

EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (*Continuación*)

7. *Medidas administrativas.*—Continúa.

Recuérdese que no cabe atenerse absolutamente a los cultivos en lo tocante a descubrir bacilos en portadores convalecientes o sanos sospechosos. Según el cuidado desplegado al pesquisar las criptas amigdalinas y al tocar varias partes de la faringe nasal, el resultado de los cultivos variará en exactitud: en los obtenidos negligentemente se pasarán por alto los bacilos por lo menos en 30 por ciento de los casos, en tanto que en los hechos con cuidado, sólo sucederá eso en 2 a 5 por ciento.

- (c) Cuarentena: De todas las personas expuestas hasta que el examen bacteriológico indique que no son portadores. Por motivo de dificultades administrativas, no se impone, a menudo, esta regla.
- (d) Terapéutica específica: Tratamiento de los enfermos o de las personas que presentan síntomas de la enfermedad, con antitoxina diftérica.
- (e) Inmunización: profilaxia: activa: con toxoide (anatoxina) en los lactantes y párvulos; y con toxina-antitoxina en los escolares y adultos susceptibles que se hayan expuesto a contactos repetidos. Pasiva: conviene administrar antitoxina a los pequeños que se hayan encontrado en íntimo contacto con un caso de difteria, aunque se hallen bajo vigilancia diaria de un médico, pues la difteria bastantes veces se desarrolla con suma rapidez en los lactantes y niños muy pequeños.
- (f) Desinfección concurrente: De todos los artículos que hayan estado en contacto con el paciente, o contaminados por las secreciones de éste.
- (g) Desinfección terminal: Se aireará y asoleará por completo el cuarto del enfermo y, además, se limpiará y renovará.

8. *Medidas especiales:*

- (a) Pasteurización del abasto de leche.
- (b) Inmunización activa de todos los párvulos, de preferencia al cumplir el primer año, sin Schick preliminar; inmunización activa de los escolares, con o sin Schick preliminar. Debe verificarse siempre la Schick de recomprobación, si es posible, de tres a seis meses después de administrar la anatoxina o toxina-antitoxina, pues de lo contrario, no hay seguridad de que ningún niño dado sea inmune.
- (c) Aplicación de la Schick a todas las personas más expuestas, tales como enfermeras y médicos, e inmunización activa de todos los susceptibles, pero no dentro de tres semanas de la administración de la antitoxina.
- (d) Determinación de la presencia o ausencia de portadores entre los contactos y, hasta donde sea posible, en la comunidad en general.

Los cultivos procedentes de casos que manifiestan bacilos diftéricos (hasta donde permita identificarlos el examen morfológico) deben ser comprobados en cuanto a virulencia, a menos que los sujetos hayan estado en contacto con un caso de difteria. No tan solo son muchos bacilos absolutamente avirulentos y, por lo tanto, inocuos, sino que otros muchos se hallan tan atenuados, que rara vez producen difteria. Por consiguiente, en general, sólo se hacen cultivos cuando existe alguna prueba de contacto con un caso diftérico.

Disentería Amibiana

1. *Agente etiológico.*—*Endamoeba histolytica*.
2. *Pautas de diagnóstico:*
 - (a) Clínicas.—Los síntomas pueden variar mucho, según que el caso sea leve o grave. Los típicos comprenden: iniciación gradual, fiebre ligera o nula, melena, dolor abdominal intermitente, tenesmo, emaciación gradual y caquexia. Muchos portadores jamás manifiestan síntomas clínicos.
3. *Fuente de infección.*—Deyecciones de las personas infectadas.
4. *Modo de transmisión.*—Por ingestión de material infectado, principalmente agua o alimentos, y en particular leche, vegetales crudos y frutas contaminados con heces humanas. Las moscas pueden también transmitir la infección.
5. *Período de incubación.*—Tres a doce semanas.
6. *Transmisibilidad:*
 - (a) Período y grado.—Durante todo el curso de la enfermedad. Los casos crónicos, y en particular los portadores, son mucho más importantes, como fuentes de infección, que los agudos.
 - (b) Inmunidad natural y adquirida.—Un ataque de la dolencia no confiere inmunidad. Las recidivas son frecuentes.
- 6a. *Epidemiología estadística:*
 - (a) Distribución por sexo y edad.—Las pruebas disponibles indican cierto grado de inmunidad a ciertas edades. Es más frecuente en los varones.
 - (b) Distribución étnica.—Algunas razas resisten más la infección que otras. Por ejemplo, los chinos son más resistentes que los tamilos.
 - (c) Distribución estacional.—Mucho más frecuente en los meses de verano que en el invierno, alcanzando su acmé a fines del verano.
 - (d) Distribución cíclica.—No se ha observado.
 - (e) Morboletalidad.—En los enfermos no tratados y expuestos a privaciones, y alejados de la asistencia hospitalaria, la morboletalidad puede ser de 25 por ciento. En los debidamente tratados, aunque graves, no debe pasar de 10 por ciento.
7. *Medidas administrativas:*
 - (a) Cuarentena.—Ninguna.
 - (b) Aislamiento.—Ninguno.
 - (c) Desinfección concurrente.—De todas las deyecciones y los artículos contaminados por las mismas.
8. *Medidas especiales:*
 - (a) Eliminación sanitaria de las heces humanas.
 - (b) Vigilancia de todos los alimentos consumidos en forma cruda, en particular, verduras hojosas.
 - (c) Protección y purificación de los abastos de agua.
 - (d) Control de la cría de moscas.
 - (e) Vigilancia de los manipuladores de alimentos.

Disentería Bacilar

1. *Agente etiológico.*—Bacilo disentérico, *B. dysenteriae*. Las formas más comunes son las de Shiga y Flexner.
2. *Pautas de diagnóstico:*
 - (a) Clínicas.—La iniciación aguda, fiebre, tenesmo, y melena frecuente son los signos diacríticos característicos.
 - (b) De laboratorio.—Presencia del *B. dysenteriae* en las heces.

3. *Fuente de infección.*—Deyecciones de las personas infectadas.

4. *Modo de transmisión.*—Ingestión de material infectado. La leche y el agua revisten menos importancia como medios de infección que en la tifoidea. Los alimentos, el contacto y las moscas constituyen los medios importantes de propagación.

5. *Periodo de incubación.*—Dos a siete días.

6. *Transmisibilidad:*

(a) Periodo y grado.—Transmisible durante el período agudo de la enfermedad—tres a cuatro semanas. Sumamente transmisible en las prisiones, campamentos e instituciones. En la vida civil, la transmisibilidad es comparable a la de la tifoidea.

(b) Inmunidad natural y adquirida.—Los adultos son menos susceptibles que los niños, y los ataques en ellos menos graves. Se manifiesta inmunidad tras un ataque.

6a. *Epidemiología estadística:*

(a) Distribución por sexo y edad.—Las infecciones en los niños son más graves (y probablemente más frecuentes) que en los adultos.

(b) Distribución étnica.—No hay diferencias.

(c) Distribución estacional.—En las instituciones puede surgir un brote epidémico en cualquier estación, pero en la vida civil la afección es característicamente estival.

(d) Distribución cíclica.—No se ha observado.

(e) Mortalidad.—Varía mucho en distintos sitios, pero parece ir en aumento.

(f) Morboletalidad.—Para la forma de Shiga elevada—30 a 50 por ciento en algunas epidemias. Los adultos rara vez sucumben a la forma de Flexner. En los niños, se halla en razón inversa a la edad, terminando fatalmente de 2 a 5 por ciento de los casos.

7. *Medidas administrativas:*

(a) Investigación de la fuente de infección.—Portadores: Estos pueden propagar la enfermedad y desempeñan el mismo papel que en la tifoidea. Algunas de las epidemias más graves comunicadas en las prisiones, fueron debidas a portadores que manipulaban alimentos.

(b) Aislamiento.—En un cuarto resguardado contra moscas, sin colocar cartel afuera.

(c) Cuarentena.—Ninguna.

(d) Terapéutica específica.—El inmunisero resulta de verdadero valor en las infecciones con la cepa de Shiga. El suero no ha resultado ser de mucho valor debido a la multiplicidad de cepas.

(e) Profilaxia.—Las vacunas protegerán.

(f) Desinfección concurrente.—De todas las deyecciones y los artículos contaminados por las mismas.

(g) Desinfección terminal.—Limpieza.

8. *Medidas especiales:*

(a) Eliminación sanitaria de las heces humanas.

(b) Enseñanza de los principios de preparación cuidadosa de los alimentos de niños y lactantes, a las madres.

(c) Control de la cría de moscas.

(d) Protección y purificación de los abastos de agua públicos.

(e) Pasteurización de los abastos de leche públicos.

(f) Vigilancia de otros comestibles y de los manipuladores de alimentos.

Encefalitis Epidémica

1. *Agente etiológico.*—No se conoce definitivamente. Hay tres teorías, a saber: (a) un virus filtrable íntimamente ligado al del herpes; (b) una cepa del estreptococo verde; y (c) un trastorno tóxico del sistema nervioso central.

2. *Pautas de diagnóstico:*

(a) *Clinicas.*—La encefalitis epidémica suele comenzar en forma de una infección aguda o subaguda, con fiebre moderada, cefalalgia y malestar, acompañados a menudo de vómitos y estreñimiento. Por lo común, hay síntomas que indican invasión del sistema nervioso central, que abarcan una escala amplísima, y pueden ser tanto orgánicos como funcionales. Síntomas característicos, que no existen siempre, son: diplopía u otras parálisis de los nervios craneales, letargo y astenia, o insomnio e inquietud; dolores en las raíces de los nervios posteriores; torsiones de grupos de músculos; movimientos coreiformes; catatonía; delirio o otros trastornos psíquicos; y alteraciones de los reflejos, en particular pupilares. Después del período agudo, cuya duración varía mucho, el enfermo puede reponerse por completo, o tardar en hacerlo varios meses o años, y manifestar entonces la forma crónica de la enfermedad, o puede pasar directamente a ésta. No son raras las recidivas y los períodos de exacerbación.

(b) *De laboratorio.*—El líquido cefalorraquídeo puede ser normal, pero en la mayoría de los casos existe un aumento variable de los glóbulos, con predominio de mononucleares; aumento leve o moderado de albúmina; y normo o hiperglucorraquia. El examen del líquido resulta en particular útil para excluir otras infecciones agudas del sistema nervioso central. La hematimetría no es característica. Existe a menudo un aumento, que varía de ligero a moderado, en los leucocitos, a veces con mononucleosis relativa.

3. *Fuente de infección.*—No se sabe definitivamente; probablemente las secreciones nasofaríngeas.

4. *Modo de transmisión.*—No se sabe definitivamente; tal vez por contacto con los enfermos, o más específicamente, con portadores.

5. *Período de incubación.*—Hay pocos datos disponibles, pues es muy raro hallar antecedentes de contacto directo. Períodos que varían de un día a dos meses han sido mencionados, y se ha sugerido un promedio quizás de diez días. Estas cifras probablemente no son fidedignas.

6. *Transmisibilidad:*

(a) *Período y grado.*—Desconócense el período y el grado de transmisibilidad; el último es probablemente muy bajo.

(b) *Inmunidad natural y adquirida.*—Por lo visto, muchas personas tienen un alto grado de inmunidad, puesto que tan pocas son las historias de individuos que hayan contraído la dolencia tras la exposición. La inmunidad es probablemente natural, más bien que adquirida, pues la dolencia ha existido por un espacio de tiempo demasiado breve para que en la mayor parte de los adultos se desarrolle una inmunidad adquirida.

6a. *Epidemiología estadística:*

(a) *Distribución por sexo y edad.* Si bien se han afectado todas las edades, la proporción mayor de los casos ocurre entre los 10 y los 30 años. En los varones, la frecuencia es algo mayor que en las mujeres.

(b) *Distribución étnica.*—Ha ocurrido en todas las razas, pero según las cifras disponibles, el índice es bajo entre los negros.

- (c) Distribución geográfica.—Esparcida por todo el mundo, pero la frecuencia es en particular elevada en Europa y los Estados Unidos.
- (d) Distribución estacional.—Suele ser más frecuente en los meses del invierno.
- (e) Distribución cíclica.—No se ha estudiado la enfermedad por un espacio de tiempo suficiente para acopiar datos definitivos sobre este punto. Las cifras más altas en todo el mundo fueron comunicadas en 1919-20, y en 1924.
- (f) Mortalidad.—Muy baja, variando de 0.6 a 1.84 por 100,000 habitantes en los años de más frecuencia. En la mayor parte de los países carecen de datos sobre el asunto.
- (g) Morboletalidad.—Ha variado mucho en los distintos brotes, aceptándose por lo general un promedio de 25-30 por ciento. Sin embargo, estas cifras no son fidedignas, pues muchos de los casos agudos jamás son denunciados.

7. *Medidas administrativas:*

- (a) Investigación de la fuente de infección.—Portadores: Es imposible despistarlos. Parece probable, sin embargo, que la enfermedad sea principalmente diseminada por ellos.
Denuncia: notificación de los casos para fines estadísticos.
- (b) Aislamiento.—Probablemente innecesario, debido al bajo grado de transmisibilidad.
- (c) Cuarentena.—Idem.
- (d) Terapéutica específica.—Desconocida.
- (e) Profilaxia.—Activa y pasiva, desconocidas. Vista la poca transmisibilidad, no parecen necesitarse medidas administrativas, salvo denuncia de los casos para fines estadísticos, y para implantar medidas de control en caso de haber signos de un notable aumento en la localidad.

Escarlatina

1. *Agente etiológico.*—El estreptococo hemolítico.

2. *Pautas de diagnóstico:*

- (a) Clínicas.—Iniciación súbita con náuseas, vómito, fiebre, angina y eritema (manchas de un rojo brillante sobre una rubefacción subcuticular) al segundo y tercer día. Puede haber casos sin erupción y hacerse el diagnóstico provisorio tomando por base la angina, fiebre, vómito e historia de exposición. Puede utilizarse la alboro-reacción de Schultz-Charlton si ha aparecido el eritema: 0.1 a 0.5 cc de suero de convaleciente o de antitoxina escarlatínosa es inyectado en la piel donde hay eritema, y éste blanqueará en 6 a 36 horas si es escarlatinoso. Sin embargo, la falta de blanqueo no excluye la escarlatina.
- (b) De laboratorio.—El diagnóstico bacteriológico, por lo general, no resulta factible.

3. *Fuente de infección.*—Las secreciones de la nariz, garganta, oídos, abscesos o superficie de las heridas de los enfermos o convalecientes, y los artículos recién contaminados con ellas. Las secreciones nasofaríngeas de los portadores también pueden propagar la enfermedad.

4. *Modo de transmisión.*—Directamente por el contacto personal con un individuo infectado; indirectamente por los artículos recién contaminados con las

secreciones de una persona infectada, o por la leche o los lacticinios contaminados. La descamación cutánea no produce infección.

5. *Periodo de incubación.*—Por lo regular, tres o cuatro días, y rara vez dentro de 24 horas o más de una semana.

6. *Transmisibilidad:*

- (a) *Periodo y grado.*—Tres semanas a contar desde la iniciación de la enfermedad, haciendo caso omiso del período o intensidad se la descamación, y hasta que hayan cesado todas las secreciones anormales y sanado todas las úlceras o heridas abiertas. Transmisible, mas no tanto como el sarampión o la viruela.
- (b) *Inmunidad.*—Pueden presentarse infecciones no reconocidas y producir inmunidad. Tras un ataque, suele producirse inmunidad duradera, pero a veces sobrevienen reinfecciones.

6a. *Epidemiología estadística:*

- (a) *Frecuencia.*—Por todas partes del mundo. No reviste importancia en los trópicos y es un tanto más frecuente en los centros urbanos que los distritos rurales.
- (b) *Distribución por sexo y edad.*—En los centros urbanos, como un 85 por ciento en menores de 10 años; 60 por ciento en menores de 5, pero rara en menores de un año. El promedio de edad es más elevado en los distritos rurales. Ambos sexos igualmente susceptibles.
- (c) *Distribución étnica.*—Todas las razas son susceptibles, pero es más benigna en los niños negros.
- (d) *Distribución estacional.*—En todas las estaciones, pero en particular en invierno y primavera.
- (e) *Mortalidad.*—Varía mucho en distintos países y en diversas épocas. En el área de registro de los Estados Unidos en 1926 y 1927, los coeficientes fueron de 2.5 y 2.3 por 100,000 habitantes, respectivamente.
- (f) *Morboletalidad.*—En algunas epidemias muy elevada. En los Estados Unidos el promedio es como 2 por ciento.

7. *Medidas administrativas:*

- (a) *Investigación de las fuentes de infección.*—Portadores: No se ha determinado aun su existencia, aunque probablemente existen.
- (b) *Aislamiento.*—En el hogar o en un hospital, pero hasta el final del período de infecciosidad. Cuando no ha lugar a inspección médica, aislamiento durante el período de transmisibilidad.
- (c) *Cuarentena.*—Exclusión de los niños y maestros expuestos, de la escuela, y de los manipuladores de alimentos, de su trabajo, hasta haber transcurrido siete días desde la última exposición a un caso reconocido. El cartel ayuda en el control, cuando es combinado con otras medidas.
- (d) *Terapéutica específica.*—El empleo de una antitoxina escarlatínica potente, resulta útil para acortar la evolución de la enfermedad. La antitoxina debe ser administrada dentro de tres días de la iniciación de la enfermedad. Sin embargo, la terapéutica específica es todavía objeto de controversias. El suero de convaleciente es empleado con éxito en los casos sépticos graves.
- (e) *Inmunización:*
 - (1) *Activa:* Puede producirse con un antígeno estreptocócico apropiado, pero su valor práctico está aun por determinar.
 - (2) *Pasiva:* No es aconsejable todavía en general con ningún suero, salvo el de convaleciente humano.

- (f) Desinfección concurrente.—De todos los artículos que han estado en contacto con un paciente y de todos los artículos contaminados con las secreciones del mismo.
- (g) Desinfección terminal.—Limpieza completa.
8. *Medidas especiales:*
- (a) Colóquense carteles en los domicilios, u hospitalícese el caso; aíslese al enfermo en un hospital si no puede hacerse debidamente en la casa; la hospitalización es aconsejable a menudo, en particular si hay muchos niños en la casa; la hospitalización puede resultar más conveniente para la familia; ésta no es necesaria si puede aislarse debidamente en la casa, y hay cooperación con el médico de cabecera y las autoridades sanitarias.
- (b) Los susceptibles, después de determinados por la Dick, pueden ser activamente inmunizados con la toxina escarlatinosa.
- (c) Exclusión de los niños y maestros expuestos, de la escuela, y de los manipuladores de alimentos, de su trabajo, hasta transcurrir siete días desde la última exposición a un caso reconocido. Aconséjese el traslado de los contactos jóvenes susceptibles, a las casas de amigos adultos.
- (d) Examen diario de los niños expuestos y de otras personas posiblemente expuestas por espacio de una semana después de la última exposición.
- (e) Las escuelas no deben ser clausuradas si puede implantarse la observación diaria de los niños por un médico o una enfermera.
- (f) En los brotes de las escuelas y establecimientos, puede ser aconsejable la inmunización de todos los niños expuestos con toxina escarlatinosa.
- (g) Instrucción relativa al peligro especial que entraña la exposición de los niños pequeños a las personas que manifiestan síntomas catarrales agudos de cualquier género.
- (h) Pasteurización de toda la leche y de los lacticinios.

Fiebre Amarilla

1. *Agente etiológico.*—Indeterminado; pero sábese que es un virus filtrable.
2. *Pautas de diagnóstico.*—Casi todos los diagnósticos son clínicos, basados en síntomas clínicos, siendo los más marcados cefalalgia, raquialgia, congestión de las mucosas y postración, con historia de posibles picaduras por mosquitos infectados.
3. *Fuente de infección.*—Sangre de las personas infectadas.
4. *Modo de transmisión.*—Picadura de los mosquitos *Aedes aegypti* infectados, o de algunas especies afines de la misma familia.
5. *Período de incubación.*—Tres a cinco días, y algunas veces seis días.
6. *Transmisibilidad:*
 - (a) Período y grado.—Los tres primeros días de la fiebre; sumamente transmisible donde existen mosquitos infectados.
 - (b) Inmunidad natural y adquirida.—No existe inmunidad natural. Un ataque confiere inmunidad activa.
7. *Medidas administrativas:*
 - (a) Investigación de las fuentes de infección.—Portadores: No se conocen portadores humanos.
 - (b) Aislamiento.—Aislamiento respecto de mosquitos en un pabellón o sala especial de hospital, o en un cuarto completamente resguardado por tela metálica. Es necesario desembarazar de mosquitos el cuarto o pabellón. El aislamiento sólo es de rigor en los tres primeros días de la fiebre.

- (c) Cuarentena.—De los contactos durante seis días. No es necesario el cartel.
- (d) Terapéutica específica.—Ninguna.
- (e) Inmunización.—La administración de suero de convaleciente evocará inmunidad pasiva.
- (f) Desinfección concurrente.—Ninguna.
- (g) Desinfección terminal.—Ninguna.

8. *Medidas especiales:*

- (a) Eliminación de los mosquitos, convirtiendo su cría en imposible.
- (b) Servicio de inspección para descubrir los enfermos.
- (c) Destrucción de los mosquitos *Aedes ægypti* por medio de larvicidas, erradicación de los criaderos, o de otros modos.
- (d) Eliminación del agua estancada cerca de las habitaciones humanas.

Fiebre Maculosa (Montañas Rocosas)

1. *Agente etiológico.*—Microorganismo gram-negativo e intracelular, ni cultivable ni filtrable (*Dermacentrozeus rickettsi* Wolbach). Su comportamiento en huéspedes animales y antropoides indica un ciclo biológico característico.

2. *Paulas de diagnóstico:*

- (a) Clínicas.—Antecedentes de picadura de ácaro; exantema característico.
- (b) De laboratorio.—Inoculación en los animales; Weil-Felix positiva.

3. *Fuente de infección.*—Los roedores silvestres, que constituyen principalmente portadores sanos.

4. *Modo de transmisión.*—Picaduras de los ácaros *Dermacentor andersoni* (garrapatas), y magullamiento de los infectados en las manos u otras superficies del cuerpo.

5. *Período de incubación.*—Tres a diez días.

6. *Transmisibilidad.*—No es transmitida por el hombre.

6a. *Epidemiología estadística:*

- (a) Distribución geográfica.—Concrétase a la región de las Montañas Rocosas. (Ultimamente se ha descubierto que abarca una zona mucho mayor, incluso partes del Este de los Estados Unidos, y quizás hasta fuera de éstos.—R.E.N.)
- (b) Distribución estacional.—Primavera y principios del verano, correspondiendo a la aparición de ácaros adultos.
- (c) Mortalidad.—Varía según la localidad.
- (d) Morboletalidad.—Varía según la localidad; en algunos sitios hasta de 90 por ciento; en tanto que en otros sólo es de 5 por ciento.

7. *Medidas administrativas:*

- (a) Investigación de la fuente de infección.
- (b) Aislamiento.—Ninguno.
- (c) Cuarentena.—Ninguna.
- (d) Terapéutica específica.—Ninguna.
- (e) Profilaxia:
 - (1) Activa: El empleo de la vacuna de Spencer-Parker ha dado resultados muy alentadores.
 - (2) Pasiva: Ninguna.
- (f) Desinfección concurrente.—Mátese cuanto ácaro se encuentre en el enfermo.
- (g) Desinfección terminal.—Ninguna.

(Continuará)