

- (d) Taburetes y sofá o mesa para reconocimiento.
- (e) Termómetros clínicos.
- (f) Agua corriente y medios de lavado junto con otras instalaciones sanitarias.
- (g) Medios para recibir y transmitir a un laboratorio ejemplares de esputos, y un repuesto de receptáculos para esputos.
- (h) Accesorios, tales como servilletas de papel, escupideras, etc., impresos con consejos, listas dietéticas, etc.

5. *Servicio*.—Todos los dispensarios antituberculosos permanecerán abiertos por lo menos una hora diaria y una noche cada semana. Los días y horas serán determinados por las autoridades locales según les parezca mejor para conformarse a las necesidades locales.

6. *Personal*.—Cada dispensario tendrá por lo menos un médico y una enfermera u otra empleada capacitada en tuberculosis y los dos atenderán constantemente a sus deberes. Las calificaciones de médicos, enfermeras y asistentes para tuberculosos tienen que ser aprobadas por el Departamento de Sanidad del Estado.

ORGANIZACIÓN DE DISPENSARIOS ANTITUBERCULOSOS EN LA CIUDAD DE NEW HAVEN¹

Por el Dr. H. R. EDWARDS

El dispensario general de New Haven fué inaugurado en 1870, siguiendo funcionando desde entonces. En 1907 se creó una División especial de Tuberculosis que en 1925 fué dividida en una sección de pediatría para niños de 1 a 6 años y otra de medicina para los mayores de esa edad.

Personal.—El dispensario está a cargo de un clínico. La sección de medicina es atendida en cada sesión por 3 clínicos idóneos y la de pediatría por 2; además suelen ayudar 3 estudiantes de medicina. Este personal garantiza a cada enfermo un examen rápido y completo. La sección de pediatría cuenta con los servicios de una enfermera de a tiempo completo y la de medicina con otra. Esas enfermeras virifican por lo menos una visita domiciliaria a todo caso nuevo, y por haber desempeñado por mucho tiempo sus cargos, conocen a fondo los factores sociales y económicos de cada caso. Además, la Asociación de Visitadoras de la localidad atiende a todas las familias vigiladas por el dispensario y se encarga de mantener el contacto domiciliario con los casos y allegados. También ayudan en este trabajo las visitadoras escolares.

Admisión de casos.—El dispensario recibe a todo enfermo que no puede pagar por asistencia médica particular. Las secciones de tuberculosis se interesan primordialmente en los casos en que hay un diag-

¹ Tomado de *American Review of Tuberculosis*, 1933.

nóstico o sospecha de tuberculosis y en los contactos familiares. Las otras divisiones que representan las varias especialidades médicas y pediátricas envían al dispensario los casos en que hay signos precisos o sospechosos de afección pulmonar así como niños que acusan reacciones positivas a la tuberculina cuando los descubren al hacer sus exámenes

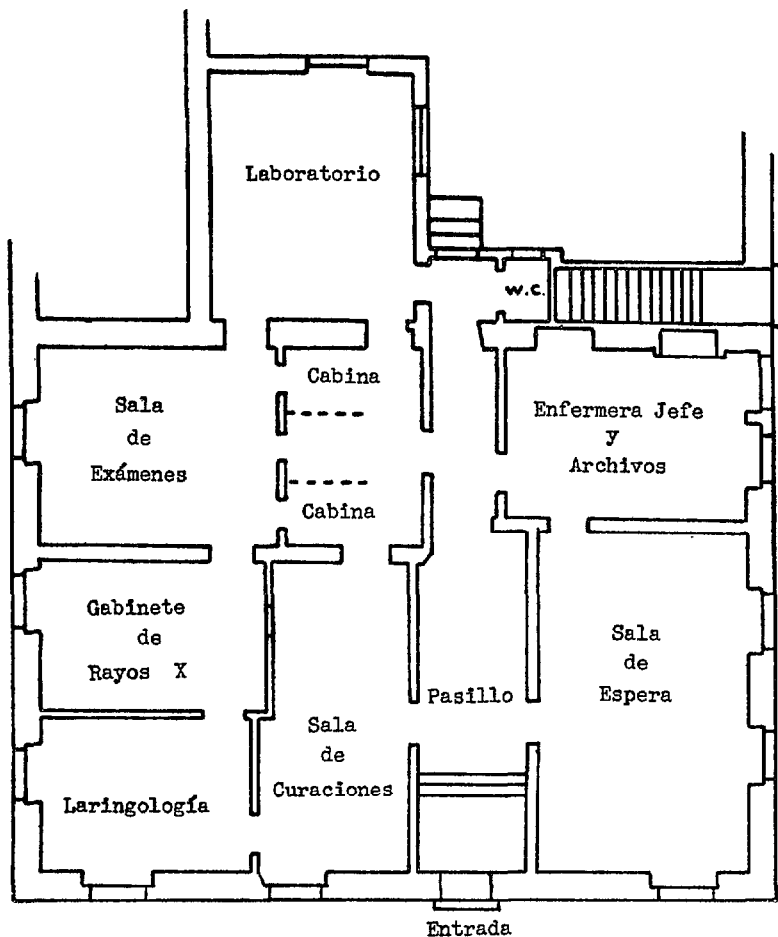


Fig. 5.—Plano del dispensario antituberculoso de Belfort, en Francia

habituales. En esa forma la división de tuberculosis cuenta con una numerosa clientela de casos no pulmonares como bronquiectasia, bronquitis, asma, pleuresía, neumoconiosis, etc. El grupo de contactos comprende todos los individuos en que ha habido contacto conocido con un caso diagnosticado y todos los niños de menos de 15 años que han acusado reacción positiva a la tuberculina, sin haberse descubierto

fuentes familiares o de otra naturaleza para la infección. Este último grupo aparece en una casilla aparte en el informe mensual.

Al examinar los contactos de casos conocidos, siempre se ha examinado a todos los familiares, pero sólo desde 1927 se concede idéntica atención a adultos y a niños. Hoy día se trata de examinar a todos los miembros de la casa y los contactos aun de fuera, de un caso dado, a fin de descubrir si es posible la fuente primaria del mal. Se hace lo mismo en los niños con una reacción positiva a la tuberculina que no revelan afección manifiesta ni contacto conocido.

Examen físico.—A su ingreso, todo individuo es objeto de un completo examen torácico y de un reconocimiento más superficial de la cabeza y nasofaringe. De haber signos de anormalidad en la nasofaringe, ojos, oídos y otros órganos, el enfermo es enviado a la clínica de la especialidad dada para diagnóstico y recomendación.

Comprobación con tuberculina.—Todos los niños hasta de 16 años son comprobados con tuberculina en general. Lo mismo se hace con los adultos en casos seleccionados, extendiéndose esta medida cada vez más. Desde el principio se ha empleado la tuberculina antigua, y desde 1924 con la técnica de Mantoux. Las diluciones de tuberculina equivalen a dosis de 0.02, 0.1, y 1 mgm. Si un caso no reacciona a 0.02 mgm, se repite la prueba con 1 mgm lo cual establece más pronto si hay o no infección. Hasta ahora no se han observado reacciones contraproducentes con ese método.

Las lecturas se hacen al cabo de 48 horas en la clínica, si es posible y si son negativas, repiten la reacción la enfermera o el médico. Cuando el enfermo no puede volver a la clínica por una razón u otra, la visitadora o enfermera escolar se encargará de la lectura, y de ser ésta negativa entonces se hace otra reacción en la clínica.

En la división de pediatría emplean la tuberculina en una forma algo distinta que en la de medicina, pues para fines de investigación no aumentan en el acto la dosis, tratándose de reactores negativos, sino que pueden seguir estudiando un caso por espacio de 5 años y anotar 12 o más negativas a una dosis de 0.1 mgm o a repetidas dosis de 1 mgm. Al alcanzar la edad de 6 años, todos los niños de dicha división son transferidos automáticamente a la división de medicina en que se hace la comprobación con tuberculina hasta llegar a 1 mgm y de no reaccionar a 1 mgm de T. A. y no haber caso de conocida tuberculosis pulmonar o abierta de otro género en la familia o en los contactos inmediatos, se da de alta. Sólo en los casos especialmente seleccionados continuamos estudiando un niño negativo a T. A. o a los contactos con un familiar que tenga ganglios linfáticos mesentéricos calcificados o traqueobronquiales aparentemente calcificados.

Rayos X.—Se obtienen sistemáticamente roentgenogramas de todos los niños que reaccionan a la tuberculina y a veces de los que no reac-

cionan si hay dudas sobre la existencia de afección pulmonar. Se hace otro tanto con los adultos que acusan signos de afección ultrapulmonar en todos los casos. Cuando la enfermedad es manifiesta se obtienen nuevos roentgenogramas a plazos fijos según el caso dado. En los niños se suelen emplear las siguientes combinaciones al principio: estereoroentgenogramas del tórax y radiografías anteroposteriores del abdomen. La exposición torácica puede variarse obteniendo una sola vista anteroposterior y una oblicua. Si hay signos sospechosos en los ganglios cervicales se obtiene una vista anteroposterior del cuello.

Consultas.—El dispensario ofrece servicio de diagnóstico a los médicos que deseen enviar sus casos. Estos, una vez estudiados, se devuelven al médico para tratamiento y vigilancia, con un completo informe de los hallazgos y recomendaciones del dispensario.

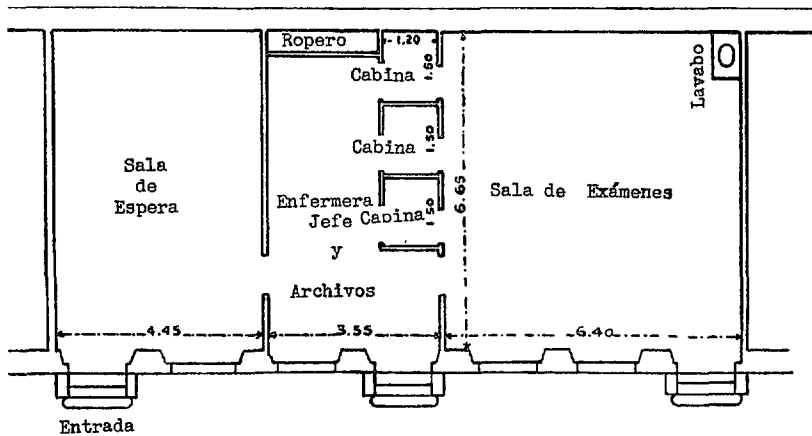


FIG. 6.—Plano del dispensario antituberculoso de Bagnères-de-Bigorre, en Francia

Protocolos.—Se utiliza el sistema unitario para llevar protocolos, escribiéndose todos los informes en forma narrativa. Cada cartapacio contiene datos de todos los exámenes, diagnósticos, recomendaciones y tratamientos tanto en el dispensario como en los hospitales. Además se guarda una hoja de servicio social con los datos pertinentes, incluso los de familia y sociales, informes de y para los médicos, visitadoras, sanatorios y hospitales.

También hay cartapacios para cada familia comprendiendo los contactos familiares y exfamiliares. Figuran allí la edad de cada individuo, fecha de ingreso al dispensario, reacciones a la tuberculina y exámenes roentgenográficos, así como las muertes y antecedentes en los sanatorios u hospitales, obteniéndose de ese modo un cuadro completo del mal en cada familia y pudiéndose atender directamente al factor más urgente. Después de inscribir todos los datos disponibles en esas

gráficas, se celebran conferencias con las visitadoras del dispensario y el director de la sección de tuberculosis del Departamento de Sanidad, en los que considerada cada familia como una unidad, hácese indicaciones específicas. De este modo también es posible descartar del servicio de enfermería familias que no necesitan vigilancia, ahorrando así mucho tiempo y servicio.

Exámenes de laboratorio.—A todo enfermo que espupa se le pide que someta ejemplares para examen, en los recipientes apropiados que se facilitan. Si 5 frotos directos resultan negativos al bacilo tuberculoso, se ordena un examen de frotos concentrados o que se hagan cultivos o inoculaciones en el cobayo. Si están indicados también se hacen estudios en busca de hongos o de otros microbios. Todos los demás exámenes, como de sangre, orina, etc., se hacen por conducto de las clínicas de medicina o de pediatría.

Duración de la vigilancia.—Todo adulto con enfermedad manifiesta continúa en observación hasta que va a un sanatorio, abandona la ciudad o muere, a menos que se ponga en manos de un médico particular. Los que regresan del sanatorio o vuelven a residir en la ciudad son readmitidos. Algunos enfermos con lesiones mínimas bien cicatrizadas son dados de alta después de un período de observación suficiente para asegurar la curación. En el fondo se sigue el mismo procedimiento con los niños. También se hace un esfuerzo para mantener bajo vigilancia hasta completar la edad de 25 años a todo niño que reacciona a la tuberculina y no tiene enfermedad manifiesta, esperando así aprender algo de valor sobre la patogenia del mal.

Seroterapia de la erisipela.—Neuber recomienda la seroterapia específica en la erisipela administrando el suero mixto de 6 u 8 enfermos. Como las substancias activas del suero pierden rápidamente su eficacia, cree que debe conservarse congelado. Lo administra por inyección intraglútea a dosis crecientes y a plazos de 2 o 3 días, comenzando con 40 a 80 cc. El suero de los enfermos que no han recibido suero es más eficaz que el de los otros, por lo cual limita esa terapéutica a los casos graves tomando como donantes a los casos leves. Hay sus recidivas después de la seroterapia, pero son leves. Si se agota el suero de convaleciente, conviene emplear la quimioterapia con salvarsán, quinina, etc. (Neuber, E.: *Wien. klin. Woch.*, 581, mayo 8, 1936.)

Valor de la estadística.—Un país sin estadísticas avanza a ciegas, equivocando la ruta; tropezando, cayendo, retrocediendo, entregándose a la solución parcial de un problema cualquiera mientras se abandonan otros de mayor importancia; haciendo con la mejor buena fe lo contrario de lo que aconseja la realidad. El efecto de tales desvios resalta aún más si se considera el empeño que ponen hoy todos los pueblos civilizados en la averiguación de las cosas y los hechos que les incumben, para conocer las leyes de la evolución y fijar con la mayor exactitud posible las normas gubernamentales. L. E. OSORIO, "Un gran centro de interés," Pub. Contraloría Gral. Rep. Colombia, 1936.