

EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

(Continuación)

6a. *Epidemiología estadística:*

- (a) Frecuencia.—Muy frecuente, probablemente de 80 a 90 por ciento de todas las personas que llegan a los 20 años, han tenido un ataque.
- (b) Distribución por sexo y edad.—Más frecuente a las edades de 5 a 9 y 10 a 14 años; 75 a 80 por ciento de los casos tienen lugar antes de los 15 años. Las notificaciones sólo revelan 15 a 20 por ciento en menores de 5 años; pero esto probablemente es inexacto, por no ser tan bien denunciados esos casos como los de niños mayores. La distribución por edades también varía según el tamaño de la comunidad, la situación económica de la familia, la presencia de niños no inmunes mayores en la familia, etc. Durante la infancia, se afectan más los varones que las mujeres; en la vida adulta sucede lo contrario.
- (c) Distribución étnica.—La enfermedad ataca a todas las razas. La mayor mortalidad notada entre los negros y los indios, se debe con toda probabilidad a sus hábitos, y a insuficiente asistencia médica y enfermeril, más bien que a hipersusceptibilidad inherente.
- (d) Distribución geográfica.—Todas las partes del mundo; sin embargo, los sitios remotos pueden ser atacados más raramente.
- (e) Distribución estacional.—Puede haber brotes en cualquiera época del año, pero más raramente en el verano.
- (f) Distribución cíclica.—Aparece característicamente en epidemias, cuya frecuencia en cualquier comunidad dada depende toscamente de: (1) proximidad a un gran centro de población; (2) tamaño (más frecuente mientras mayor); (3) facilidad de comunicaciones con otros sitios. También intervienen otros factores menos tangibles, pero, en conjunto, la frecuencia de las epidemias depende de: (1) intervalo necesario para conseguir un número o concentración suficiente de susceptibles; y (2) facilidad con que pueda introducirse la infección.
- (g) Morboletalidad.—La mortalidad para todos los atacados, probablemente no excede de 3 ó 4 por 1,000 casos, pero varía mucho, según la edad, estado físico, y condiciones sociales y medio ambiente. Se han notado mortalidades hasta de 35 por ciento en los brotes en los asilos de lactantes, debido a aumentar el riesgo habitual en los pequeños la frecuencia del raquitismo y otras formas de desnutrición, el hacinamiento, y la insuficiente asistencia enfermeril e higiénica. En cualquier forma que intervengan esos factores en la vida comunal, sirven para acrecentar la mortalidad. Los coeficientes de mortalidad por edades probablemente se aproximan a 30-50 por 1,000 casos en menores de un año; 15-30 a la edad de un año; y 10-15 por 1,000 a los 2 años. De los 5 a los 14 años, probablemente no es de más de 1 ó 2 por 1,000 casos, aumentando gradualmente en la vida adulta hasta aproximarse a las cifras de la primera infancia en la vejez.

7. *Medidas administrativas:*

- (a) Investigación de la fuente de infección.—Portadores: No se sabe que existan.
- Denuncia: Debe hacerse todo lo posible para conseguir una notificación completa y descubrir los susceptibles cuyo estado físico haría más peligrosa la infección.

- (b) Aislamiento.—El aislamiento es primordialmente para beneficio del enfermo (para mermar el contacto general y la probabilidad de las infecciones secundarias), salvo en los establecimientos donde atienden a niños pequeños o defectuosos. El aislamiento desde el mismo principio, o antes, puede proteger a los pequeños. Sin embargo, probablemente es más fácil aislar a los menores de 2 años a fin de impedir el contacto con los mayores que se han expuesto positiva o probablemente a la infección. En los hospitales e instituciones hay que aislar rígidamente los casos complicados.
- (c) Cuarentena.—La cuarentena de las viviendas y contactos desalienta la notificación, por los inconvenientes y molestias que acarrea. Como en esas circunstancias quedan sin denunciar un gran número de casos, la costumbre no afecta la proporción de casos o la propagación. La cuarentena de los establecimientos de niños pequeños y de las salas expuestas en ellos, resulta de alguna utilidad. Las salas que albergan niños muy pequeños deben ser rígidamente cuarentenadas al aparecer el sarampión en el establecimiento.

Los carteles, lo mismo que la cuarentena, desalientan la notificación, y no ejercen efecto apreciable sobre la propagación. Puede ponerse sobre aviso a los vecinos de un modo mucho mejor, haciendo visitas a las madres del vecindario, e indicándoles la presencia de la enfermedad, el modo de reconocerla; su peligro, en particular para los niños pequeños; la conveniencia de denunciarla; y la necesidad de adecuada asistencia médica y enfermeril.

- (d) Inmunización.—Activa: Ninguna. Pasiva: Puede otorgarse inmunidad pasiva que dura algunas semanas (quizás hasta cuatro), mediante la inyección de suero de convaleciente o de sangre íntegra de sujetos inmunes. Dosis del primero, 4-10 cc; de la última, 20-50 cc, según el tamaño. Puede utilizarse sangre íntegra citratada, pero debe aumentarse la dosis en 20 por ciento. Si es posible, debe mezclarse la sangre de varias personas, a fin de obtener una potencia media. Debe administrarse dentro de cinco días de exposición con fin profiláctico, o en el quinto o sexto con fin atenuante. Los datos son, en general, favorables, pero en varios brotes en establecimientos el método no ha protegido ni atenuado.

Profilaxia inespecífica.—La prevención y curación del raquitismo, desnutrición, etc., merma la frecuencia de las complicaciones y las muertes.

- (e) Desinfección concurrente.—Fuera de la exigida por consideraciones estéticas, la desinfección no posee valor tangible, salvo en las instituciones, y salvo la necesaria para impedir la transmisión por medio de asistentes médicos y enfermeras.
- (f) Desinfección terminal.—Ninguna.

8. *Medidas especiales.*—Estas deben encaminarse primordialmente a reducir la mortalidad. Los lactantes de los asilos deben ser mantenidos en el mejor estado posible, concediéndose atención particular a la prevención y curación del raquitismo. En efecto, esas instituciones deben ser cuarentenadas durante los brotes cercanos, y si son invadidas, hay que conceder atención especial a los atacados. A los menores de 3 años debe administrárseles suero de convaleciente, o de no haberlo, sangre citratada o suero de los adultos que han padecido del sarampión, si lo hay, pero sin atenerse a eso solamente. Un suero potente suele modificar o impedir la enfermedad. En la comunidad en conjunto, deben emplearse más enfermeras. Hay que investigar los casos para averiguar los contactos en menores

de 3 años en la familia, de modo que pueda enseñarse a los padres el marcado peligro que encierra el sarampión para esos niños, y demostrarles el mejor modo de disponer la asistencia de los ya enfermos y de los que probablemente se enfermarán después. También debe visitarse y aconsejarse a las familias del vecindario que tienen niños de esa edad tierna, o físicamente impedidos, haciéndose esfuerzos para fortalecerlos físicamente si son poco resistentes. Debe haber a mano suero de convaleciente para empleo en casos apropiados. A los indigentes debe facilitárseles asistencia médica y enfermeril suficientes y, en circunstancias excepcionales, hospitalización. Los enfermos deben ser aislados para su propio resguardo.

Sarna

1. *Agente etiológico*.—El ácaro de la sarna, *Acarus scabiei*.
2. *Pautas de diagnóstico*:
 - (a) Clínicas.—Reconocimiento de surcos interdigitales.
 - (b) De laboratorio.—Hallazgo microscópico del ácaro.
3. *Fuente de infección*.—Lesiones de la piel de los sujetos infestados.
4. *Modo de transmisión*.—Contacto directo con un sujeto infestado, u ocupación de un lecho previamente ocupado por un individuo infestado sin cambiar la ropa de cama; también, por la ropa interior, guantes, etc., que albergan el ácaro de la sarna.
5. *Período de incubación*.—Todo el tiempo de infestación.
6. *Transmisibilidad*.—Período—Mientras resten ácaros vivos.
7. *Medidas administrativas*:
 - (a) Investigación de la fuente de infección.
 - (b) Aislamiento.—Ninguno.
 - (c) Cuarentena.—Ninguna.
 - (d) Terapéutica específica.—Ninguna.
 - (e) Inmunización.—Ninguna.
 - (f) Desinfección concurrente.—De la ropa de cama, ropa interior, guantes, etc.
 - (g) Desinfección terminal.—Ninguna.
8. *Medidas especiales*:
 - (a) Aseo personal, aparatos eficaces de resguardo, y tratamiento médico adecuado.
 - (b) Todos los miembros de la familia deben ser desembarazados de la infestación. Las enfermeras resultan en particular útiles para hacer llegar hasta la familia las medidas de control, y atender a que se cumplan en los niños de escuela y otros miembros de la familia que estén infestados.
 - (c) Exclusión de la escuela hasta tanto se aplique el tratamiento adecuado.

Septicemia Puerperal

1. *Agente etiológico*.—Estreptococo, gonococo, y todas las demás bacterias que pueden infectar las heridas.
2. *Pautas de diagnóstico*:
 - (a) Clínicas.—Fiebre durante el puerperio, que no cabe atribuir a ninguna enfermedad definitiva existente.
 - (b) De laboratorio.—Cultivo de las bacterias causantes en los loquios uterinos o la sangre.

3. *Fuente de infección.*—Cualquier foco infeccioso en la enferma misma o los asistentes, del cual puedan transferir material infeccioso las manos del médico, la enfermera o la paciente, o los instrumentos, apósitos, agua del baño, material de las suturas, secreciones nasales o faríngeas del médico, la enfermera o asistente, y en particular las manos del médico o la enfermera o focos infecciosos en el conducto genital de la enferma. Aumentan la susceptibilidad a la infección toda hemorragia, toxemia o agotamiento, conducto genital muy lesionado, ruptura temprana de las membranas, retención de partes de la placenta o membranas, o coágulos sanguíneos.

4. *Modo de transmisión.*—Infección del conducto genital en cualquier momento durante el parto, o después.

5. *Periodo de incubación.*—Uno a cinco días; más a menudo dentro de tres días.

6. *Medidas administrativas:*

(a) Investigación de las fuentes de infección.

(b) Aislamiento.—Riguroso de la paciente infectada y su enfermera.

(c) Terapéutica específica.—Ninguna.

(d) Profilaxia:

(1) Asepsia absoluta durante el parto. Conservación de las membranas hasta lo más tarde posible en el trabajo.

(2) Examen rectal y palpación abdominal, en vez de exámenes vaginales.

(3) Evitar los baños en tinas y el contacto sexual a fines del embarazo.

(4) Eliminación de los focos infecciosos de la vulva o vagina de la enferma.

(5) En caso de gonococia, tratamiento prenatal, precauciones especiales durante el parto en cuanto a lesiones del conducto genital, y cuidado del niño (atención postnatal especial a los ojos de la criatura en esos casos).

(6) Educación y vigilancia de las obstetrices.

(e) Desinfección concurrente.—De todas las excreciones probablemente infecciosas.

(f) Desinfección terminal.—Ninguna.

Sífilis

(Lúca)

1. *Agente etiológico.*—*Treponema pallidum.*

2. *Pautas de diagnóstico.*—(a) Síntomas clínicos confirmados por (b) el examen microscópico de las secreciones y por las serorreacciones.

3. *Fuente de infección.*—Secreciones de las lesiones de la piel y de las mucosas y la sangre de las personas infectadas, y artículos recién contaminados con secreciones o sangre que contengan el *Treponema pallidum.*

4. *Modo de transmisión:*

(a) Principalmente, contacto sexual.

(b) Osculación u otro contacto directo con lesiones húmedas.

(c) Accidentes quirúrgicos o técnicos.

(d) Congenitalmente, de la madre sífilítica, a través de la placenta. Esta constituye la fuente principal de la sífilis infantil.

5. *Periodo de incubación.*—Mínimo, diez días; promedio, dos a cuatro semanas, ocasionalmente, seis semanas o más.

6. *Transmisibilidad:*

- (a) Período y grado.—Todo el tiempo que las lesiones permanezcan abiertas en la piel o en las mucosas en cualquier período de la enfermedad. El grado de transmisibilidad es elevado si hay contacto directo con lesiones húmedas.
- (b) Inmunidad.—Ninguna.

6a. *Epidemiología estadística.*—Del total de defunciones debidas a sífilis en los Estados Unidos en los años 1926, 1927 y 1928, 24.5 por ciento fueron en menores de 20 años, y 19.2 por ciento en menores de un año. Estas cifras indican la necesidad del tratamiento temprano de las madres infectadas, así como de los lactantes infectados. Entre las muertes por enfermedades transmisibles durante esos tres años en menores de 20 años, la sífilis ocupó el undécimo puesto en la lista.

7. *Medidas administrativas:*

- (a) Investigación de las fuentes de infección.—(1) Portadores: no existen, en la acepción corriente del término, pero una gestante con sífilis latente puede transmitir la infección al feto en el útero, lo cual impone la comprobación de todas las embarazadas, y el tratamiento antisifilítico si se halla indicado. Debe alentarse el tratamiento de las gestantes infectadas antes de terminar el quinto mes del embarazo. (2) Denuncia: de los casos por el médico, dando el nombre del enfermo si suspende el tratamiento o expone a otros a la infección.
- (b) Aislamiento.—Indispensable para todo enfermo que se niegue a cooperar, hasta que sanen las lesiones superficiales.
- (c) Terapéutica específica.—Salvarsán y sus variantes, bismuto y mercurio; triparsamida y piretoterapia en la neurosífilis.
- (d) Profilaxia.—Empleo de agua y jabón inmediatamente después de la exposición; inyección de preparados argénticos no irritantes. Pomada mercurial al 33 por ciento (de valor dudoso después de 6 horas de la exposición). Menos eficaz en las mujeres.

8. *Medidas especiales:*

- (a) Rápido tratamiento prenatal de toda sífilítica embarazada.
- (b) Busca de los enfermos que suspendan el tratamiento.
- (c) Clínicas, servicios de laboratorio y arsenicales gratuitos para los indigentes.
- (d) Servicio de informaciones para médicos, enfermos y el público.
- (e) Represión por las autoridades competentes, de la prostitución y el consumo asociado de bebidas alcohólicas.
- (f) Restricción del anuncio y venta de remedios para autotratamiento.
- (g) A ninguna persona afecta de sífilis en el período infeccioso debe permitírsele desempeñar puestos de enfermera, niñera, sirviente doméstico, peluquero, peñador o rizador del cabello, pedicuro, manicuro, empleado de baños públicos, o masajista, ni ningún otro que requiera servicios personales, en el cual él o ella puedan infectar de sífilis a otros.
- (h) Fomento de la profilaxis personal rápida y adecuada.
- (i) Educación en higiene sexual, incluso amplios preceptos sexuales relativos a la formación del carácter, dominio de sí mismo y hábitos sanos, así como en el hecho de que la continencia es compatible con la salud y el desarrollo normal.

Tétano y otras Infecciones de Heridas

1. *Agente etiológico*.—El bacilo tetánico, *Clostridium tetani*.
2. *Pautas de diagnóstico*.—Síntomas clínicos confirmados por el examen bacteriológico e inoculación en los ratones.
3. *Fuente de infección*.—Estiércol, tierra y polvo de las calles.
4. *Modo de transmisión*.—Inoculación, o infección de las heridas.
5. *Período de incubación*.—Cuatro días a tres semanas o más tiempo, si los bacilos latentes depositados en los tejidos son avivados por la irritación química o mecánica posterior; comúnmente, de 8 a 10 días.
6. *Transmisibilidad*.—El paciente no es infeccioso, salvo en casos muy raros, en los cuales las secreciones de las heridas lo son.
- 6a. *Epidemiología estadística*.—Difusión mundial, debida principalmente a la infección de las heridas; más frecuente en los varones que en las mujeres; la mayor parte de los casos se presentan en niños pequeños y jóvenes y durante los meses del verano en los Estados Unidos. La dolencia es comparativamente rara, pero el tétano neonatal y el no tratado con suero antitetánico, son sumamente letales.

7. *Medidas administrativas:*

- (a) Investigación de las fuentes de infección.
- (b) Aislamiento.—Ninguno.
- (c) Cuarentena.—Ninguna.
- (d) Terapéutica específica.—La antitoxina puede ser de utilidad, pero suele manifestar poco valor terapéutico.
- (e) Inmunización.—Un ataque de la dolencia no confiere inmunidad. Puede conseguirse rápidamente la inmunización pasiva, administrando una o, de preferencia, dos inyecciones de 1,500 unidades de antitoxina tetánica.
- (f) Desinfección concurrente.—Destrucción de todos los apósitos
- (g) Desinfección terminal.—Ninguna.

8. *Medidas especiales:*

- (a) Vigilancia del ejercicio de la obstetricia.
- (b) Propaganda educativa, tal como las campañas de "seguridad ante todo", y prohibición del uso de cohetes y otros fuegos artificiales peligrosos. Educación del público y de los médicos en las zonas infectadas, respecto a la prevención de la enfermedad y el tratamiento local de las heridas.
- (c) Uso profiláctico de la antitoxina tetánica en toda quemadura con pólvora; en las heridas contaminadas, irregulares o penetrantes; y en todas las recibidas en localidades donde se sabe que el suelo se halla muy contaminado con *B. tetani*.
- (d) Eliminación de toda materia extraña, lo más pronto posible, de todas las heridas.
- (e) Evitar el empleo de calleras, apósitos, etc., para cubrir las vacunaciones contra la viruela.

Tifo Exantemático

(Tabardillo)

1. *Agente etiológico*.—Créese que la *Rickettsia prowazeki* es el agente causante.
2. *Fuente de infección*.—La única conocida es la sangre de los individuos infectados, en los casos reconocidos o desapercibidos.
3. *Modos de transmisión*.—Piojos. (*Pediculus corporis*, *P. capitis*.) Recientes datos epidemiológicos indican posible transmisión por otros insectos, como los ácaros (garrapatas). (También las pulgas.—RED.)

4. *Periodo de incubación*.—Cinco a 20 días, por lo general 12.
5. *Transmisibilidad*.—Periodo—Hasta que hayan transcurrido 36 horas desde que la temperatura del enfermo ha bajado a cifras normales.
6. *Medidas administrativas*:
 - (a) Investigación de las fuentes de infección.
 - (b) Aislamiento.—En un cuarto despiojado. Todos los asistentes deben llevar ropa a prueba de sabandijas.
 - (c) Cuarentena.—De los susceptibles expuestos, por 14 días después de la última exposición al contagio.
 - (d) Desinfección concurrente.—Ninguna.
 - (e) Desinfección terminal.—Destrucción de todas las sabandijas y de los huevos de éstas que se encuentren en el cuerpo del paciente, si ya no se han destruído. Acábese con todos los piojos y huevos que haya en la ropa. Los cuartos deben quedar absolutamente libres de sabandijas.
7. *Medidas especiales*.—Despiojamiento (despediculización) de las personas, ropa y casas durante las epidemias, o cuando han llegado o se han traído de una comunidad infectada a un lugar indemne.

Tifoidea

(Fibre entérica)

1. *Agente etiológico*.—El bacilo tifoideo, *Eberthella typhi*.
2. *Pautas de diagnóstico*.—(1) Síntomas clínicos, confirmados (2) por la prueba de la aglutinación específica y el examen bacteriológico de la sangre, las deyecciones o la orina.
3. *Fuente de infección*.—Excreciones intestinales y urinarias de individuos infectados y portadores; raras veces por el esputo. Los portadores sanos son a menudo la causa de los brotes.
4. *Modo de transmisión*.—Contacto directo o indirecto con una fuente de infección. Entre los medios indirectos de transmisión figuran agua, leche y mariscos contaminados, y otros alimentos. Las moscas contaminadas pueden constituir otro medio de transmisión.
5. *Periodo de incubación*.—Siete a 23 días, con un promedio de 10 a 14 días.
6. *Transmisibilidad*.—Periodo—Desde la aparición de los síntomas prodrómicos y ocasionalmente antes, durante toda la enfermedad y las recaídas, durante la convalecencia, y hasta que repetidos exámenes bacteriológicos de las deyecciones muestren persistentemente la ausencia del microbio infeccioso.
7. *Medidas administrativas*:
 - (a) Investigación de las fuentes de infección.—Portadores: Los portadores plantean un grave problema en el control de la tifoidea, puesto que pueden albergar el bacilo tifoideo por mucho tiempo, sin manifestar síntomas de la enfermedad. El control consiste en el descubrimiento de los mismos, observación por el departamento de sanidad, promesa de su parte de no ejercer oficio alguno en que tengan que manipular leche o alimentos, y cumplimiento de medidas higiénicas especiales para impedir la transmisión de los organismos causantes.
 - (b) Aislamiento.—En un cuarto a prueba de moscas, de preferencia en el hospital, cuando se trata de pacientes que no cuentan en sus hogares con un adecuado ambiente higiénico y asistencia de enfermera. El alta del enfermo debe ser determinada por dos cultivos negativos sucesivos de las heces y orina, recogidas por lo menos a intervalos de 24 horas.

- (c) Cuarentena.—Ninguna.
 - (d) Terapéutica específica.—Ninguna.
 - (e) Inmunización.—De los susceptibles en la familia u hogar del paciente que se han expuesto, y de aquellas personas que por motivo de su domicilio, viajes o empleo, pueden tener ocasión de exponerse a la enfermedad.
 - (f) Desinfección concurrente.—De todas las deyecciones intestinales y urinarias, así como de los artículos contaminados con ellas.
 - (g) Desinfección terminal.—Limpieza.
8. *Medidas especiales:*
- (a) Resguardo y purificación de los abastecimientos de agua.
 - (b) Pasteurización de los abastos de leche.
 - (c) Vigilancia de otros alimentos y de las personas que los manejan.
 - (d) Prevención de la cría de moscas.
 - (e) Disposición sanitaria de los excrementos humanos.
 - (f) Extensión de la inmunización mediante la vacunación, hasta donde sea posible, en comunidades donde prevalece la enfermedad.
 - (g) Vigilancia de los portadores y exclusión de los mismos, del manejo de alimentos.
 - (h) Examen sistemático de las heces de las personas que han estado en contacto con casos reconocidos, a fin de descubrir los portadores.
 - (i) Las personas que no acusan una reacción de Widal fuertemente positiva y que piensan viajar, deben resguardarse mediante la vacunación.
 - (j) Exclusión de todo abasto de leche sospechoso, hasta descubrir la causa, personal u otra, de la contaminación de la leche.
 - (k) Exclusión del abasto de agua, si estuviere contaminado, hasta tratarlo adecuadamente con hipoclorito u otro desinfectante eficaz, o a menos que se hierva antes de usarla, toda la destinada a fines de aseo, cocina y bebida.

Tiñas

(Epidermomicosis, Epidermofitosis)

Las enfermedades denominadas en general tiñas, son infecciones de la piel, cabello o uñas, por alguno de los hongos parasitarios de un grupo bastante afín. Esos parásitos representan una forma primitiva de un microbio vegetal, parecido a los hongos corrientes (moho) que se observan en la ropa húmeda, el queso, el pan, etc. El grupo comprende muchas especies. Algunas sólo invaden la piel; otras, el cabello, o también las uñas. Ciertas de ellas revelan predilección hacia el cuero cabelludo; otras, hacia los repliegues de la piel o zonas como las palmas de las manos o las plantas de los pies, que el sudor mantiene humedecidas. Algunas sólo parecen atacar al hombre; otras, a los gatos, perros, caballos y pájaros domésticos, y esos animales infectados constituyen frecuentemente la causa del contagio en las formas que atacan el cuero cabelludo. Los diversos parásitos también varían algo en su virulencia. Algunos sólo provocan ligeras placas descamantes, y otros, zonas de inflamación profunda con piogenia. En ciertas ocasiones, invaden los ganglios linfáticos, logrando acceso al torrente sanguíneo, y produciendo de ese modo erupciones más o menos transitorias en zonas del cuerpo distantes del foco primitivo. Las formas más importantes de esta infección son: tiña tonsurante (cuero cabelludo), tiña favosa (cuero cabelludo), tiña del cuerpo, y tiña de los pies e ingles.

A. Tiña del cuerpo, los pies, y la ingle (epidermofitosis):

1. *Agente etiológico*.—*Tricophyton* o *Epidermophyton*.
2. *Pautas de diagnóstico*:
 - (a) Clínicas.—Inspección.
 - (b) De laboratorio.—Examen microscópico.
3. *Fuente de infección*.—Personas infectadas o artículos recién contaminados por ellas.
4. *Modo de transmisión*:
 - (a) Contacto indirecto—para los pies: el suelo de las piscinas y gimnasios; intercambio de calzado.
 - (b) Contacto directo.
5. *Periodo de incubación*.—Indeterminado.
6. *Transmisibilidad*:
 - (a) Período y grado.—Transmisible durante el curso de la infección; muy contagiosa.
 - (b) Inmunidad.—Ninguna.
- 6a. *Epidemiología estadística*:
 - (a) Frecuencia.—La tiña de los pies es bastante frecuente entre los adultos, pero muy rara en los niños.
 - (b) Distribución por sexo y edad.—La mayoría de los casos en los pies ocurren en varones adolescentes; los del cuerpo o la cara, en los niños pequeños.
 - (c) Distribución estacional.—Alcanza su acmé en la estación calurosa.
7. *Medidas administrativas*:
 - (a) Investigación de la fuente de infección.—Portadores: Como un 50 por ciento de la población son, según cálculos en algunos países, portadores de los hongos causantes de la tiña de los pies e ingles. Se hace difícil diferenciar los portadores, de los casos clínicos benignos.
 - (b) Exclusión estricta de los casos graves, de gimnasios y piscinas, pero no de la escuela.
 - (c) Tratamiento adecuado y persistente. La tiña del cuerpo o la cara es una erupción fácil de tratar. Su principal peligro radica en la posibilidad de extenderse al cuero cabelludo.
 - (d) Puede impedirse la infección mediante el uso de zapatillas o chinelas adecuadas en los gimnasios; el tratamiento de las lesiones con yodo y colodión suele sanarlas.

B. Tiña tonsurante y favosa (los métodos de diagnóstico y tratamiento son idénticos para la tiña tonsurante y la tiña favosa):

1. *Agente etiológico*.—*Microsporon*, *Trichophyton*, *Achorion schoenleinii* (favo).
2. *Pautas de diagnóstico*:
 - (a) Clínicas.—Inspección directa.
 - (b) De laboratorio.—Examen microscópico. El examen de los cabellos infectados en un aposento oscuro, a la luz ultravioleta transmitida por un filtro de madera, hace que los pelos reluzcan (fosforescan), y facilita el diagnóstico. Este método puede ser utilizado cuando sobrevienen epidemias en establecimientos, pues el aparato es demasiado costoso para empleo en casos individuales.
3. *Fuente de infección*.—Personas o los animales infectados, o artículos recién contaminados por ellos.
4. *Modo de transmisión*.—Contacto directo, o indirecto por medio de gorras, almohadas, etc.; también, contacto con huéspedes animales, principalmente gatos.
5. *Periodo de incubación*.—Desconocido.

6. *Transmisibilidad:*

- (a) Período y grado.—Durante toda la infección y hasta que empiece a crecer cabello sano. Grado, alto.
- (b) Inmunidad.—Las personas mayores de quince años son virtualmente inmunes a la tña tonsurante, pero jamás al favo.

7. *Medidas administrativas:*

- (a) Investigación de las fuentes de infección.
- (b) Aislamiento.—Exclusión absoluta de la escuela. No es factible la reclusión en el hogar.
- (c) Terapéutica específica.—Los rayos X o la administración de acetato de talio por vía bucal (peligroso en los niños menores de 12 años), constituyen los únicos remedios eficaces. La curación es a menudo difícil.
- (d) El tratamiento de los casos y el aseo constante del cuero cabelludo, constituyen los mejores medios profilácticos.

Tos Ferina

(Coqueluche)

1. *Agente etiológico.*—Con toda probabilidad, el *Pertussis bacillus* de Bordet y Gengou, *Hemophilus pertussis*.

2. *Pautas de diagnóstico:*

- (a) Clínicas.—Manifestación de la característica tos paroxística.
- (b) De laboratorio.—Linfocitosis; el examen bacteriológico de placas donde tose el enfermo no resulta práctico como método sistemático.

3. *Fuente de infección.*—Secreciones procedentes de las mucosas laríngeas y bronquiales de las personas infectadas.

4. *Modo de transmisión.*—Contacto con una persona infectada, o con artículos recién contaminados con las secreciones de la misma.

5. *Período de incubación.*—Por lo general, siete días; casi uniformemente, dentro de 10 días, y no más de un máximo de dieciséis días.

6. *Transmisibilidad:*

- (a) Período y grado.—Fácilmente transmisible, y en particular en el período catarral incipiente, antes de que el característico estridor permita el diagnóstico clínico. El período catarral dura de siete a catorce días. Después de aparecer el estridor típico, el período transmisible continúa probablemente por tres semanas. Aunque la tos espasmódica con el estridor dure más, es muy improbable que pueda aislarse el microbio infectante de las excreciones. Debe considerarse que el período transmisible dura desde siete días de la exposición a un sujeto infectado, a tres semanas después de aparecer el típico estridor.
- (b) Inmunidad. Natural: poca o nula en la primera infancia. Adquirida: un ataque otorga mucha inmunidad. Esta aumenta con la edad, presuntamente debido a accesos larvados, que son bastante frecuentes en los niños mayores y en adultos. Hay dudas sobre el valor inmunizante de la vacuna anticoqueluchosa, tanto en cuanto a grado como duración.

(Continuará)