

Nuevas y no tan nuevas epidemias: historia personal

New and not so new epidemics: my personal story

Jaime E. Ollé Goig

Asociación Catalana para el Control de la Tuberculosis en el Tercer Mundo (ACTMON)

... les hommes qui ne pouvant être des saints et refusant d'admettre les fléaux, s'efforcent cependant d'être des médecins*. La peste. A. Camus

Introducción

A mediados de los 70 me encontraba en Nueva York completando una residencia en medicina interna, después de haber pasado dos años en Nueva Orleans. Un invierno, huyendo del frío fui a Haití a pasar unos días, un lugar apenas conocido por nosotros¹ y que parecía algo distinto de los típicos destinos caribeños compuestos por hermosas playas, cocoteros, ron y poco más. Por lo que había leído (*Los comediantes* de G. Greene, *El reino de este mundo* de A. Carpentier, además de otros textos menos conocidos), tenía la impresión que no quedaría defraudado en cuanto a emociones y que mi corta visita sería rica en nuevas experiencias. Lo que descubrí superó todo lo imaginado. A unas pocas horas de vuelo encontré una población que sobrevivía en una pobreza extrema y bajo un régimen político sanguinario y represor. La alegría y espontaneidad de sus gentes ocultaban terribles tragedias. Tiempo antes había leído con especial interés acerca de un hospital (Hôpital Albert Schweitzer: HAS) que con financiamiento externo operaba en un área rural en el corazón de la isla de forma muy efectiva y desde hacía décadas²⁻⁴. Su fundador, el Dr L. Mellon, era miembro de una acaudalada familia de los Estados Unidos⁵ y le había dado el nombre de la figura en la que se había inspirado: el Dr Albert Schweitzer^{6,7}, médico, teólogo y organista que había creado un hospital en Gabón, en el que seguía trabajando. Alquilé un vehículo y allí me dirigí; el camino

no era fácil: piedras y polvo en medio de un paisaje espléndido. Con el tiempo aprendí que transitar por dicho sendero era un verdadero reto y que no estaba desprovisto de sorpresas ni de aventuras⁸. Una vez visitado el hospital pude verificar el gran contraste que existía entre los enfermos que tratábamos en Nueva York y los que allí llenaban las salas, afectos de enfermedades casi olvidadas por nosotros. Decidí que mi futuro ahí se encontraba y ello marcó para siempre mi actividad profesional.

Haré aquí un resumen de algunas de las enfermedades infecciosas, nuevas y no tan nuevas, que he ido encontrando en algunos lugares en los que he trabajado durante las últimas décadas.

Nueva York, 1974-1981

De vuelta en Nueva York, al acabar la residencia me incorporé a la universidad de Columbia para realizar un máster en salud pública, con un interés especial en epidemiología y en patología tropical, e inicié al mismo tiempo dos años de formación en enfermedades infecciosas. No era fácil encontrar una plaza en dicha especialidad porque parecía que esta no sería muy necesaria en un futuro cercano. Como había afirmado el General Surgeon: "Ha llegado ya la hora de cerrar el libro de las enfermedades infecciosas..." (no es seguro que fuera él quien pronunció dicha frase⁹ mas lo importante es la idea que reflejaba y que

*... los hombres que no podían ser santos y que se negaban a aceptar las plagas, se esforzaban, sin embargo, en ser médicos.

Correspondencia: Jaime E. Ollé Goig
E-mail: olleuganda@gmail.com

era ampliamente compartida). ¡Qué lejos de la sorprendente y feroz realidad que se nos iba a presentar! Durante esos dos años de mi formación en enfermedades infecciosas se detectó: 1) el denominado síndrome de shock tóxico¹⁰ (recuerdo a una joven que llegó con una marcada hipotensión, febril y el cuerpo cubierto por un exantema, de forma inexplicada y que estuvo a punto de fallecer); poco podíamos pensar que la sintomatología estaba producida por la toxina de un estafilococo que colonizaba los nuevos tampones hiperabsorventes que ella utilizaba), 2) un nuevo tipo de neumonía que afectó a un grupo de los llamados legionarios reunidos en Filadelfia, y 3) el sida, una infección de origen vírico que iba a causar estragos en el mundo y marcar a nuestra sociedad y a la práctica médica de forma indeleble. ¡Las enfermedades infecciosas estaban muy lejos de haber desaparecido!

Mi primer enfermo de sida a finales de 1979 (en aquel entonces todavía no se había acuñado dicho acrónimo) fue un joven homosexual, cocinero de un gran hotel de Manhattan, con una afectación vírica diseminada (citomegalovirus y herpes) más propia de pacientes fuertemente inmunodeprimidos¹¹. Pero él, ¿porqué había de estarlo?

Fue presentado en un sinnúmero de conferencias y falleció unas semanas más tarde. Nadie podía imaginar que constituía unos de los primeros casos de una epidemia que iba a causar millones de muertes en todo el mundo. Poco después detectamos un tipo de neumonía muy poco frecuente (*Pneumocystis carinii*) en dos pacientes supuestamente no inmunodeprimidos. Acudí a la biblioteca para informarme sobre este agente patógeno y encontré el caso de un enfermo de origen haitiano fallecido en un hospital de la ciudad y en el que la autopsia no había demostrado ninguna otra patología¹². Redacté una carta que envié a la revista *New England Journal of Medicine* que la rechazó. Fue publicada en otra prestigiosa revista¹³ y cuando un año más tarde el editor de la primera nos visitó en Barcelona la citó durante su conferencia; al finalizar la exposición fui a su encuentro y le comenté que no me parecía justo que citara una publicación que su revista poco antes había rechazado...

Haití, 1982-3

Acabada la especialidad y con el título de máster en mi posesión me trasladé a Haití. El trabajo en el HAS, situado en el interior del país y rodeado de arrozales, cerca del río Artibonita, poco tenía que ver con mi práctica anterior pero no me defraudó. Una consulta externa a menudo interminable compuesta de diálogos cortos, exámenes físicos someros y pruebas diagnósticas limitadísimas nos permitían demostrar (o intuir) patologías



El autor junto a una enferma con tuberculosis y con Bobin, la enfermera encargada de l'Escale, el centro de tuberculosis del Hospital Albert Schweitzer en Deschapelles, Haití.

apenas recordadas: malnutrición severa y avitaminosis¹⁴, graves valvulopatías cardíacas secundarias a fiebre reumática, tétnanos¹⁵, fiebre tifoidea¹⁶, tuberculosis, malaria, dengue, enfermedades de transmisión sexual¹⁷, ántrax¹⁸, y muchas otras infecciones en grado avanzado¹⁹.

El sida había apenas llegado y de hecho un joven con una toxoplasmosis cerebral fallecido en nuestra institución constituyó en 1978 uno de los primeros casos reconocidos en Haití²⁰. Gracias al vudú y a la creencia en la posibilidad de zombificar a los muertos²¹ teníamos la posibilidad de efectuar siempre las autopsias solicitadas²² ya que los familiares las aceptaban gustosos, para de esta forma impedir que el fallecido se convirtiera en un zombi errante y sin voluntad. Junto al centro hospitalario se creó en 1967 un servicio de salud comunitaria con 7 dispensarios distribuidos en nuestra área de influencia. Su director, el Dr W. Berggren, pudo demostrar una reducción importante de la mortalidad en nuestro distrito gracias a la ejecución del programa de cuidados de salud primarios²³. Las visitas periódicas a pie de supervisión a los dispensarios eran enriquecedoras: me permitían conocer la región, apreciar las condiciones de vida (a menudo dramáticas), de sus habitantes y entablar diálogos que iluminaban una realidad insospechada.

Ante el buen número de enfermos con ascitis que acudían a la consulta llevé a cabo un pequeño estudio serológico sobre la hepatitis B (con la ayuda del controvertido pediatra S. Krugman de Nueva York²⁴) y pudimos señalar que una buena parte de la población que atendía nuestra consulta externa, con y sin ascitis, estaba infectada por el virus de la hepatitis B (95% y 72%, respecti-

vamente). Al enviarlo a una revista europea de medicina tropical²⁵ uno de los revisores me contestó que a quien le podrían importar unos datos provenientes de un área tan poco interesante como Haití, y que ya nos podíamos preparar para la próxima avalancha de artículos sobre el sida en dicho lugar... ¡Poco podía imaginar dicho "experto" lo que se avecinaba!

A pesar de que todavía los enfermos de sida provenientes de Haití eran pocos ya se estaba generando un fuerte estigma y un gran recelo hacia los ciudadanos de dicho país, vivieran o no en su país de origen. En el mismo Haití se empezaba a denominar al síndrome katrach, (4 H) es decir: haitiano, homosexual, heroinómano y hemofílico. No obstante, un análisis detallado de los casos declarados me mostró que dicha clasificación no estaba justificada. Así lo escribí²⁶ y ello me mereció una correspondencia abundante (incluyendo una carta del mismísimo embajador haitiano en los Estados Unidos) agradeciendo mi aclaración.

España, 1983-7

De vuelta en Barcelona, unos meses más tarde, trabajé en el servicio de epidemiología del *Departament de Sanitat*. Tuvimos que manejar varios brotes de mayor o menor importancia en cuanto a su gravedad y en cuanto al número de afectados. La neumonía por *Legionella* en un hotel del Maresme en el que fallecieron varios clientes y que tuvimos que cerrar (constituyó el primer brote en España en el que se aisló la bacteria)²⁷; la huida abortada de la cárcel Modelo de dos reclusos infectados por *Leptospira* en el túnel que habían excavado (fui a visitarlos al H. *Clínic* con ganas de decirles "lo siento")²⁸; la enfermedad por inhalación de *Brucella* en los trabajadores de una planta que manufacturaba la vacuna para uso veterinario²⁹, y otras de menor impacto. Un caso dramático que me quedó particularmente grabado fue el de un niño de pocos meses que desarrolló una parálisis flácida como consecuencia de haber sido vacunado; tuve que explicar a los padres que esto ocurría muy pocas veces pero que el riesgo existía siempre que se aplicara una vacuna con virus vivos³⁰; por fortuna, fueron extraordinariamente comprensivos. Unos años más tarde como funcionario de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en África firmé en el Congo-Brazzaville un manifiesto que proclamaba que en el año 2000 la poliomielitis habría sido eliminada. ¡Poco podíamos imaginar los expertos allí reunidos que dicha infección, 15 años más tarde, seguiría afectando a los niños de dos países en guerra (Afganistán y Pakistán) donde se asesinaban a los agentes de salud que administraban la vacuna!

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) aún no se había aislado ni existían análisis de laboratorio que pudieran

confirmar la posible infección, mas el sida había hecho ya su aparición entre nosotros³¹. El síndrome conllevaba una fuerte carga de rechazo y de estigma³², y a las tareas educativas y de divulgación dedicamos nuestros esfuerzos, a informar a la población, a describir la epidemia en nuestro país y a difundir las medidas preventivas necesarias³³⁻³⁶. No fue tarea fácil, ni aquí ni en ninguna parte, y todavía pasarían varios años antes de que la nueva patología fuera tratada de una manera más racional³⁷.

Otra vez Haití, 1988-92

Después de mi paso por Malí empleado por la OMS³⁸ volví a Haití. La primera visita que realicé a aquel país caribeño me había dejado una huella imborrable que me marcaría para siempre a todos niveles hasta el punto de que con frecuencia me siento más en casa, más relajado y satisfecho durante una de mis numerosas visitas a la isla que cuando me encuentro en la ciudad donde nací.

El sida había llegado y se había extendido con rapidez³⁹, y el binomio tuberculosis-sida causaba estragos. Un estudio llevado a cabo en nuestra consulta externa demostró que a pesar de que nos encontrábamos en un área rural alejada del medio urbano el número de pacientes infectados por el VIH era elevado⁴⁰ y de que su impacto económico en nuestro centro era notable⁴¹.

Ya antes del sida, la tuberculosis constituía un problema de salud importantísimo con una elevadísima incidencia en una población tan desfavorecida pero lo más grave, a mi entender, era que en nuestra institución, a pesar de tener todos los elementos para su diagnóstico y curación (pruebas de laboratorio, radiología, medicamentos, personal sanitario formado), el porcentaje de curación era muy bajo (apenas el 50%). Después del análisis de una muestra de los historiales clínicos y de varias entrevistas con el personal y con antiguos enfermos decidimos cambiar nuestra estrategia de tratamiento. Los enfermos no tendrían que acudir al hospital para recibir su tratamiento: nosotros iríamos a tratarlos en sus domicilios. Para ello creamos la figura del *accompagnateur* (la palabra supervisor podía engendrar suspicacias): antiguos enfermos de tuberculosis formados y responsables de un grupo de pacientes residentes en su área, y buscamos financiamiento para pagarlos. Este llegó a través de un grupo de familiares y amigos que aportan unas cantidades de forma periódica y regular (ACTMON: Asociación Catalana para el Control de la Tuberculosis en el Tercer Mundo). Veintitrés años más tarde creo que nos podemos enorgullecer de que las tasas de curación se mantienen por encima del 80% a pesar de la continua inestabilidad política, de los desastres naturales y de la degradación de la economía local⁴².

En 2010 un fuerte seísmo sacudió el país, especialmente la capital, dejando cientos de miles de muertos (no se conoce todavía la cifra exacta) y numerosas familias sin hogar⁴³. En esta situación de destrucción y caos unos *vibrios*, al parecer acarreados por tropas nepalesas de las Naciones Unidas ocasionaron una epidemia de cólera sin precedentes⁴⁴. Un ejemplo de lo que hoy representa la “globalización”, y de que cuando esta se asienta sobre un lugar no preparado a globalizarse las condiciones locales pueden empeorar con rapidez.

Bolivia, 1993-6

En la ciudad de Sta Cruz, en el oriente boliviano estuve encargado del servicio de tuberculosis del Hospital San Juan de Dios y me fui sensibilizando sobre lo que esta patología (teóricamente curable) representaba⁴⁵. En las personas de pocos medios, porque a menudo acudían a los servicios de salud con la enfermedad ya muy avanzada, y en las de mejor situación económica porque los médicos que las atendían no seguían siempre las directrices del Programa Nacional. Varios estudios que efectuamos demostraron el mal pronóstico de la tuberculosis sensible o con diferentes tipos de resistencia a los medicamentos⁴⁶⁻⁵⁰. Llevamos a cabo una encuesta y unos estudios entre los médicos que mostraron los errores al diagnosticar la enfermedad, la deficiente práctica clínica y una verdadera anarquía farmacológica⁵¹. No era de extrañar que aparecieran resistencias en los enfermos tratados repetidas veces (resistencia secundaria) e, incluso, en los enfermos nunca tratados (resistencia primaria). Dichos estudios tuvieron una repercusión notable porque los estudiantes que habían realizado las encuestas, al exponer los resultados en sus domicilios (muchos eran hijos de médicos) sufrieron, primero la incredulidad y luego el enojo paterno.

Las equivocaciones y omisiones eran frecuentes en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de nuestros pacientes, tanto en Haití como en Bolivia⁵²⁻⁵⁴, y a ello hay que añadir que los resultados registrados no siempre reflejaban la dura realidad⁵⁵. Todo ello me impulsó a reclamar, de una manera algo irónica, que en nuestros programas, al DOT (en inglés: tratamiento observado directamente) habría que añadirle el DOD (doctores observados directamente) de forma permanente, es decir: formación, supervisión y evaluación del personal sanitario⁵⁶.

Uganda, 2000-5

En Uganda, en una región alejada de la capital y que bordeaba al lago Victoria –un paisaje de ensueño (la perla de África lo había denominado Churchill)-, trabajé como director médico

en un centro de referencia para la lepra. La lepra iba en retroceso pero la alianza tuberculosis-VIH tenía un impacto creciente en nuestro distrito, y la malaria ocupaba buena parte de nuestro servicio de pediatría. No teníamos medicamentos antirretrovirales y apenas se empezaban a crear centros de tratamiento del sida en la ciudad vecina. Los enfermos de tuberculosis recibían un tratamiento efectivo⁵⁷ pero a condición de que no estuvieran infectados por micobacterias resistentes. Intenté vanamente obtener medicamentos de segunda línea, ya que la mayoría de dichos enfermos no tenían esperanza de curación: o fallecían o cronificaban, diseminando su infección durante años⁵⁸⁻⁵⁹. Todo ello constituía un asunto gravísimo de salud pública al que teníamos que enfrentarnos con urgencia⁶⁰. Tiempo más tarde el programa DOTS+ y el Comité Luz Verde fueron creados con esta intención; los resultados no se hicieron esperar pero muchos de mis pacientes habían ya fallecido en la espera⁶¹.

Antes de marchar de Uganda pasé unas semanas en Gulu, una provincia del norte, vecina de Sudán. El hospital de Lacor estaba rodeado por los campos de refugiados que huían de una pandilla de asesinos denominados la Armada de Resistencia del Señor que diseminaban el terror desde hacía años en la región⁶². Por la noche cientos de niños, por miedo a ser raptados, acudían con sus mantas a dormir en los patios del hospital. Me sorprendió que en uno de ellos había una placa en honor de los 13 trabajadores del hospital que habían fallecido dos años antes como consecuencia de haberse infectado por el virus Ebola. De esta forma tuve conocimiento de una epidemia que había asolado la región y que había causado allí varios centenares de muertos⁶³.

Yo ya estaba familiarizado con los virus causantes de fiebres hemorrágicas. Durante mis años en la universidad de Columbia tuve como mentor al Dr J. Frame que había aislado el virus de la fiebre de Lassa en Nigeria⁶⁴, y que me pidió que le tradujera varios artículos sobre los casos aparecidos en Junín (Argentina) y Machupo (Bolivia). La descripción de los primeros enfermos entre el personal sanitario local formaba un reguero dramático de muertes⁶⁵: incluso se infectó un virólogo catalán Jordi Casals que en el laboratorio de la universidad de Yale había recibido muestras de sangre para su estudio⁶⁶, y que al no fallecer constituyó una fuente de suero inmune.

¿Qué podíamos hacer nosotros ante cada enfermo que se presentaba con fiebre en un lugar que había padecido recientemente una epidemia severa de Ebola? Recordé la última página de La peste y proseguimos nuestra labor diaria con los pacientes. ¡Poco podía pensar que unos años más tarde dicha infección se iba a extender al África occidental y que unos pocos casos exportados a Occidente causarían un pánico extraordinario⁶⁷!

Recientemente, se ha descrito un virus que provenía de Uganda (no lejos de mi antigua residencia) que ha originado una alarma mundial ya que al parecer es causa de malformaciones congénitas severas, especialmente en Sudamérica⁶⁸. El virus Zika fue aislado en unos monos en los años 70 pero por razones desconocidas no había originado (o no se había identificado) ninguna patología en humanos.

Djibuti, 2006-2011

Situado en el Cuerno de África, y aunque diminuto, Djibuti es un país particularmente difícil. Las altas temperaturas (el lugar más caliente del planeta), la sequedad y falta de vegetación, las suspicacias y desconfianza entre las dos tribus principales que lo habitan (*isas* y *afars*), y una población reducida pero en conflicto permanente con sus vecinos (Eritrea, Etiopía y Somalia) no contribuyen al bienestar de sus habitantes. Yo estaba encargado, teóricamente, del servicio de enfermedades infecciosas del hospital público de la capital mas como había que pagar para ser atendido, la sala estaba ocupada casi por entero por enfermos infectados por el VIH, que eran los únicos que recibían atención gratuita; el hecho de ser un país de religión musulmana era un factor añadido que dificultaba su atención⁶⁹. Atendimos a dos enfermos con una patología propia de una inmunodepresión severa pero que no estaban infectados por el VIH⁷⁰ y una revisión de la literatura puso en evidencia otros casos parecidos; se había sospechado, pero no se pudo demostrar nunca, una infección por otro virus.

Los enfermos con tuberculosis se atendían en un centro aparte dotado con unas condiciones sanitarias muy deficientes y pasaban allí largas temporadas bajo un techo de hojalata con temperaturas que rondaban siempre los 40°. El suministro de medicamentos de segunda línea al personal no bien formado era origen de un número elevado de enfermos con tuberculosis multirresistente e incluso con tuberculosis extremadamente resistente⁷¹. Estudios genéticos indicaron que dichas micobacterias tenían orígenes diversos⁷².

Conclusiones

Mi vida profesional ha estado marcada por el nomadismo y por la atención a los segmentos de la sociedad más desfavorecidos. Lo primero, obligado por la limitación temporal de la mayoría de proyectos en los países de baja renta y por la voluntad de que mi puesto fuera ocupado, cuando ello era posible, por un experto nacional. Lo segundo por una necesidad y un empeño personales, y por un requerimiento circunstancial.

En una práctica que a menudo puede hacerse rutinaria⁷³ la atención esmerada a los enfermos⁷⁴ y la curiosidad científica son dos motivaciones importantes que ayudan a hacerla más interesante y llevadera. En el lugar más apartado del planeta siempre puede aparecer un caso cuyo conocimiento pueda ser provechoso para otros colegas y para la propia comunidad. El hecho de que una epidemia afecte a varias personas le da un matiz diferente que al diagnóstico y trato de un solo paciente (piénsese por ejemplo en las epidemias de sida y de Ebola). El impacto social que ello desencadena nunca es desdeñable y hay que tenerlo siempre en cuenta, y por ello las implicaciones políticas no son infrecuentes. Dejando aparte los efectos negativos que cualquier enfermedad tiene en el individuo, en su familia y en la comunidad, una situación epidémica no está exenta de efectos positivos: un aumento de los conocimientos, una revitalización del sistema de salud, una aportación de recursos externos (materiales y de personal), un nuevo diálogo entre la comunidad científica y el estado, unas nuevas expectativas de la comunidad, y una percepción diferente de la salud.

Pienso que los brotes epidémicos de origen infeccioso no desaparecerán nunca por dos razones: 1) por la gran capacidad que tiene la naturaleza en adaptarse a cualquier nueva situación (véase las resistencias a los antibióticos que aparecen de continuo), y 2) por la aversión que tiene esta misma naturaleza al vacío (*horror vacui*). De los brotes de origen no infeccioso nos encargamos nosotros de generarlos sin descanso (diabetes, obesidad, abuso de substancias de consumo ilegal, etc.).

Mi trabajo en diferentes países, ricos y pobres, ha estado influenciado fuertemente por dos epidemias. La primera, la tuberculosis: una enfermedad de larga historia entre los humanos, olvidada durante mucho tiempo hoy curable aunque su forma nueva, resistente a múltiples medicamentos (fruto de su aplicación equivocada), conlleve el riesgo de hacerla otra vez incurable.

La segunda epidemia que ha tenido un impacto permanente en mi práctica en todas las latitudes ha sido la aparición del VIH. Su origen no está todavía del todo esclarecido pero su desaparición no se vislumbra a corto ni a mediano plazo. Sus efectos se han hecho notar en nuestras sociedades bien estantes pero en los países de pocos recursos su impacto ha sido devastador e intuyó que hasta que no poseamos una vacuna efectiva no dejarán de sentirse sus efectos negativos.

Recuerdo que fue el neurólogo y prolífico escritor Oliver Sacks quien explicó en una conferencia que atendí en Barcelona que en su juventud se hizo el propósito de no aburrirse nunca⁷⁵. Creo que además de cuidar a un buen número de enfermos puedo afirmar que lo he logrado.

Dedicatoria

Dedico este escrito a mi esposa Tere que me ha acompañado en todos mis destinos profesionales y que ha trabajado con devoción y perseverancia para el bienestar de los niños.

Bibliografía

1. Ollé Goig JE. Haití, ese desconocido. *JANO*. 1992; 42:110-6.
2. Long R, Scalcini M. Hôpital Albert Schweitzer and the republic of Haiti. *J Community Health*. 1986;11:77-91.
3. Ollé Goig JE. Historia del Hospital Albert Schweitzer. *JANO*. 1992; 42:35-36.
4. Barry M, Stanfield SK, Bia FJ. Haiti and the Hôpital Albert Schweitzer. *Ann Intern Med*. 1983;98:1018-1020.
5. Michelmore P. Dr. Mellon of Haiti. Cornwall, NY: Dodd, Mead & co., 1964.
6. Pierhal J. Albert Schweitzer. *La vida de un hombre bueno*. Barcelona: Ed. Noguer, 1955.
7. Brothers in spirit. The correspondence of Albert Schweitzer and William Larimer Mellon, Jr. Translated by Jeannette Q. Byers. Syracuse, NY: Syracuse University Press, 1996.
8. Ollé-Goig JE. On the road to Deschapelles. *Lancet*. 1999;354:1134
9. Brad Spellberg B, Bonnie Taylor-Blake B. On the exoneration of Dr. William H. Stewart: debunking an urban legend. *Infect Dis Poverty*. 2013;2:3.
10. Ollé Goig JE; Aubert JM. El síndrome de shock tóxico. *Progr Obstet Ginecol*. 1983;26:89-95.
11. Mildvan D, Mathur U, Enlow R, et al. Opportunistic infections and immune deficiency in homosexual men. *Ann Intern Med*. 1982; 96:700-4.
12. Hennigar GR, Vinijchaikul K, Roque AL, Lyons HA. Pneumocystis carinii in an adult. *Am J Clin Pathol*. 1961;35:353-64.
13. Ollé-Goig JE. Haiti and the acquired immunodeficiency syndrome. *Ann Intern Med*. 1983;99:565.
14. Perry H, Berggren W, Berggren G, et al. Long-term reductions in mortality among children under age 5 in rural Haiti: effects of a comprehensive health system in an impoverished setting. *Am J Pub Health*. 2007;97:240-6.
15. Garnier MJ, Marshall FN, Davison KJ, Lepreau, Jr. FJ. Tetanus in Haiti. *Lancet*. 1975;1:383-6.
16. Ollé-Goig JE, Ruiz L. Typhoid fever in rural Haiti. *Bull Pan Am Health Organ*. 1993;27:382-8.
17. Fitzgerald DW, Behets F, Caleindo A, et al. Economic hardship and sexually transmitted diseases in Haiti's rural Artibonite valley. *Am J Trop Med*. 2000;62:496-501.
18. Smego, Jr, RA, Gebrian B, Desmangels G. Cutaneous manifestations of anthrax in rural Haiti. *CID*. 1998;26:97-102.
19. Ollé-Goig JE, Domingo J. A case of chromomycosis treated with thiabendazole. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 1983;77:773-4.
20. Pape JW, Liautaud B, Thomas F, et al. Characteristics of the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) in Haiti. *N Eng J Med*. 1983; 309:945-50.
21. Métraux A. *Le vaudou haïtien*. Paris: Gallimard, 1958.
22. Ollé-Goig JE, Canela-Soler J. The value of the autopsy in a rural hospital of Haiti. *Trop Doct*. 1993;23:52-4.
23. Berggren WL, Ewbank DC, Berggren GG. Reduction of mortality in rural Haiti through a primary-health-care program. *N Eng J Med*. 1981;304:1324-30.
24. Krugman S, Giles JP, Hammond J. Infectious hepatitis. Evidence for two distinctive clinical, epidemiological, and immunological types of infection. *JAMA*. 1984;252:393-401.
25. Ollé-Goig JE. Prevalence of hepatitis B markers among patients with and without ascites in rural Haiti. *Trop Doct*. 1985;15:148.
26. Ollé Goig JE. Groups at high risk for AIDS. *N Engl J Med*. 1984;124:311.
27. Ollé Goig JE, Martín Casabona N, González Fuente T. Infección por Legionella pneumophila en los clientes de un hotel: las duchas como probable fuente de infección. *Med Clín (Barc)*. 1987;88:261-3.
28. Montagut A. La enfermedad de dos reclusos, provocada por el contacto con las ratas, permite descubrir un tunel en la Modelo. *El País*. 1984, pág. 16.
29. Ollé-Goig JE, Canela Soler J. An outbreak of Brucella melitensis infection by airborne transmission among laboratory workers. *Am J Pub Health*. 1987;77:335-8.
30. Ollé Goig JE. Probable cas de poliomielitis vacunal. *BEC* 1984; 5:15-8.
31. Ollé Goig JE. El Sida en España. *JANO*. 1986;30:67-73.
32. Ollé-Goig JE. Del "Haz el amor y no la guerra" a la práctica del "sexo seguro": historia personal del sida y algunas reflexiones. *Med Clín (Barc)*. 1994;103:181-5.
33. Ollé Goig JE. Editorial: El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida). *Enf Inf*. 1983;1:55-9.
34. Ollé Goig JE, Domingo J. La neumonia por Pneumocystis carinii. *Med Clín (Barc)*. 1984;82:631-6.
35. Ollé Goig JE. Editorial: Hacia el fin de una metáfora: el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (1979-1984). *Enf Inf Microbiol Clín*. 1984;2:141-5.
36. Ollé Goig JE. Editorial: ¿Sida o no Sida? Algunas notas sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *Med Clín (Barc)*. 1984; 83:244-8.
37. Ollé Goig JE. Si los azoto y sangran... *El País*. 7 Julio 2002, pág. 12.
38. Ollé Goig JE. Los ojos de Aisha. Reflexiones de un médico en el Sahel. *Med Clín (Barc)*. 1989;92:460-1.
39. Pape JW, Liautaud B, Thomas F, et al. The acquired immunodeficiency syndrome in Haiti. *Ann Intern Med*. 1985;103:674-8.
40. Ollé-Goig JE, Rodés A, Barrera JM. Prevalence of HIV-I infection in a rural medical clinic in Haiti. *J Trop Med Hyg*. 1993;96:222-4.
41. Ollé-Goig JE, Rodés A, Casabona . The impact of HIV infection in a rural hospital in Haiti. *J Trop Med Hyg*. 1994;97:21-5.
42. Ollé-Goig JE, Alvarez J. Treatment of tuberculosis in a rural area of Haiti: directly observed and non-observed regimens. The experience of Hôpital Albert Schweitzer. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2001; 5:137-45.
43. Ollé Goig JE. Haití: antes y después. *Med Clín (Barc)*. 2011;136:549-52.
44. Ollé Goig JE. El cólera en Haití: llover sobre mojado. *Med Clín (Barc)*. 2012;139:313-5.
45. Ollé Goig JE. Historias de la Sala 7. *Med Clín (Barc)*. 1998;110:64-7.
46. Ollé-Goig JE. Patients with tuberculosis in Bolivia: why do they die? *Pan Am J Public Health*. 2000;8:151-5.

47. Ollé Goig JE, Sandy R. El pronóstico de los enfermos con tuberculosis pulmonar mono y polirresistente en Santa Cruz, Bolivia. *Arch Bronconeumol.* 2003;39:382-6.
48. Ollé-Goig JE, Sandy R. Outcomes of individualised treatment for multidrug-resistant tuberculosis before DOTS-Plus. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2005;9:765-70.
49. Abós-Herràndiz R, Ollé-Goig JE. Patients hospitalised in Bolivia with pulmonary tuberculosis: risks factors for dying. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2002;6:470-4.
50. Ollé-Goig JE. Errores diagnósticos relacionados con la tuberculosis en enfermos hospitalizados. *Arch Bronconeumol.* 2000;36:515-8.
51. Ollé-Goig JE, Cullity JE, Vargas R. A survey of prescribing patterns for tuberculosis treatment amongst doctors in a Bolivian city. *Int J Tuberc Lung Dis.* 1999;3:74-8.
52. Ollé-Goig JE. Addisonian crisis diagnosed as cholera. *Trop Doc.* 1998;28:59-60.
53. Ollé-Goig JE. Tuberculosis. *Trop Doct.* 1994;24:34-5.
54. Ollé-Goig JE. Diagnosing tuberculosis. *Trop Doct.* 1995;25:140.
55. Ollé-Goig JE. Poor quality of data and care casts doubts on reported success of Ugandan's TB Programme: A study of the Tuberculosis Unit Registers in three Ugandan hospitals. *Health Policy Develop.* 2009;7:60-2.
56. Ollé-Goig JE. Non-compliance with tuberculosis treatment: patients and physicians. *Tub Lung Dis.* 1995;76:277.
57. Ollé-Goig JE. Tuberculosis in rural Uganda. *Afr Health Sci.* 2010; 10:226-29.
58. Ollé-Goig JE. Nasira's story. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2006;10:1420.
59. Ollé-Goig JE. Drugs for MDR-TB in Uganda. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2004;8:271.
60. Ollé-Goig JE. Editorial: The treatment of multidrug-resistant tuberculosis: a return to the pre-antibiotic era? *Trop Med Int Health.* 2006; 11:1625-8.
61. World Health Organization. *Procurement of second-line antituberculosis drugs for DOTS-Plus projects.* WHO/CDS/TB/2000.276. Geneva, Switzerland: WHO, 2000.
62. Northern Uganda humanitarian crisis shocks UN chief. *Lancet.* 2003; 362:1818.
63. Okware SI, Omaswas FG, Zaramba S, et al. An outbreak of Ebola in Uganda. *Trop Med Inter Health.* 2002;7:1068-75.
64. Frame J D. Surveillance of Lassa fever in missionaries stationed in West Africa. *Bull World Health Organ.* 1975;52:593-8.
65. Frame JD, Baldwin JM Jr, Gocke DJ, et al. Lassa fever, a new virus disease of man from West Africa. I. Clinical description and pathological findings. *Am J Trop Med Hyg.* 1970;19:670-6.
66. Monath TP, Casals J. Diagnosis of Lassa fever and the isolation and management of patients. *Bull World Health Organ.* 1975;52:707-15.
67. Ollé Goig JE. Algo más que Ebola. *El País.* Planeta futuro. 9 Dic. 2014.
68. Sumarasekera U, Triunfol M. Concern over Zika grips the world. *Lancet.* 2016;387:521-3.
69. Ollé Goig JE. Un médico entre musulmanes. *Med Clin (Barc).* 2009; 132:522-4.
70. Ollé-Goig JE, Cervera C, Miró JM, Ramírez J. Profound reduction of CD4+ lymphocytes without HIV infection : two cases from the Horn of Africa. *Afr Health Sci.* 2012;12:331-3.
71. Ollé-Goig JE, Codina-Grau G, Martín-Casabona N. Resistance to anti-tuberculosis medications in the Horn of Africa. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2011;15:414-6.
72. Samper S, Ollé-Goig JE, Martín-Casabona N, Martín C. Mycobacterial lineages causing MDR and XDR tuberculosis in the Horn of Africa. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2016;20:150-3.
73. Ollé Goig JE. Médico en los trópicos. *Med Clin (Barc).* 2003;121:472-7.
74. Ollé Goig JE. Amor y cariño. *Rev Clin Española.* 2014;214:279-80.
75. Sacks O. *On the move.* New York: Vintage Books. 2016.