

EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
(Continuación)

7. *Medidas administrativas:*

- (a) Investigación de la fuente de infección.—Los portadores son numerosos. Recomiéndase encarecidamente la denuncia temprana de los casos de neumonía.
 - (b) Aislamiento.—Del enfermo durante la evolución clínica de la enfermedad.
 - (c) Cuarentena.—Ninguna.
 - (d) Terapéutica específica.—Ninguna; aun en prueba.
 - (e) Profilaxia.—La específica, aun en estado experimental.
 - (f) Desinfección concurrente.—De las secreciones nasales y faríngeas del paciente.
 - (g) Desinfección terminal.—Limpieza completa, aireación y aseamiento.
8. *Medidas especiales.*—De ser posible, no deben congregarse en instituciones y campamentos grandes masas de gente, con las puertas cerradas. Además, debe conservarse la resistencia general mediante la buena alimentación, el aire puro, la moderación en el uso de las bebidas alcohólicas, prevención de los enfriamientos, y otras precauciones higiénicas.

—————
Paludismo (Malaria)

1. *Agente etiológico.*—Parásito animal de la clase de los esporozoos, género *Plasmodium*, o *Laverania*. Existen por lo menos tres formas: la terciana (*P. vivax*); estivoautumnal (*P. falciparum*); y cuartana (*P. malariae*).

2. *Pautas de diagnóstico:*

- (a) Clínicas.—Síntomas característicos de accesos de escalofríos y fiebre, periódicamente recurrentes, acompañados de esplenomegalia.
 - (b) De laboratorio.—Presencia de parásitos palúdicos en la película sanguínea.
3. *Fuente de infección.*—Sangre de un individuo infectado.
4. *Modo de transmisión.*—Picadura de los mosquitos anófeles.
5. *Periodo de incubación.*—Unos 12 a 14 días.
6. *Transmisibilidad:*

- (a) Periodo.—Mientras los parásitos adultos persistan en la sangre circulante en cantidades suficientes para infectar a los mosquitos. En casos no tratados, puede durar meses enteros.
- (b) Inmunidad.—Natural: Los negros son menos susceptibles a los azotes del paludismo. Adquirida: Tras repetidos ataques de la enfermedad se adquiere cierto grado de inmunidad relativa. La buena nutrición pasa por ser uno de los factores que aumentan la resistencia a los estragos del mal.

6a. *Epidemiología estadística:*

- (a) Distribución por sexo y edad.—Los niños son más grave y frecuentemente afectados que los adultos.
- (b) Distribución étnica.—Los negros son menos afectados que los blancos.
- (c) Distribución estacional.—En la zona templada, la terciana es común durante los primeros meses del verano; la estivoautumnal más frecuente a principios del otoño. Las recidivas se presentan a menudo en la primavera.
- (d) Distribución cíclica.—Se ha establecido la existencia de distribución cíclica. Los años de elevada frecuencia correlaciónanse al parecer con mucha precipitación en la primavera y verano, y viceversa.

- (e) Mortalidad.—Sumamente variable, y baja.
- (f) Morboletalidad.—Varía para las distintas formas del parásito. En los casos perniciosos y no tratados de la forma estivoautumnal, puede ser de 10 a 30 por ciento. La terciana benigna, no tratada, acusa una morboletalidad de menos de 5 por ciento.
7. *Medidas administrativas:*
- (a) Investigación de la fuente de infección.—Portadores: Todo enfermo puede convertirse en portador, en particular si no recibe tratamiento. La plasmoguina puede resultar útil para esterilizar la sangre de los portadores.
- (b) Aislamiento.—El individuo que alberga parásitos palúdicos en la sangre, debe ser resguardado contra las picaduras de mosquitos. Aparte de esta simple medida, tanto el aislamiento como la cuarentena, etc., carecen de valor.
- (c) Cuarentena.—Ninguna.
- (d) Terapéutica específica.—Sulfato de quinina, u otras sales de la quinina. La plasmoguina parece ser específica contra la forma sexual del parásito adulto. (Ultimamente se ha probado también la atetrina.—RED.)
- (e) *Profilaxia:*
- (1) Tratamiento de los enfermos.
- (2) Control de los criaderos de anófeles.
- (f) Desinfección concurrente.—Ninguna. Destrucción de los anófeles en el cuarto del enfermo.
- (g) Desinfección terminal.—Idem.
8. *Medidas especiales:*
- (a) Control de los criaderos de anófeles, dentro de su radio de vuelo, alrededor de los sitios habitados.
- (b) Alentar medidas protectoras a fin de impedir que los mosquitos piquen a la gente, bien mediante el enrejado con tela metálica u otros métodos.
- (c) Tratamiento de los enfermos con quinina; y de los portadores de parásitos adultos con plasmoguina.
- (d) Enseñanza acerca del modo de propagarse la enfermedad, y métodos de prevención.

Paratifoidea

1. *Agente etiológico.*—El bacilo paratifoideo A o B o C; *Salmonella paratyphi*; *Salmonella schottmulleri*; *Salmonella herschfeldi*.
2. *Pautas de diagnóstico.*—Síntomas clínicos confirmados por la aglutinorreacción específica, y por el examen bacteriológico de la sangre, deyecciones, u orina.
3. *Fuente de infección.*—Deyecciones y orina de las personas infectadas, y el agua o los alimentos contaminados por las excreciones de dichas personas o de portadores sanos.
4. *Modo de transmisión.*—Directamente por el contacto personal, e indirectamente por el contacto con artículos contaminados con las deyecciones de personas infectadas, o por medio de la leche, agua o alimentos comtaminados por dichas deyecciones.
5. *Período de incubación.*—Cuatro a 10 días, o sea un promedio de siete días.
6. *Transmisibilidad.*—Período: Desde la aparición de los síntomas prodrómicos, durante toda la enfermedad y las recaídas, durante la convalecencia y hasta que el repetido examen bacteriológico de las deyecciones indique la ausencia del microorganismo infeccioso.

7. *Medidas administrativas:*

- (a) Investigación de la fuente de infección.—En un brote, puede haber muchos portadores sanos.
- (b) Aislamiento.—En un cuarto a prueba de moscas, de preferencia en un hospital, cuando se trata de casos que no cuentan en sus hogares con un adecuado ambiente sanitario y asistencia enfermeril.
- (c) Cuarentena.—Ninguna.
- (d) Terapéutica específica.—Ninguna.
- (e) Desinfección concurrente.—De todas las deyecciones intestinales y urinarias, así como de los artículos contaminados por ellas.
- (f) Desinfección terminal.—Limpieza.

8. *Medidas especiales:*

- (a) Protección y purificación de los abastos públicos de agua.
- (b) Pasteurización de los abastos de leche públicos.
- (c) Vigilancia de otros comestibles y de los manipuladores de alimentos.
- (d) Prevención de la cría de moscas.
- (e) Disposición sanitaria de las deyecciones humanas.
- (f) Vigilancia de los portadores y su exclusión del manejo de alimentos.
- (g) Examen sistemático de las heces de personas que han estado en contacto con casos reconocidos, con el fin de descubrir los portadores.
- (h) Exclusión de los abastos de leche sospechosos, hasta descubrir la causa, personal u otra, de la contaminación de la leche.
- (i) Exclusión del abasto de agua, si está contaminado, hasta que se trate adecuadamente con cloro u otro desinfectante eficaz, o a menos que se hierva antes de usarla, toda la destinada a fines de aseo, cocina y bebida.

Parotiditis

(Paperas)

1. *Agente etiológico.*—Indeterminado.2. *Pautas de diagnóstico:*

- (a) Clínicas.—La inflamación del conducto de Stenson puede ayudar en el diagnóstico precoz. Este suele basarse en antecedentes de contacto, o tumefacción inflamatoria de la parótida (debajo y en frente de la oreja). Suele afectarse primero la glándula de un lado y la del otro dentro de un día o dos. La enfermedad puede concretarse a otras glándulas salivales.
- (b) De laboratorio.—Los hallazgos carecen de valor en el diagnóstico.

3. *Fuente de infección.*—Secreciones de la boca y tal vez de la nariz.4. *Modo de transmisión.*—Contacto directo con una persona infectada, o con artículos recién contaminados por las secreciones o excreciones de la boca o nariz de dicha persona. Los portadores y los casos no reconocidos pueden intervenir en la propagación.5. *Período de incubación.*—Doce a 26 días. El más común, 18 días, se acepta como habitual. No es raro un período de 21 días.6. *Transmisibilidad:*

- (a) Período y grado.—El límite de la transmisibilidad no ha sido determinado aun, pero se supone que dura desde los primeros síntomas, o antes, hasta que la parótida recobra su tamaño normal; rara vez más de 12 días después de la iniciación. La parotiditis es sumamente transmisible; casi todas las personas son susceptibles.
- (b) Inmunidad.—Por lo común, un ataque confiere inmunidad; pero hay reinfecciones.

6a. *Epidemiología estadística:*

- (a) Frecuencia.—De las menos frecuentes de las enfermedades habituales de la infancia; en lo que se sepa, todas las personas son susceptibles.
- (b) Distribución por sexo y edad.—La mayoría de los casos se presentan entre las edades de los 5 y 15 años. Ambos sexos son susceptibles, pero se han comunicado más casos en los varones.
- (c) Distribución étnica.—No existe inmunidad racial.
- (d) Distribución geográfica.—No conoce límites.
- (e) Distribución estacional.—No se concreta a ninguna estación, pero hay más casos en invierno y primavera.
- (f) Distribución cíclica.—No hay distribución cíclica bien definida.
- (g) Mortalidad.—Sumamente baja.
- (h) Morboletalidad.—Sumamente baja.

7. *Medidas administrativas:*

- (a) Investigación de las fuentes de infección.
- (b) Aislamiento.—Debe aconsejarse la separación del enfermo, de los niños pequeños y jóvenes susceptibles durante el período de transmisibilidad, sobre todo en los brotes en establecimientos.
- (c) Cuarentena.—Innecesaria.
- (d) Terapéutica específica.—Ninguna.
- (e) Profilaxia.—La sangre íntegra o el suero de las personas recién repuestas de la enfermedad, dan buenos resultados en la profilaxis de la infección entre los contactos.
- (f) Desinfección concurrente.—De todas las secreciones y excreciones de la boca y nariz de los enfermos.
- (g) Desinfección terminal.—Ninguna.

8. *Medidas especiales.*—En las pensiones o casas de huéspedes, escuelas de internos y otras instituciones, donde la propagación tendría lugar principalmente entre adultos y adolescentes, parece hallarse justificado el aislamiento de los enfermos y los contactos conocidos.

Pediculosis

(Piojera)

1. *Agentes etiológicos.*—El piojo de la cabeza (*Pediculus capitis*); el piojo del cuerpo o los vestidos (*Pediculus vestimenti*); y la ladilla (*Pediculus pubis*).

2. *Pautas de diagnóstico.*—Hallazgo de los insectos o liendres en el cabello, el cuerpo, o la ropa.

3. *Fuente de infección.*—Partes vellosas del cuerpo (por lo común). Los piojos del cuerpo viven en la ropa.

4. *Modo de transmisión.*—Contacto directo con una persona infestada, o indirectamente por medio de la ropa, sombrero, gorra, etc.

5. *Período de incubación.*—Los huevos germinan en una semana, y alcanzan la madurez sexual en dos semanas.

6. *Transmisibilidad.*—Período: Mientras haya insectos vivos que pongan huevos.

7. *Medidas administrativas:*

- (a) Investigación de las fuentes de infección.
- (b) Aislamiento.—Exclusión del paciente de la escuela, mientras tenga insectos vivos en el cuerpo o ropa.
- (c) Cuarentena.—Ninguna.
- (d) Terapéutica específica.—Ninguna.

- (e) Profilaxia.—Lavado de la cabeza, el cuerpo y la ropa; planchado de la ropa con planchas calientes.
 - (f) Desinfección concurrente.—De la ropa interior, contra los piojos del cuerpo; de los sombreros, gorras, cepillos del cabello y peinillas, contra los de la cabeza.
 - (g) Desinfección terminal.—Ninguna.
8. *Medidas especiales:*
- (a) Inspección directa de los niños puestos en contacto en grupos, como en las escuelas.
 - (b) Tratamiento y curación de todas las personas infestadas en el hogar. Es posible desalojar la pediculosis en 48 horas. Es importante el trabajo de la enfermera, para la observación subsecuente en el hogar. Pueden desalojarse los insectos y liendres utilizando un peine y vinagre, y destruirse con tintura de estafisagra (o con un gorro impregnado de tintura o polvos de estafisagra). Los niños infestados pueden asistir a la escuela, con tal que se haya efectuado el despiojamiento y desalojado las liendres; o si sólo restan algunas liendres sin insectos vivos, con tal que el niño se halle bajo vigilancia y tratamiento intenso. La enfermera puede informar a los padres que no hay que avergonzarse de tener piojos, pero sí de retenerlos. El pelo corto ayuda en el dominio de la pediculosis.

Peste

1. *Agente etiológico.*—El bacilo pestoso, *Pasteurella pestis*.
2. *Paulas de diagnóstico.*—Síntomas clínicos confirmados por el examen bacteriológico.
3. *Fuente de infección.*—Forma bubónica, roedores infectados; neumónica, personas afectas de neumonía pestosa.
4. *Modo de transmisión.*—Forma bubónica, pulgas; neumónica, contacto con las secreciones respiratorias de los enfermos.
5. *Periodo de incubación.*—Tres a siete días (rara vez, 14) en la forma bubónica; uno a tres días en la neumónica.
6. *Transmisibilidad:*
 - (a) Período y grado.—Toda la evolución de la enfermedad en la forma neumónica; los enfermos bubónicos no entrañan peligro. Grado de transmisibilidad de la forma neumónica, alto; bubónica, bajo.
 - (b) Inmunidad.—Natural, poca; adquirida, incierta.
7. *Medidas administrativas:*
 - (a) Investigación de la fuente de infección.—No existen portadores humanos.
 - (b) Aislamiento.—Del paciente en un hospital, si fuere posible, o de lo contrario, en un cuarto resguardado con tela metálica y libre de sabandijas. En la peste neumónica, a fin de evitar la infección por las gotillas del aliento, las personas que se ponen en contacto con el enfermo deben practicar la profilaxis personal. Deben llevar máscaras hechas de un paño tupido, con ventanillas de mica o celuloide, que cubran la cabeza y los hombros; también, una anguarina larga y guantes de goma sobre las mangas. Estos artículos no deben sacarse del cuarto del paciente sin previa desinfección.
 - (c) Cuarentena.—De los contactos, por siete días.
 - (d) Terapéutica específica.—El suero puede ser útil en la forma bubónica.

- (e) Profilaxia.—(1) Activa: se ha empleado la vacuna, pero su valor está en duda. (2) Pasiva: no es factible.
 - (f) Desinfección concurrente.—De todas las secreciones y los artículos recién contaminados con ellas.
 - (g) Desinfección terminal.—Limpieza completa, seguida de una desinfección rigurosa. Fumigación para destruir las sabandijas.
8. *Medidas especiales:*
- (a) Exterminio de las ratas y sabandijas, mediante el empleo de métodos conocidos para su destrucción y exclusión; desratización de los buques que llegan de puertos infectados; examen de las ratas, ardillas, etc., en lugares donde la infección persiste, a fin de obtener pruebas de la prevalecencia enzoótica o epizootica de la enfermedad.
 - (b) Vigilancia de todas las autopsias durante las epidemias.
 - (c) Vigilancia de la disposición de los muertos durante las epidemias, ya sea por medio del sepelio, transporte o depósito en bóvedas, sea cual fuere la causa de defunción.

Poliomielitis

(Parálisis Infantil)

1. *Agente etiológico.*—Un virus filtrable de morfología indeterminada.
2. *Pautas de diagnóstico:*
 - (a) Clínicas.—Síntomas de una ligera perturbación gastrointestinal (cefalalgia, fiebre moderada y vómitos), asociados con rigidez del cuello y raquis, y temblores groseros. La mente suele hallarse despejada, aunque el enfermo puede parecer somnoliento e irritable. Ese período dura unos tres días. En muchos casos se presentan después parálisis o debilidad muscular.
 - (b) De laboratorio.—El líquido cefalorraquídeo acusa una característica tensión moderada; hay aumento de células y de globulina, con normoglucorraquia.
3. *Fuente de infección.*—Enfermos y portadores humanos.
4. *Modo de transmisión.*—Contacto directo con una persona infectada, incluso los portadores del virus, e indirectamente por contacto con artículos recién contaminados con las secreciones de la garganta o nariz, o deyecciones de tales personas. Hay bastantes pruebas de la propagación por la leche, pero este modo de transmisión no es habitual.
5. *Período de incubación.*—Por lo común, 7 a 14 días.
6. *Transmisibilidad:*
 - (a) Período y grado.—Los datos son incompletos, pero denotan un período que comprende el de incubación y probablemente la primera semana de la dolencia. La frecuencia de la enfermedad entre los allegados al enfermo es baja, debido sin duda a que sólo la contrae una proporción pequeñísima de los expuestos al virus.
 - (b) Inmunidad.—Natural: La inmunidad natural de los lactantes procede de la transmisión placentaria por madres inmunes, y desaparece en la mayor parte de los casos dentro de un año. Adquirida: A la edad de 1 a 5 años, la inmunidad es relativamente rara, pero a medida que sube la edad, también aumenta la frecuencia de la inmunidad hasta la vida adulta, en que son inmunes la mayoría de los habitantes de los centros urbanos. En los distritos rurales, tiene lugar el mismo proceso inmunizante, pero con lentitud mucho mayor.

6a. *Epidemiología estadística:*

- (a) Frecuencia.—Puede haber casos esporádicos en cualquiera época, pero la mayoría se presentan en epidemias más o menos intensas, sin que en una epidemia suela haber más de dos casos por 1,000 habitantes.
- (b) Distribución por sexo y edad.—Principalmente enfermedad de la infancia, si bien ataca además a personas mayores. Los varones y las mujeres son casi igualmente susceptibles.
- (c) Distribución étnica.—En la epidemiología no se observan factores raciales bien definidos.
- (d) Distribución geográfica.—Bien definida. Abunda más en las zonas templadas más frías, y es menos frecuente en los climas cálidos, correspondiendo su mínimo (pero no desapareciendo del todo) a los trópicos.
- (e) Distribución estacional.—Alcanza su acmé a fines del verano y en el otoño.
- (f) Distribución cíclica.—En general, los años epidémicos en una zona dada, tienden a ser separados por un número variable de años de menos morbilidad, pero no se ha establecido definitivamente la recurrencia cíclica de la enfermedad.
- (g) Mortalidad.—Esta varía mucho. En la epidemia de 1916 en los Estados Unidos, la mortalidad mayor correspondió al barrio de Queens en la Ciudad de Nueva York: 84.5 por 100,000 habitantes; en el área de registro del país fué de 10 por 100,000. La mortalidad media para el área de registro de los Estados Unidos de 1912 a 1923, inclusive, se aproximó a 2 por 100,000.
- (h) Morboletalidad.—Varía en distintos años, en diversas epidemias, y en diversos sitios. En 1916 en Nueva York fué de 25 por ciento; en Massachusetts en 1927, 14.9 por ciento. El promedio para 38 epidemias estudiadas ha sido de 20.8 por ciento.

7. *Medidas administrativas:*

- (a) Investigación de la fuente de infección.—Portadores: Aunque los portadores sanos revisten sin duda importancia numérica mucho mayor que los casos como propagadores del virus, no existe todavía ningún método práctico para distinguirlos, y de ahí que no pueda implantarse ningún método para atender a los portadores, aparte de la cuarentena de los contactos como portadores presuntivos.
Denuncia: Debe exigirse siempre la notificación de los casos y de los sospechosos, en particular a fin de ofrecer la asistencia debida.
- (b) Aislamiento.—De todos los casos paralíticos, por tres semanas desde la iniciación febril.
- (c) Cuarentena.—De los niños expuestos de la casa y de los adultos, si su profesión los pone en contacto con niños o los obliga a manipular alimentos, por 21 días desde la última exposición. No hay que poner cartel.
- (d) Terapéutica específica.—El suero de convaleciente parece constituir el tratamiento racional en el período preparalítico de la enfermedad, y se suele administrar intrarraquídea o intravenosamente, o por ambas vías.
- (e) Profilaxia.—Activa, ninguna; pasiva, aun en estado experimental.
- (f) Desinfección concurrente.—De las secreciones nasales y faríngeas, y las deyecciones, y los artículos contaminados con ellas.
- (g) Desinfección terminal.—Limpieza.

8. *Medidas especiales:*

- (a) Busca y examen de todos los niños enfermos.
- (b) Todo niño con fiebre debe ser aislado hasta practicar el diagnóstico.
- (c) Instrucción en la técnica de enfermería para impedir la distribución a otros de las excreciones infecciosas procedentes de casos aislados a domicilio.
- (d) Medios para el diagnóstico y tratamiento (con suero) tempranos, por intermedio de alguna oficina central encargada de recolectar el suero, y administrándose éste en condiciones que permitan sacar conclusiones.
- (e) Facilidades para el post-tratamiento.—Debe proveerse tratamiento ortopédico adecuado. Lo esencial consiste en conservar las fuerzas musculares restantes, evitar las contracturas y deformidades, y aplicar el tratamiento correctivo.

 Psitacosis

1. *Agente etiológico.*—Un agente filtrable.

2. *Pautas de diagnóstico:*

- (a) Clínicas.—Iniciación: sensación de escalofríos; fiebre; cefalalgia, con invasión pulmonar temprana; la tos falta, o sule ser seca si existe. Lengua saburral; anorexia extremada; el estreñimiento es lo general; el pulso suele ser lento en relación con la temperatura. Delirio, común; albuminuria casi constante; recidivas, no raras.
- (b) De laboratorio.—Fórmula leucocitaria normal, o poco aumentada al principio, con leucopenia después. La enfermedad puede ser transmitida a las aves o ratones sanos susceptibles, por medio de la inoculación de sangre extraída, de preferencia, en la primera semana de la enfermedad. Los conejos y cobayos son susceptibles a la inoculación intracerebral.

3. *Fuente de infección.*—Recién adquiridos papagayos, cotorras y canarios enfermos. Aves, aparentemente sanas, transmiten de cuando en cuando la infección.

4. *Modo de transmisión.*—Contacto con aves infectadas o con los alojamientos recientes de éstas; rara vez un caso humano.

5. *Periodo de incubación.*—Seis a 15 días.

6. *Transmisibilidad.*—Las aves enfermas y los objetos que las rodean son muy infecciosos para el hombre; los enfermos, mucho menos peligrosos.

6a. *Epidemiología estadística.*—Por lo común, en brotes domiciliarios repentinos, entre las personas expuestas a aves tropicales enfermas. Todas las edades son susceptibles, pero la gravedad es mayor a medida que avanza la edad. Las muertes límitanse principalmente a sujetos de más de 30 años. Las mujeres se ven atacadas más frecuentemente que los hombres. La morboletalidad llega a 20-50 por ciento, y hasta más.

7. *Medidas administrativas:*

- (a) Investigación de la fuente de infección.—Aves aparentemente sanas transmiten de cuando en cuando la enfermedad; no se conocen portadores humanos.
- (b) Aislamiento.—Su valor es dudoso, debido a la poca infecciosidad de los enfermos para los demás.
- (c) Cuarentena.—Los edificios donde ha habido aves alojadas, deben ser cuarentenados hasta tanto se verifiquen una limpieza completa y la desinfección.

- (d) Terapéutica específica.—Vale la pena probar el suero de convaleciente, a dosis de 50 a 100 cc diarios por vía intravenosa o intramuscular.
 - (e) Desinfección concurrente.—De todas las excreciones.
 - (f) Desinfección terminal.—Las aves inculpadas deben ser destruídas, incinerándose sus cadáveres y sus jaulas.
8. *Medidas especiales:*
- (a) Prohibición del tráfico de cotorras sudamericanas.
 - (b) Cuarentena de los domicilios y de las tiendas de pájaros (pajarerías) donde se sabe ha habido aves infectadas, hasta recibir una limpieza completa.
 - (c) Instrucción del público.

Rabia

(Hidrofobia)

1. *Agente etiológico.*—Un virus filtrable.
2. *Pautas de diagnóstico en los animales:*
 - (a) Clínicas.—Cualquiera inexplicable alteración en la actitud de un animal, seguida de un período de excitabilidad o parálisis, y terminando en la muerte dentro de 10 días.
 - (b) De laboratorio.—Cuerpos de Negri en las células nerviosas. Inoculación de tejido sospechoso en animales. A falta de hallazgos de laboratorio, debe basarse el diagnóstico en los antecedentes y síntomas clínicos.
3. *Fuente de infección.*—Saliva de los animales infectados, principalmente perros.
4. *Modo de transmisión.*—Inoculación en la saliva de animales infectados a través de abrasiones de la piel o de las mucosas, casi siempre por medio de mordeduras o arañazos. El virus puede penetrar a través de abrasiones microscópicas en la piel aparentemente intacta, al ser lamida por un animal rabioso, pero eso es raro.
5. *Período de incubación.*—Por lo general, algo menos de seis semanas. Puede variar de dos semanas a seis meses o más, según la cantidad y virulencia del virus, y la naturaleza y sitio de la lesión en relación con los nervios.
6. *Transmisibilidad.*—Transmisible desde los cinco días antes de la iniciación de los síntomas, hasta la muerte del animal.
 - (a) Período y grado.—Varía según el origen, naturaleza, virulencia y cantidad de virus; sitio y naturaleza de la herida; y susceptibilidad de la víctima.
 - (b) Inmunidad.—No se conoce inmunidad natural; el tratamiento antirrábico evoca inmunidad adquirida.
- 6a. *Epidemiología estadística:*
 - (a) Frecuencia.—Rara en el hombre; prevalece en los perros.
 - (b) Distribución por sexo y edad.—No es significativa. Más de 60 por ciento de las muertes son en menores de 20 años, y aproximadamente tres veces más en hombres que en mujeres.
 - (c) Distribución étnica.—Las diferencias obedecen probablemente a más ocasiones de infección.
 - (d) Distribución geográfica.—Universal, salvo en muy pocos países isleños como Australia, Nueva Zelandia, etc.
 - (e) Distribución estacional.—No es significativa.
 - (f) Distribución cíclica.—Unos cinco años, más o menos.

- (g) Mortalidad.—Promedio, 0.075 por 100,000 habitantes en el área de registro de los Estados Unidos de 1915 a 1927, inclusive. Suele deberse a la falta, o demora en la aplicación, del tratamiento antrirábico; ocasionalmente, a pesar de recibirlo.
- (h) Morboletalidad.—Cien por ciento en los casos desarrollados.
7. *Medidas administrativas:*
- (a) Investigación de las fuentes de infección.—No existen portadores.
- (b) Aislamiento.—Del enfermo, pero sin cuarentena ni cartel.
- (c) Cuarentena.—Ninguna.
- (d) Terapéutica específica.—Ninguna.
- (e) Profilaxia:
- (1) Activa: Inmunización con el tratamiento antirrábico tras la exposición y antes de presentarse síntomas.
- (2) Pasiva: Ninguna.
- (3) Tratamiento rápido de mordeduras sospechosas con ácido nítrico humeante.
- (f) Desinfección concurrente.—De la saliva del enfermo y de los artículos contaminados con la misma.
- (g) Desinfección terminal.—Limpieza completa.
8. *Medidas especiales.*—Los animales, y en particular los perros, constituyen el reservorio de la infección. Las medidas preventivas aplican a los animales y a las personas expuestas.
- (a) Animales:
- (1) Requierase un permiso para tener perros.
- (2) Destrucción de todos los perros sin permiso.
- (3) Investigación de todos los casos positivos o sospechosos de rabia entre los animales.
- (4) Cuarentena de todos los perros en las zonas donde ha habido animales rabiosos sueltos.
- (5) Provéanse laboratorios para el examen de muestras de tejidos.
- (b) Personas expuestas.—Provéase el tratamiento antirrábico por cuenta del Estado.

Rubeola

(Roseola epidémica, Sarampión alemán)

1. *Agente etiológico.*—Indeterminado.
2. *Pautas de diagnóstico:*
- (a) Clínicas.—Enfermedad benigna; iniciación con ligeros síntomas catarrales por espacio de un día o más, seguidos de infarto de los linfáticos postauriculares y de una erupción eritemática macular, que comienza en la cara. Suele completar su evolución en 48 horas, y rara vez en más de 72. Erupción difusa, con un moteo fino en la cara, pero por lo general discreta, roja y macular en el cuerpo y miembros.
- (b) De laboratorio.—Nada, salvo falta de leucocitosis.
3. *Fuente de infección.*—Secreciones de la boca y quizás de la nariz.
4. *Modo de transmisión.*—Contacto directo con el paciente o con los artículos recién contaminados con las secreciones procedentes de la nariz o garganta de aquél.
5. *Período de incubación.*—Catorce a 21 días; por lo común, unos 16.
6. *Transmisibilidad.*—Contagiosa desde el comienzo de los síntomas catarrales; contagiosísima en el período agudo. Ignórase el período definitivo de transmisibilidad; probablemente, cuatro días, y no más de siete.
- (a) Grado.—Sumamente transmisible.
- (b) Inmunidad.—Un ataque suele conferir inmunidad.

6a. *Epidemiología estadística:*

- (a) Frecuencia.—Ocurre en brotes epidémicos; muchos casos no son reconocidos, ni jamás denunciados.
- (b) Distribución por sexo y edad.—Afecta principalmente a los niños, pero es más frecuente en los adultos que el sarampión. Varones y mujeres son igualmente susceptibles.
- (c) Distribución étnica.—Nada se sabe.
- (d) Distribución geográfica.—Más común en los centros urbanos que en los distritos rurales.
- (e) Distribución estacional.—Más frecuente en invierno y primavera.
- (f) Mortalidad y morboletalidad.—Casi nulas.

7. *Medidas administrativas:*

- (a) Investigación de las fuentes de infección.—La denuncia es de desear, dado que puede confundirse esta enfermedad con la escarlatina en su incipencia.
- (b) Aislamiento.—Carece de valor.
- (c) Cuarentena.—Idem.
- (d) Terapéutica específica.—Ninguna.
- (e) Profilaxia específica.—Ninguna.
- (f) Desinfección concurrente.—Ninguna.
- (g) Desinfección terminal.—Ninguna.

Sarampión

1. *Agente etiológico.*—Indeterminado, salvo que es un virus filtrable
2. *Pautas de diagnóstico:*
 - (a) Clínicas.—Si se sabe que ha habido exposición o la enfermedad prevalece: fiebre, coriza, congestión conjuntival, tos, manchas de Koplik. De otro modo, suele pasarse por alto el significado de esos síntomas, o no se distinguen.
 - (b) De laboratorio.—Ninguna.
3. *Fuente de infección.*—Secreciones bucales y nasales de un sujeto infectado.
4. *Modo de transmisión.*—Por lo común, contacto directo con un enfermo. Parece haber casos auténticos de contacto indirecto, pero esa modalidad sólo reviste importancia en los establecimientos donde atienden a lactantes y a niños pequeños.
5. *Período de incubación.*—Por lo común, unos 8 a 10 días desde la exposición a la fiebre inicial, y de 12 a 14 al eritema. Los períodos más breves son raros y difíciles de comprobar. En ocasiones, períodos más prolongados, hasta 18 días. Si se ha utilizado el suero de convaleciente, el período de incubación puede durar hasta más, por lo menos hasta 21 días.
6. *Transmisibilidad:*
 - (a) Período y grado.—Transmisible desde la iniciación de los síntomas catarrales, hasta cinco días después de la aparición del eritema. De las más transmisibles de las enfermedades de este grupo.
 - (b) Inmunidad.—Natural: Durante los primeros tres a seis meses de vida de los niños cuyas madres han tenido sarampión; hay casos ocasionales en que dura toda la vida, o hasta una edad madura. Adquirida: Una inmensa mayoría, probablemente más de 90 por ciento, de los que cumplen 20 años, han adquirido inmunidad activa por haber experimentado un ataque. (Pasiva: véase el inciso (d) bajo Medidas administrativas.)

(Continuará)