

FUNCIONAMIENTO DE UN DISPENSARIO ANTI-TUBERCULOSO *

Por el Dr. CARLOS R. LARDÉ

Director del Dispensario Antituberculoso de San Salvador

El trabajo efectuado en el Dispensario Antituberculoso de San Salvador puede esquematizarse de la manera siguiente:

Excitativa al público.—Con el objeto de atraer al dispensario el mayor número de personas y así despistar aún los casos de tuberculosis incipiente, se ha hecho la propaganda necesaria por medio de carteles distribuidos en diferentes lugares de la ciudad. Estos carteles, además de dar los consejos higiénicos necesarios para evitar la tuberculosis, llama la atención sobre los siguientes puntos:

- 1° Principales síntomas de la tuberculosis.
- 2° Posibilidad de estar tuberculoso, sin sospecharlo.
- 3° La tuberculosis en sus principios, no se manifiesta por síntomas alarmantes, siendo compatible con una apariencia de salud normal.
- 4° Curabilidad de esta enfermedad, tratada en sus comienzos.
- 5° Necesidad de que toda persona sea examinada, aprovechando las facilidades de este dispensario.

Examen del enfermo.—Al presentarse un enfermo al dispensario, se le recibe en la sala de espera, donde una enfermera anota en una ficha individual, su nombre, estado civil, domicilio, condiciones de vida, peso y temperatura. Ya con estos datos, el enfermo pasa a la sala de clínica, donde se investigan y anotan sus antecedentes morbosos, hereditarios y personales, los malestares presentes, si ha estado en contacto con algún tuberculoso, y si en su familia hay o ha habido esta clase de enfermos. Después del interrogatorio del paciente, se le examina clínicamente, con especial atención al aparato respiratorio. Cualquiera que sea el resultado de este examen, aún cuando resultare negativo a tuberculosis, siempre pasa al gabinete de rayos X, provisto de una hoja en que se encuentran anotados todos los datos recogidos. En el gabinete se examina a todos los enfermos por medio de la radioscopía, y a los que presentan lesiones tuberculosas o tienen alguna sombra sospechosa, se les toma una placa radiográfica. Los resultados de este examen se anotan también en la tarjeta correspondiente. Además, a todo enfermo con expectoración, se le hace un examen microscópico del esputo, ya sea por extensión directa o por homogeneización. Este último método se emplea sobre todo en aquellas personas que, por los exámenes anteriores, han sido clasificadas como tuberculosas, y en las que la primera investigación de esputos por extensión directa sobre la lámina ha sido negativa. Según el caso, se hacen también exámenes de laboratorio complementarios.

* Tomado del informe (1932) a la Liga Nacional Antituberculosa.

Tratamiento.—A todos nuestros enfermos tratamos de convencerlos de que su enfermedad es curable, pues de otra manera, se abandonarían a la desesperación que precipitaría su fin, y sobre todo, no seguirían los cuidados higiénicos necesarios para evitar el contagio de su mal. Además, se les trata de inculcar los cuidados necesarios para su estado: dormir al aire libre, reposo continuo, buena alimentación, abundancia de luz, etc. Para mejorar su estado general, se les administran medicinas según las condiciones en que se encuentren. Como medicación y, salvo casos especiales, hacemos uso sobre todo de tres sustancias: aceite de bacalao, lactato de calcio y cinamato de sodio en inyecciones. Por lo general se administran estos tres medicamentos de manera continua, alternándolos por períodos de diez días cada uno, salvo contraindicación.

A los enfermos que padecen de tuberculosis unilateral, se les practica el neumotórax artificial. Actualmente tenemos 49 sometidos a este tratamiento. Aunque el tiempo es relativamente corto para hablar de alguna curación, sí podemos decir que la mayor parte se encuentran muy mejorados a juzgar por su estado general, temperatura y aumento de peso. La única complicación que han presentado algunos de ellos es un derrame pleural que ha evolucionado favorablemente, exceptuando un caso en que el neumotórax tuvo que abandonarse por este motivo.

Muchos de los enfermos incipientes han entrado al Sanatorio Nacional, donde siguen su curación. Así mismo, hemos logrado conseguir que sean admitidos en las salas especiales del Hospital Rosales, aquellos enfermos bilaterales cavernosos con abundantes bacilos, que ofrecen demasiado peligro de contagio a la familia.

Los niños que presentan adenopatías traqueobrónquicas de probable origen tuberculoso han sido tratados con magnífico éxito por medio de rayos ultravioletas. En las radiografías de control se observa, en la mayor parte, la calcificación completa de dichos ganglios, que abandonados a sí mismos, pudieran haber causado lesiones incurables.

Proflaxis.—Además de la propaganda por medio de carteles ya mencionada, se han hecho todos los esfuerzos para instruir al público en general, y a los enfermos en particular, sobre los medios que deben ponerse en práctica para evitar el contagio de la tuberculosis. Esta propaganda se hace por pláticas diarias en el dispensario, conferencias en las escuelas, lecturas por radio, impresos que se dan a cada persona que llega a nuestra clínica, etc.

Como higiene individual, a cada enfermo ambulante se le suministran escupideras de cartón para bolsillo, y a los que tienen que estar en cama, escupideras de soporte metálico con cartón interior renovable. Todas estas escupideras tienen la ventaja de ser incinerables diariamente, evitando así uno de los principales medios de contagio.

Una buena cantidad de ellas han sido suministradas al Sanatorio Nacional y al Hospital Rosales.

A los tuberculosos que hemos encontrado que se dedican al expendio de víveres y refrescos, les hemos recomendado que abandonen estas actividades, y hemos comunicado el hecho a la Dirección General de Sanidad para que les obligue a hacerlo.

A los niños sanos de madres tuberculosas, los hemos separado siempre que ha sido posible, ya sea haciendo que familiares sanos se encarguen de ellos, o ya consiguiendo su entrada al hospicio. En este sentido, tenemos que agradecer particularmente la valiosa ayuda que nos ha dado la Cruz Blanca.

Visitas a domicilio.—La enfermera visitadora va periódicamente a la casa de los enfermos para prestarles ayuda y ver que se cumplan las prescripciones higiénicas que se les han recomendado. Esta importante actividad de la campaña antituberculosa ha sido, sin embargo, descuidada últimamente, por falta de personal. Al principio, cuando los enfermos que tratábamos eran pocos, de las dos enfermeras que tenemos, una quedaba encargada de visitarlos constantemente; pero ahora el número de pacientes que reciben atención en el dispensario es tan grande, que las visitas a domicilio han tenido que reducirse al mínimo.

Contribución de los enfermos.—Debido a que los gastos del dispensario en medicamentos, son cada vez mayores, desde el 15 de julio de 1932, por acuerdo del Consejo de la Liga Nacional Antituberculosa, se cobra una pequeña cantidad a los enfermos por los exámenes y tratamiento que reciben en el dispensario, cantidad que varía de 5 a 50 centavos según sus posibilidades económicas y siendo gratis para los verdaderamente indigentes. También se cobra de 5 a 10 colones a los enfermos enviados por los médicos para que sean radiografiados en el dispensario, y cuya posición económica no les permite pagar los precios de las clínicas radiográficas particulares. Del 15 de julio al 31 de diciembre del año próximo pasado se ha colectado la cantidad de C748.

El número de personas examinadas en el dispensario durante el año de 1932, es de 2,611 en la forma siguiente:

Positivos.....	Número	514
Linfáticos.....		1
Negativos.....		1, 867
Ganglionares.....		60
Sospechosos.....		169
Positivos mujeres.....		272
Positivos hombres.....		192
Positivos niños (menores de 12 años)		50
Positivos adultos.....		464
	Por ciento	
Unilaterales con cavernas.....		13
Unilaterales sin cavernas.....		26

	Per ciento
Bilaterales con cavernas.....	34
Bilaterales sin cavernas.....	27
Positivos tipo fibroso.....	11
Positivos tipo caseoso.....	10
Positivos tipo fibrocaseoso.....	13
Positivos tipo exudativo.....	17
Positivos tipo granúlco.....	10
Positivos tipo bronconeumónico.....	30
Positivos tipo exudativo fibroso.....	3
Positivos tipo exudativo caseoso.....	1
Positivos tipo miliar.....	2
Positivos tipo masivo.....	2
Positivos tipo areolar.....	1
	Número
Personas examinadas por esputo.....	489
Esputos positivos cavitarios.....	167
Esputos negativos cavitarios.....	58
Esputos positivos sin cavernas.....	98
Esputos negativos sin cavernas.....	166
Tuberculosos únicos en la familia.....	276
Tuberculosos con familiares tuberculosos.....	76

Legislación sanitaria española.—Por muchos siglos, todas las medidas sanitarias se concentraron en España en el Protomedicato, y sólo en tiempos de Felipe V en 1720 fué que, a consecuencia de la aparición de la peste, se creó una Junta Suprema de Sanidad que suprimida en 1742, fué restablecida en 1743, reabolida en 1805, y reinstalada en 1807. Fernando VI dictó varias ordenanzas de excepcional trascendencia sanitaria, estableciendo la declaración obligatoria de la tuberculosis y disponiendo en 1771 la creación de salas especiales para *héticos* en todos los hospitales. Carlos III prohibió los enterramientos en las iglesias, inició la urbanización haciendo construir alcantarillado en las grandes poblaciones, y creó en 1795 una junta suprema consultiva de facultad. Las Cortes de Cádiz suprimieron las juntas superiores consultivas, y no se creó otra junta superior de sanidad hasta 1839. La Constitución de 1812 consagró 12 artículos al gobierno interior de los pueblos, y una ley del mismo año impuso a los municipios, entre otras obligaciones, la policía de salubridad y comodidad, y cuidar de los establecimientos de beneficencia. En 1847 se suprimió la Junta Superior de Sanidad, creándose los inspectores de distrito, convertidos después en subdelegados de sanidad. En 1854, un decreto mandó que todos los municipios tuvieran médicos, cirujanos y farmacéuticos titulares para la asistencia a los pobres y para el desempeño de las principales incumbencias facultativas de higiene pública y de salubridad municipal. La verdadera legislación sanitaria española comienza con la ley de 1855, primera y única en el país, cuyos 19 capítulos comprenden los principales asuntos y, en particular, la sanidad exterior. Un capítulo establece juntas provinciales y municipales de sanidad, y otro creó un consejo de sanidad, que sustituía en parte a la antigua junta suprema. La revolución de 1868 disolvió el consejo, que fué reorganizado en 1875. En 1891 se organizó el servicio benéfico sanitario de los pueblos para los pobres. En 1894 se exigieron reuniones de las juntas de sanidad, y memorias relativas a la salud pública. Una Instrucción General de Sanidad publicada en 1904, fué el primer código sanitario en España, pero no tomó forma de ley.—J. ALVAREZ SIERRA, *El Siglo Médico*, 513, mayo 20, 1933.