

COMITE MIXTO OIT/OMS DE HIGIENE DE LOS MARINOS

Segundo Informe *

Introducción

El Comité celebró su segunda reunión en Ginebra en el Palacio de las Naciones del 9 al 12 de abril de 1954.

Abrió la sesión el Dr. P. Dorolle, Director General Adjunto de la Organización Mundial de la Salud. El Comité nombró para formar la Mesa : al Capitán O. I. Loennechen, Presidente ; al Profesor W. M. Frazer, Vicepresidente ; al Doctor J. Lembrez y a Sir Richard Snedden, Relatores.

El orden del día de la reunión era el siguiente :

1. Consultas médicas por radio a los barcos en alta mar ;
2. Examen médico de los marinos para la indagación de la tuberculosis ;
3. Botiquines de a bordo ;
4. Prevención y tratamiento de las enfermedades venéreas en los medios marítimos.

1. Consultas médicas por radio a los barcos en alta mar

1. Sobre este punto del orden del día, el Comité estudió un circunstanciado informe de la Oficina Internacional del Trabajo sobre las prácticas seguidas a este respecto en diversos países marítimos y los resultados de las experiencias realizadas. El Comité tuvo asimismo a su disposición : a) los datos comunicados por la Unión Internacional de Telecomunicaciones, y especialmente un mapa en que se indican el número y la situación geográfica de las estaciones de radio que prestan servicios de consultas médicas,

* En el curso de su 15ª reunión, el Consejo Ejecutivo adoptó la siguiente resolución :
El Consejo Ejecutivo

1. TOMA NOTA del segundo informe del Comité Mixto OIT/OMS en Higiene de los Marinos ;
2. DA LAS GRACIAS a los miembros del Comité por su labor ;
3. EXPRESA a la Organización Internacional del Trabajo su gratitud por la excelente colaboración prestada ; y
4. AUTORIZA la publicación del informe.

(Resolución EB15.R14, *Act. of. Org. mund. Salud*, 1955, 60, 5)

y *b*) una serie de informes recibidos por la OIT sobre la labor del Centro Internacional Radiomédico, de Roma.

2. Se desprendía claramente : *a*) del informe de la OIT ; *b*) de las informaciones comunicadas en nombre de la gente de mar por la Federación Internacional de los Obreros del Transporte, y *c*) de las declaraciones hechas en la reunión, en nombre de los armadores, que, en opinión general de las personas competentes, la organización actual de las consultas médicas por radio es satisfactoria.

3. El Comité, sin embargo, decidió por unanimidad que se debía señalar a la atención de los gobiernos los puntos siguientes :

a) La conveniencia de que el servicio de consultas médicas por radio pueda funcionar a cualquier hora del día o de la noche.

b) La importancia de que, mediante un sistema de consultas médicas organizado de antemano, se pueda obtener, cuando sea necesario, la opinión de un especialista.

c) La necesidad de que se haga un uso adecuado de los medios disponibles, lo cual requiere que la persona que hace la consulta a bordo del buque esté en condiciones de comprender qué clase de datos necesita el médico para poder dar los consejos pertinentes. Esta condición puede cumplirse de diversas maneras, por ejemplo, dando las instrucciones oportunas al personal de a bordo o mediante el empleo de cartillas o manuales médicos que indiquen clara y concisamente la naturaleza de los datos que habrán de ayudar al doctor a formular su dictamen.

d) La importancia de que haya a bordo — a ser posible bajo la custodia del radiotelegrafista — una lista completa y al día de las estaciones de radio que transmiten consultas médicas.

2. Examen médico de los marinos para la indagación de casos de tuberculosis

1. El Comité examinó un informe preparado por la OMS, que resume los precedimientos aplicados en cierto número de países marítimos y formula varias propuestas para su examen.

2. El Comité estimó que, en general, los datos estadísticos disponibles no permitían llegar a conclusiones fidedignas sobre la frecuencia de la tuberculosis entre los marinos comparada con la del resto de la población y, lo que es más importante aún, con la de los trabajadores de otros sectores.

Independientemente de las estadísticas de tuberculosis, reconoció el Comité, sin embargo, que ciertos aspectos de la vida de la gente de mar justifican que se examine su situación de una manera especial. Es frecuente, por ejemplo, que los marinos durante largos períodos no puedan seguir un tratamiento especializado y que, sin perjuicio de lo confortables que puedan

ser las instalaciones de los buques modernos, las tripulaciones se vean confinadas en locales relativamente exigüos, tanto en las horas de servicio como fuera de ellas. También hay que tener en cuenta que, en el ejercicio de su profesión, el marino puede hacer escala en puertos de países donde la frecuencia de la tuberculosis es superior al promedio normal.

3. El Comité estudió detenidamente la cuestión del examen médico inicial y de los exámenes periódicos de los marinos para la indagación de la tuberculosis. Sin exámenes periódicos es imposible conseguir la aplicación a tiempo de un tratamiento eficaz a los marinos enfermos, ni la protección completa de los que puedan estar en contacto con ellos. Pero el concepto que se tiene sobre el examen obligatorio varía según los países. No se trata de una cuestión exclusivamente médica, ya que también existen objeciones de orden psicológico para no hacer de los marinos una clase aparte, imponiéndoles el examen médico obligatorio cuando la medida no se aplica de modo general o habitual a las demás clases de trabajadores.

Entendió el Comité que, en lo posible, todos los marinos, al entrar en la profesión, deberían ser objeto de un examen médico que comprendiese especialmente la indagación de la tuberculosis. En ese examen, como en tantas otras cuestiones sanitarias, cada país habrá de tener en cuenta sus propios métodos y circunstancias.

El Comité opinó asimismo que convendría estimular a todos los marinos, mediante una campaña continua de educación sanitaria, a someterse periódicamente a un examen radiográfico de los pulmones y a los demás reconocimientos de que puedan disponer en el país respectivo.

4. El Comité estimó, por consiguiente, que debería pedirse a los gobiernos que tuvieran en cuenta los puntos siguientes :

- a) Convendría que, dondequiera que no se haya establecido todavía, se organizara el examen médico para la indagación de la tuberculosis entre las personas que ingresan en la marina mercante.
- b) El examen debería hacerse extensivo a todo el personal de a bordo, sea cual fuere su grado u ocupación.
- c) El examen debería ser efectuado por médicos designados al efecto por la autoridad u organismo responsable de la organización del sistema.
- d) Convendría evitar por todos los medios que se hagan a la mar los marinos recién ingresados antes de haberse comprobado el resultado negativo del examen de indagación de la tuberculosis.
- e) Debería estimularse a los marinos, mediante una campaña continua de educación sanitaria, a que se sometan a exámenes periódicos.
- f) Convendría prestar atención especial a la readaptación de los marinos aquejados de tuberculosis, para permitirles reanudar el ejercicio de su profesión cuando así convenga o, en otros casos, adaptarse a un empleo apropiado.

3. Botiquines de a bordo

1. El Comité examinó un informe de la OMS sobre esta materia, que comprendía : a) un resumen del estado de la cuestión en diversos países marítimos, basado en informaciones reunidas por la OIT, y b) una serie de recomendaciones de la OMS.

2. El Comité se ocupó especialmente de esta última parte del informe, que fué aprobada con algunas enmiendas. Se decidió recomendar que se sometiera su texto a los gobiernos para que les sirviese de orientación al establecer o revisar la reglamentación sobre botiquines en sus barcos mercantes. En su forma definitiva, esta parte del informe dice así :

1. *Contenido de los botiquines de a bordo*

El contenido de un botiquín dependerá ante todo de si hay o no un médico a bordo. En el primer supuesto, habrá menos motivo para establecer una lista de necesidades mínimas, porque el médico sabrá, sin duda, lo que ha de llevar consigo y, antes de emprender el viaje, reclamará las preparaciones o el material que falten. Aparte de las preparaciones indispensables y corrientes que todos los médicos emplean, como la morfina o la penicilina, los productos elegidos variarán según los casos, ya que con frecuencia varios medicamentos sirven para el mismo fin, y cada médico preferirá utilizar los que mejor conozca. No quiere decir esto que sea inútil establecer una lista de los medicamentos que debe haber en los barcos que lleven un médico a bordo (como la Lista I del Reino Unido), sino que entonces las instrucciones de carácter internacional son menos necesarias. En los países donde no está reglamentado el contenido de los botiquines de los barcos que llevan a bordo un médico, convendrá hacer una revisión de vez en cuando y poner al día los medicamentos y el material.

Cuando los botiquines han de ser utilizados por personal no facultativo, se considera que las instrucciones internacionales están mucho más indicadas. La persona encargada del botiquín en esas condiciones es a menudo incapaz de formular por sí sola una lista de los productos necesarios y, por eso, conviene que se encarguen de hacerlo el armador, por medio de su asesor médico, o el gobierno del país.

2. *Objeto de los botiquines*

En los barcos que no llevan médico, el botiquín tiene una doble finalidad : contener medicamentos que el capitán del barco (o su representante autorizado) pueda utilizar por iniciativa propia en el tratamiento de afecciones leves, y además contener medicamentos que normalmente sólo son administrados por los médicos, pero que el capitán pueda utilizar previa consulta médica por radio.

3. *Normas a que habrá de ajustarse el contenido del botiquín*

Para preparar una lista de medicamentos con fines internacionales, parece lógico basarse en la Farmacopea Internacional. Se ha publicado ya el volumen I ;¹ en el volumen II, cuya aparición en español está prevista para 1956, figurarán monografías de numerosas preparaciones. (Conviene precisar, sin embargo, que la Farmacopea Internacional no está destinada a sustituir a las farmacopeas nacionales.)

¹ Organización Mundial de la Salud (1954), *Pharmacopoea Internationalis*, Ginebra, vol. I

Nunca se insistirá bastante en que los medicamentos que debe contener el botiquín dependen en gran parte de la cartilla de instrucciones médicas que se describe en la sección 8.¹ Cuando no exista una cartilla de esa clase, la inclusión de algunos de los medicamentos mencionados a continuación podría ser peligrosa.

Conviene tener presente que sólo se propone una lista mínima de los medicamentos e instrumentos esenciales de que se deberá disponer en los barcos de cualquier nacionalidad que no lleven médico a bordo. Los artículos precedidos de un asterisco no son esenciales y su inclusión es facultativa.

Las instrucciones sobre el contenido de los botiquines deberán siempre comprender recomendaciones para la conservación de los productos, la separación de los medicamentos peligrosos y la revisión periódica de la lista.

4. Lista mínima de medicamentos propuesta por el Comité

A. Medicamentos que corresponden a las siguientes preparaciones, descritas en la Farmacopea Internacional

a) En el volumen I :

- * Suero antidiftérico
- Suero antitetánico (pequeñas cantidades)
- Tintura de opio (y/o un equivalente)
- Tintura de yodo

b) En el volumen II :

- Agua destilada para inyecciones
- * Inyectables de adrenalina
- * » clorhidrato de procaína
- » morfina
- * » nicetamida
- * » sulfato de atropina
- Comprimidos de ácido acetilsalicílico
- * » ácido ascórbico
- » clorhidrato de efedrina
- » clorhidrato de proguanil (y/o cualquier otro medicamento antipalúdico)
- * » cloruro mercurioso (calomelanos)
- » fosfato de codeína
- » succinilsulfatiazol (o un equivalente)
- » sulfadiazina (o un equivalente)
- » sulfato de anfetamina
- » trinitroglicerina
- Tintura de belladona

B. Otros medicamentos

a) Preparaciones para uso externo :

- Un antiséptico para heridas
- Un desinfectante
- Un insecticida
- Un linimento
- Una loción para las dermatitis agudas
- Un ungüento para las hemorroides

¹ Véase página 10.

* Facultativo

Un ungüento para las tricofitosis, por ejemplo un ungüento a base de ácido benzoico y de ácido salicílico

Una pomada para las inflamaciones cutáneas crónicas, a base de óxido de cinc, por ejemplo

Una preparación para quemaduras

Una solución de benzoato de bencilo para la sarna

* Una caja de preservativos antivenéreos

b) *Preparaciones oftálmicas :*

Un anestésico

Un antiséptico

* Pomada de óxido amarillo de mercurio

c) *Un calmante contra el dolor de muelas*

d) *Preparaciones para uso interno :*

Comprimidos de derivados del ácido barbitúrico : a) de efectos rápidos e hipnóticos ; b) de efectos prolongados y sedantes

Comprimidos de bromhidrato de hioscina (bromhidrato de escopolamina) o un medicamento equivalente contra el mareo

Comprimidos de cloruro de sodio (contra los espasmos musculares de la insolación)

Inyectable de penicilina de acción prolongada : penicilina G procaína de acción reforzada (penicilina G procaína con penicilina cristalizada), PAM (penicilina G procaína en aceite con monoestearato de aluminio) o penicilina G benzatina

* Una preparación antihistamínica

Un medicamento contra la acidez gástrica

Laxantes

e) *Diversos*

Aceite de oliya (o un equivalente)

Un ejemplar de la « Lista internacional de centros portuarios de tratamiento antivenéreo »¹

Fichas individuales para tratamiento antivenéreo²

De la lista que antecede, las tabletas de derivados del ácido barbitúrico y las de fosfato de codeína, los inyectables de morfina y las tinturas de opio y de belladona deberán guardarse bajo llave por el capitán del barco, el cual será asimismo responsable de la custodia de la procaína y de la penicilina.

5. *Cantidades*

Sería difícil determinar las cantidades mínimas suficientes, porque varían según la clase de los viajes que se hagan. La persona encargada del botiquín podrá prever las

* Facultativo

¹ Organización Mundial de la Salud (1951) *International list of venereal-disease treatment centres at ports — Liste internationale des centres de traitement pour maladies vénériennes dans les ports*, Genève

² Véase Organización Mundial de la Salud (1951) *International list of venereal-disease treatment centres at ports — Liste internationale des centres de traitement pour maladies vénériennes dans les ports*, Genève, p. 199.

necesidades con bastante exactitud si tiene alguna experiencia, incluso corta, de la línea marítima de que se trate.

Las cantidades mínimas dependerán principalmente de los tres factores siguientes :

- a) duración del viaje ;
- b) promedio de personas a bordo ;
- c) zonas recorridas, por ejemplo, zonas de paludismo endémico.

Se observará que en muchas listas nacionales se tienen en cuenta estos diversos elementos.

6. *Instrumental quirúrgico, aparatos y equipo*

La formación de una lista mínima detallada del material quirúrgico ofrece dificultades mucho mayores que la de la lista de medicamentos, por las grandes diferencias existentes entre los instrumentos y aparatos utilizados en cada país. Conviene por eso hacerla de una manera general, sin especificar el tipo de los instrumentos y aparatos necesarios. A título de orientación se da la lista siguiente :

- Termómetro
- Jeringuilla hipodérmica y agujas (utilizables tanto para sueros como para otras inyecciones)
- Hilo para suturas y ligaduras (catgut y crin de Florencia)
- Agujas de sutura (y eventualmente un portaagujas)
- Pinzas hemostáticas
- Pinzas para esquirras
- Pinzas de disección
- Bisturí (inoxidable)
- Tijeras para cirugía
- Torniquete
- Escobillón oftálmico
- Lavajos
- Cuentagotas
- Sondas flexibles de caucho de diversos tamaños
- Férulas (tablillas y gotieras)
- Silleta
- Orinal
- Cubeta curva
- Pistero
- Botella de agua caliente
- Camilla (de un modelo que permita transportar a los enfermos de un lugar a otro del buque, por ejemplo, la camilla de Neil-Robertson)
- Tijeras para vendas
- Aplicadores de madera
- Vendajes
- Gasa
- Algodón hidrófilo
- Esparadráp
- Vendas elásticas adhesivas
- * Vendajes enyesados

7. *Organización de la inspección*

La inspección periódica eficaz de los botiquines tiene importancia. Las disposiciones que conviene tomar a ese respecto variarán según los países, pero, por regla general,

* Facultativo

deberá encargarse de ella o bien un farmacéutico, o bien un inspector o un médico designados por el gobierno.

8. *Cartilla de instrucciones médicas*

Los siguientes países han publicado una cartilla oficial de instrucciones médicas para el empleo del botiquín: Bélgica, Dinamarca, Estados Unidos de América, Finlandia, Francia, Islandia, Noruega, Países Bajos, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, y Suecia. La más difundida es la del Reino Unido,¹ ya que la emplean, además de la marina mercante nacional, las de Australia, Canadá, Ceilán, India, Irak, Irlanda, Nueva Zelanda, Pakistán y la Unión Sudafricana.

Las cartillas pueden ser de dos clases: 1) un trabajo detallado, como en el Reino Unido, Noruega o Estados Unidos de América, o 2) una guía elemental para utilizar el botiquín, como en Bélgica.

Para que el capitán del barco pueda prestar la necesaria asistencia a su tripulación, es preciso completar la guía elemental con manuales de primeros auxilios, enfermería e higiene. Como los manuales ordinarios destinados a enfermeras y auxiliares en tierra no se ajustan a las condiciones especiales que existen a bordo, es muy conveniente que todos los países que tengan buques dedicados a la navegación de altura dispongan de un manual completo de instrucciones en el idioma del país.

Conviene tener presente que los países marítimos de lengua inglesa disponen ya de trabajos excelentes que, a juicio del Comité, merecerían ser tomados en consideración por aquellos otros países que se proponen preparar o revisar sus propias cartillas de instrucciones médicas.

4. Prevención y tratamiento de las enfermedades venéreas en los medios marítimos

1. El Comité examinó un informe preparado por la OMS sobre el asunto,² y que, entre otras cosas, contenía informaciones recientes sobre el Acuerdo de Bruselas, la Comisión Internacional Antivenérea del Rin y el Centro de Demostraciones Antivenéreas de Rotterdam.

Después de debatir los numerosos aspectos del problema, el Comité recomendó que se señalaran a la atención de los gobiernos los puntos siguientes:

- a) Uno de los métodos que habrán de contribuir a combatir las enfermedades venéreas es la indagación epidemiológica de los contactos y el tratamiento de los contactos infectados. El Comité no ignora que las prácticas nacionales varían a ese respecto y que es sumamente difícil conseguir informaciones fidedignas sobre los marinos que han hecho escala en puertos extranjeros. No obstante, sea cual fuere la insuficiencia de los datos recogidos, un intento de indagación y notificación internacional de los contactos es preferible a la inacción.

¹ Great Britain, Ministry of Transport (1952) *The ship captain's medical guide*, 19th ed., London

² Resumido en el Anexo (véase página 12).

b) Del informe presentado al Comité se desprende que muchos dispensarios de puerto no aplican los últimos adelantos en el tratamiento de las enfermedades venéreas. Será necesario preocuparse seriamente de esta cuestión e introducir en los dispensarios los métodos más recientes.

2. El Comité, al examinar el informe presentado por la OMS, observó que el Comité de Expertos en Enfermedades Venéreas y Treponematosis había recomendado que, al mismo tiempo que se hiciera la revisión de la « Lista internacional de centros portuarios de tratamiento antivenéreo », se preparase un informe sobre los aspectos epidemiológicos, terapéuticos, serológicos y otros de la lucha antivenérea en los medios marítimos y se sometiera al examen de un grupo especial de estudios, convocado al efecto por la OMS, y al del Comité Mixto OIT/OMS de Higiene de los Marineros.¹

3. El Comité expresó la esperanza de que en el informe previsto se estudiara también, en colaboración con la OIT, las posibilidades de empleo que puede tener un marino durante el tratamiento y después del mismo.

El Comité aprobó la sugestión de que el informe contenga recomendaciones relativas a un sistema modelo de prácticas de diagnóstico, de tratamiento y de otras medidas de prevención de la sífilis y demás enfermedades venéreas, y a la inclusión de un reconocimiento especial para la indagación de dichas infecciones en los programas de exámenes periódicos de los marinos.

5. Programa de actividades futuras

El Comité examinó los diversos asuntos que pudieran ser debatidos en su próxima reunión.

Se reconoció unánimemente que uno de los fines principales del Comité es lograr que todos los marinos, en cualquier puerto del mundo, encuentren a su disposición servicios médicos competentes y económicos. En consecuencia, el Comité decidió incluir los siguientes puntos en el orden del día de su próxima reunión :

- 1) Servicios médicos para marinos extranjeros
 - a) Hospitalización (aspectos médico y económico de la cuestión)
 - b) Dispensarios en los puertos y formación del personal médico y auxiliar correspondiente
- 2) Fichero médico y notificaciones

Se rogó a la OMS que prepare informes sobre ambas cuestiones, previa consulta con la OIT cuando proceda.

¹ *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.*, 1953, 63, 40 (sección 6) ; *Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, 1953, 63, 37 (sección 6)

Anexo

LA LUCHA ANTIVENÉREA EN LOS MEDIOS MARÍTIMOS *

Las enfermedades venéreas entre la gente de mar

La definición de las enfermedades venéreas comprendía anteriormente la sífilis, la blenorragia, el chancro blando, el linfogranuloma venéreo (enfermedad de Nicolas-Favre) y el granuloma inguinal (donovanosis). Se ha observado, sin embargo, recientemente un aumento en la frecuencia de la uretritis no gonocócica en los países marítimos¹ y en otros países, y el Comité de Expertos de la OMS en Enfermedades Venéreas y Treponematosis que se reunió en 1952 incluyó esta afección entre las enfermedades venéreas importantes desde el punto de vista internacional.² Como el caso puede interesar a varios países que deben definir las enfermedades venéreas en su legislación sanitaria marítima, acaso estime conveniente el Comité Mixto estudiar este aspecto de la cuestión.

El análisis del problema de las enfermedades venéreas durante los últimos años indica que, desde la Segunda Guerra Mundial, se ha registrado una regresión general en ciertas regiones del mundo: Europa, Australia y las Américas. Esta regresión en muchos casos ha sido más sensible en las zonas del interior que en los puertos, y entre la población establecida de los grandes puertos que entre la gente de mar. Las enfermedades venéreas siguen planteando, por otra parte, un grave problema de salud pública en muchos puertos de las regiones poco desarrolladas, durante un período en que las tripulaciones y el tonelaje de la marina mercante han aumentado alrededor de un 10 % desde 1946 y el comercio marítimo en general se ha intensificado a consecuencia de los programas nacionales de expansión económica e industrial, a menudo emprendidos con ayuda de organizaciones internacionales.

En el cuadro I se recogen datos sobre el número de casos de enfermedades venéreas, diagnosticados durante los últimos años entre los marinos en ciertos puertos.

* Resumen del documento de trabajo preparado por la OMS.

¹ Véase *Brit. J. vener. Dis.*, 1952, **28**, 105.

² *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.*, 1953, **63**, 41; *Wld Hlth Org. techn. rep. Ser.*, 1953, **63**, 37

**CUADRO I. CASOS DE ENFERMEDADES VENÉREAS
DIAGNOSTICADOS EN LOS MARINOS EN CIERTOS PUERTOS, 1946-1952**

	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952 *
Hong Kong							
Casos de enfermedades venéreas :							
Blenorragia			108	101	72	67	
Sífilis precoz			65	91	52	10	
Otras formas de sífilis			72	59	80	39	
Otras enfermedades venéreas			124	250	142	52	
Total			369	501	346	168	
Osaka (Japón)							
Casos de enfermedades venéreas :							
Blenorragia						2 196	
Sífilis precoz						1 912	
Otras enfermedades venéreas						496	
Total						4 604	
Puerto Adelaida (Australia)							
Número de marinos examinados	131	240	198	164	175	302	125
Casos de enfermedades venéreas :							
Blenorragia	17	42	36	14	13	23	9
Sífilis precoz	19	20	21	13	15	18	14
Otras formas de sífilis							
Otras enfermedades venéreas	4	6	5	8	14	15	3
Total	40	68	62	35	42	56	26
Puerto España (Trinidad)							
Número de marinos examinados	25 762	32 005	31 450	28 865	17 854	21 667	13 367
Casos de enfermedades venéreas :							
Blenorragia	2 827	6 238	7 244	4 290	3 446	3 740	1 849
Sífilis precoz	222	277	270	211	183	113	101
Otras formas de sífilis	2 654	2 348	2 382	2 460	1 296	1 287	468
Chancro blando	290	363	324	282	95	192	54
Otras enfermedades venéreas	341	390	284	196	103	151	119
Total	6 334	9 616	10 504	7 439	5 123	5 483	2 591
Aberdeen (Escocia)							
Número de marinos examinados	161	186	281	210	129	135	34
Casos de enfermedades venéreas :							
Blenorragia	54	69	96	66	37	38	8
Sífilis precoz	20	33	51	24	9	10	1
Otras formas de sífilis	3	6	8	11	5	7	1
Otras enfermedades venéreas	4	7	13	12	6	—	—
Total	81	115	168	113	57	55	10
Helsinki (Finlandia)							
Casos de enfermedades venéreas :							
Blenorragia		159	234	195	238	145	62
Sífilis precoz	2	22	23	11	10	4	1
Total	2	181	257	206	248	149	63
Marsella (Francia)							
Número de marinos examinados	11 754	11 818	11 228	10 488	9 073	7 266	7 788
Casos de enfermedades venéreas :							
Blenorragia	260	188	136	167	194	163	158
Sífilis precoz	106	75	59	24	25	17	16
Otras formas de sífilis	162	99	72	30	24	42	36
Otras enfermedades venéreas	45	38	26	19	16	11	13
Total	573	400	293	240	259	233	223

* Cifras incompletas

Actividades internacionales de la OMS

Desde 1949, la OMS ha participado en las siguientes actividades de lucha antivenérea entre la gente de mar :

1. *Dispensario de Higiene Social de Karachi (Pakistán)*

Se ha facilitado asistencia técnica a este dispensario para la creación de un centro y un laboratorio antivenéreos que presten servicios a la ciudad y al puerto de Karachi.

2. *Continuación de los trabajos preparatorios para la proyectada revisión del Acuerdo de Bruselas relativo al tratamiento de la gente de mar en los puertos*

3. *Comisión Internacional Antivenérea del Rin*

4. *Centro de Demostraciones Antivenéreas de Rotterdam*

(Esas actividades se han analizado en el documento que se resume en el presente anexo.)

5. *Métodos de diagnóstico y de tratamiento*

1) *Dispensarios de puerto*

El Comité Mixto OIT/OMS de Higiene de los Marineros recomendó, en su primera reunión, que, al revisar la « Lista internacional de centros portuarios de tratamiento antivenéreo », se estudiaran los métodos de diagnóstico y de tratamiento que actualmente se aplican en distintos puertos del mundo.¹ Se tiene intención de revisar dicha lista en 1954/55 y de proseguir los estudios.

Por su parte, el Centro de Demostraciones de Rotterdam, para hacer un sondeo sobre la mejor manera de reunir esa información y para recoger al propio tiempo datos que permitieran ya formarse una idea del estado presente de las prácticas seguidas en la materia, envió cuestionarios sobre diversos problemas planteados por las enfermedades venéreas entre la gente de mar a una serie de dispensarios de puerto y de venereólogos de diversas partes del mundo. El estudio de 182 respuestas procedentes de 52 países, que constituyen una muestra de un 30 %, permite hacer las siguientes observaciones sobre la sífilis :

a) El 20 % de los dispensarios de puerto carecen de microscopio con fondo negro ; los métodos utilizados para el serodiagnóstico de la sífilis

¹ *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.*, 1950, 20, 8 ; *Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, 1950, 20, 6

son muy variados (23 en total). En el 65 % de los dispensarios se necesitan más de 48 horas para obtener el resultado de las pruebas serológicas.

b) El 16 % de los dispensarios de puerto emplean exclusivamente la penicilina en el tratamiento de la sífilis precoz ; el 5 % emplean exclusivamente arsenicales y bismuto. Muchos de los dispensarios dan tratamiento de larga duración, asociando la penicilinoterapia con la metaloterapia ; los preparados de penicilina de acción prolongada (PAM) sólo se utilizan en algunos dispensarios, y rara vez se aplica un tratamiento rápido e intensivo con una fuerte « dosis de seguridad » inicial (dosis epidemiológica).

En el presente documento no se tratará de los datos de laboratorio, pero conviene señalar que las observaciones sobre prácticas terapéuticas en los puertos ofrecen gran interés, puesto que muestran un marcado contraste con los resultados de una reciente encuesta de la OMS (1953) sobre los métodos terapéuticos aplicados por una selección representativa de destacados venereólogos en 294 dispensarios antivenéreos centrales (universitarios o de otra clase) del mundo entero. Más del 70 % de los que respondieron a dicha encuesta aplicaban solamente penicilina en preparados de acción prolongada (PAM) para la sífilis precoz, y muchos administraban una fuerte dosis inicial de penicilina, aprovechando así plenamente la actividad curativa especial de las preparaciones de PAM. Esa encuesta confirmó una tendencia observada ya el año 1949, en la tercera reunión del Comité de Expertos en Enfermedades Venéreas,¹ que dió motivo a la siguiente recomendación, formulada en 1952 por el Comité de Expertos en Enfermedades Venéreas y Treponematosis : « Para el tratamiento de casos individuales en los dispensarios, debe administrarse a los enfermos afectados por sífilis venérea contagiosa precoz una fuerte dosis inicial de PAM (« dosis de seguridad ») el mismo día que se establezca el diagnóstico, para conseguir que el tratamiento sea eficaz aunque el paciente no vuelva a presentarse en el dispensario. »²

Si el mencionado estudio sobre los métodos terapéuticos empleados en una cierta proporción de los dispensarios de puerto refleja con fidelidad la situación de conjunto, pudieran justificarse las siguientes consideraciones :

a) Existe a menudo una diferencia apreciable entre las prácticas de los dispensarios antivenéreos de puerto y las de los dispensarios antivenéreos centrales (universitarios o de otra clase).

¹ *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.*, 1950, 13, 21 ; *Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, 1953, 13, 19

² *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.*, 1953, 63, 43 ; *Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, 1953, 63, 39

b) Son muchos los dispensarios de puerto que todavía no aprovechan los métodos modernos de tratamiento antisifilítico intensivo, basados en las preparaciones no tóxicas de acción prolongada (PAM), que están muy indicadas para la gente de mar por el carácter esencialmente viajero de su profesión.

Los nuevos métodos de sifiloterapia han tenido importantes consecuencias directas e indirectas, ya que el coste de la penicilina por paciente tratado es de un 15 a un 20 % inferior al coste de la metaloterapia y permite, además, someter al paciente a un tratamiento ambulatorio que no dura más que unos días en lugar de unas semanas o unos meses como sucedía antes. El total del costo por paciente tratado es también menor para los dispensarios, puesto que se necesitan menos visitas. Los métodos varían; pero en la marina mercante y en la marina de guerra de algunos países los casos de sífilis precoz se someten actualmente a tratamiento ambulatorio y no se obliga al paciente a permanecer a bordo más que muy pocos días, puesto que la contagiosidad desaparece totalmente entre las 24 y las 48 horas siguientes y los efectos secundarios de la penicilina son raros y mucho menos graves que los que produce la metaloterapia. Las ausencias y las pérdidas de días de servicio en los puertos han disminuído sensiblemente; el restablecimiento y el regreso de los marinos a bordo serán, en todo caso, más rápidos, gracias a la introducción del tratamiento acelerado con preparados de penicilina de acción prolongada. El Comité de Expertos en Enfermedades Venéreas y Treponematosis ha resumido esa situación en los siguientes términos: « Como consecuencia de las investigaciones llevadas a cabo sobre el tratamiento acelerado de la sífilis... con penicilina, se ha reducido el período durante el cual los marinos están inhabilitados en tierra y ha aumentado notablemente su capacidad de trabajo. La introducción del PAM representa, por consiguiente, un beneficio económico directo para la gente de mar, los armadores y los gobiernos. »¹

Las observaciones preliminares de la encuesta del Centro de Demos-traciones de Rotterdam parecen indicar que, desde el punto de vista de la salud pública en los medios marítimos, sería muy deseable extender la aplicación de métodos modernos de sifiloterapia, y convendría fomentar nuevos esfuerzos nacionales e internacionales para racionalizar y unificar los métodos aplicados en los puertos.

2) Tratamiento a bordo

Como el tratamiento de las enfermedades venéreas se ha simplificado mucho, es cada vez más frecuente que el personal no facultativo administre un tratamiento de urgencia a bordo sin comprobar el diagnóstico, cuando los síntomas aparecen durante el viaje. Esta práctica se ve facilitada por el

¹ *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.*, 1953, 63, 39; *Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, 1953, 63, 36

hecho de llevar a bordo reservas de penicilina destinadas a muchos casos de infección. En algunos países, el manual médico de a bordo autoriza el tratamiento del flujo uretral (blenorragia), pero, en la mayor parte de los casos, las ulceraciones de pene no deberán ser diagnosticadas y tratadas hasta la llegada a un puerto, salvo cuando se disponga a bordo de un médico o de personal auxiliar calificado. Los procedimientos recomendados varían, sin embargo, entre las diferentes naciones marítimas, y el Comité de Expertos de la OMS consideró que, en atención a la importancia que tienen para la salud de la gente de mar los exámenes médicos y la vigilancia ulterior, todos los pacientes que presentasen ulceraciones de pene o blenorragia en el curso de un viaje deberían ser enviados, en el primer puerto de escala, a la consulta de un dispensario antivenéreo o de un médico calificado.

6. *Profilaxis*

En los países de habla inglesa existen, al parecer, diferencias en la definición de los términos *prophylaxis*, *prevention*, etc., y contribuye a complicar el problema el significado más amplio que suele darse a esas palabras en francés y en español. El presente documento emplea dichos términos en el siguiente sentido :

Profilaxis : medidas anteriores a la exposición al riesgo, destinadas a prevenir la posible transmisión de la infección venérea por un acto sexual ulterior.

Prevención : medidas posteriores al acto sexual destinadas a evitar que una infección venérea eventualmente transmitida se establezca en el sujeto. Estas medidas comprenden medios químicos, mecánicos y de otro orden.

Por *tratamiento profiláctico* se entiende el empleo de tabletas o inyecciones administradas con anterioridad al acto sexual para proteger al que esté expuesto al contagio venéreo (« tratamiento anterior al riesgo »).

Por *tratamiento preventivo*, llamado también por algunos *abortivo*, se entiende el mismo tratamiento después de la cópula, en el período en que puede estar incubando la enfermedad.

El Comité recomendó en su primera reunión que la OMS, teniendo en cuenta los conocimientos más recientes, estudiara la cuestión del suministro y la composición de « estuches individuales » y de otros medios profilácticos que pudieran ponerse a la disposición de los marinos, y que reuniera información sobre el asunto para estudiarla en una reunión ulterior del Comité.¹ La encuesta efectuada por la OMS acerca del contenido de los botiquines de a bordo no ha aportado ningún dato importante sobre este particular ;

¹ *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.*, 1950, 20, 9 (sección 1.2) ; *Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, 1950, 20, 8 (sección 1.2)

y la que ha realizado el Centro de Demostraciones de Rotterdam no permite formular conclusiones a propósito de los medios profilácticos o preventivos de que se dispone en los grandes puertos, aun sin desconocer los recientes adelantos registrados en materia de tratamiento profiláctico y preventivo.

Se ha demostrado la eficacia de varios antibióticos tanto en la protección y prevención como en el tratamiento de las enfermedades venéreas. La aureomicina, por ejemplo, es útil en mayor o menor grado para todas las enfermedades venéreas comunes, pero es demasiado cara para que pueda extenderse su empleo. La penicilina, eficaz contra la sífilis y la blenorragia, sigue siendo el antibiótico más barato y activo. En el cuadro II se indica el grado de su utilidad cuando se administra en tabletas o en inyecciones intramusculares, lo mismo en los tratamientos profilácticos o preventivos que en los curativos.

CUADRO II. EFICACIA DE LA PENICILINA DE ACCION PROLONGADA (PAM) EN LOS TRATAMIENTOS PROFILACTICO, PREVENTIVO Y CURATIVO DE LA SIFILIS Y DE LA BLENORRAGIA

Modo de administración	Tratamiento profiláctico		Tratamiento preventivo (abortivo)		Tratamiento curativo	
	Anterior a la cópula		Posterior a la cópula (período de incubación)		Enfermedad declarada	
	Sífilis	Blenorragia	Sífilis	Blenorragia	Sífilis	Blenorragia
Tabletas de acción prolongada . . .	Dudoso	Eficaz	Dudoso	Eficaz	Dudoso	Eficaz
Inyecciones intramusculares . . .	Dudoso	Eficaz	Eficaz	Eficaz	Eficaz	Eficaz

Ya en 1948, Eagle y col.¹ pusieron de manifiesto que el empleo de tabletas de penicilina a título preventivo unas cuantas horas después del acto había reducido la incidencia de la blenorragia de 508 a 105 casos al año por 1000 personas o, en una proporción más expresiva, de 11,9 a 1,8 casos por cada 1000 «permisos en tierra», tomando como base de cálculo un número considerable de marinos. Campbell y col.² demostraron más tarde que el tratamiento era eficaz, incluso aplicándolo quince horas después de la cópula. Babione y col.³ en 1952, después de realizar durante tres años ensayos en gran escala en la Armada de los Estados Unidos de

¹ Eagle, H. et al. (1948) *Publ. Hlth Rep. (Wash.)*, **63**, 1411

² Campbell, V. W. H., Dougherty, W. J. & Curtis, C. E. (1949) *Amer. J. Syph.*, **33**, 437

³ Babione, R. W., Hedgecock, L. E. & Ray, J. P. (1952) *U.S. armed Forces med. J.*, **3**, 973

América, recomendaron que se aplicara sistemáticamente el procedimiento en las zonas de elevada frecuencia de blenorragia, a condición de que se explicaran con claridad las limitaciones del método. Fúndase evidentemente esa reserva en la necesidad de realizar cuidadosas y prolongadas observaciones bajo vigilancia médica para investigar diversas cuestiones tales como : la posibilidad de que la dosis de penicilina administrada pueda alterar la evolución de una sífilis contraída simultáneamente ; las reacciones secundarias que pueda provocar el uso frecuente de antibióticos por vía bucal, y la posibilidad de que aparezca la resistencia de los gonococos a la penicilina. Hasta ahora no se ha observado ningún indicio de que el método altere u oculte la evolución de una sífilis primaria o secundaria en las personas que no llega a proteger ; tampoco se ha observado aumento en la frecuencia de la sífilis latente ; en cuanto a la reacción a la penicilina, se ha comprobado que la proporción era inferior a un caso por cada 1000 tratamientos en un gran número de marinos de la Armada norteamericana (23 544 hombres) a los cuales se habían administrado 500 000 unidades por vía bucal,¹ y, por último, no se han descubierto indicios de resistencia de los gonococos a la penicilina².

Todavía no se han publicado informaciones sobre la sífilis acerca del efecto profiláctico de las tabletas de penicilina, administradas antes del acto. Es indudable, sin embargo, que el grado de protección contra la sífilis y la blenorragia depende de la concentración de penicilina en la sangre y en los tejidos en el momento de la cópula y de la duración ulterior de la penicilinemia, factores que, por razones diversas, son mucho más variables antes del acto sexual que después. Las mismas consideraciones pueden aplicarse a las inyecciones de penicilina administradas antes de la exposición al contagio. Además de no ser práctico, tiene este último procedimiento el inconveniente de que en general debería ser aplicado bajo vigilancia médica.

El Comité de Expertos en Enfermedades Venéreas y Treponematosis indicó, después de haber estudiado la cuestión, que no creía oportuno entre la gente de mar el empleo sistemático de la penicilina con fines profilácticos o preventivos, por vía bucal o en inyecciones.³ Dado el costo muy elevado — en relación con el número de casos efectivamente evitados — del empleo generalizado de las tabletas de penicilina con fines preventivos, puede llegarse a la conclusión de que, en la actualidad, se debería limitar el método a ciertos grupos especiales sometidos a vigilancia médica, en zonas donde sea muy alta la prevalencia de las enfermedades venéreas.

¹ White, C. B. (1953) *U.S. armed Forces med. J.*, 4, 1606

² Babione, R. W., Hedgecock, L. E. & Ray, J. P. (1952) *U.S. armed Forces med. J.*, 3, 973

³ *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.*, 1953, 63, 40 ; *Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, 1953, 63, 36

