La Tuberculosis en un Hospital General

Carlos Arguedas Ch. *

Enrique Falcón Ll.**

Alvaro Moscoa Z. ***

Hernán García S. ****

Oscar del Valle F. *****

INTRODUCCION.

Se analizan 136 casos que fueron dados de alta con el diagnóstico de tuberculosis en el Hospital México de la Caja Costarricense de Seguro Social, desde el 1º de setiembre de 1969 al 1º de setiembre de 1971. Creemos que en nuestro medio la tuberculosis continúa siendo una enfermedad muy frecuente, lo que por desgracia ha ido olvidando el médico. En el año 1958 Crofton (12-17-18-37) revolucionó el concepto del tratamiento, al demostrar que si se empleaban drogas adecuadas para un bacilo sensible, la enfermedad curaba. Años después, la Unión Internacional contra la Tuberculosis comprobó lo expuesto por Crofton. Nacían después en la Escuela de Madras (17) una serie importante de conceptos, como ser que lo importante era la toma de las drogas y no el medio ambiente que rodea al enfermo, que igual respuesta terapéutica se obtenía dentro y fuera del hospital y que el hecho de tratar un enfermo externado no aumentaba el número de los infectados. Desapareció también el mito de que el diagnóstico de la enfermedad era radiológico y que el tratamiento quirúrgico se debe limitar a aquellos casos en que fracase el tratamiento médico. Hoy día es necesario demostrar el B. de Koch donde quiera que esté, como un pilar indiscutible del diagnóstico y no se necesitan en los países en desarrollo "especialistas" para tratar tuberculosis, sino el empleo de la preparación y voluntad de sus médicos, bacteriólogos y enfermeras.

MATERIAL Y METODO.

Se revisaron los expedientes de aquellos enfermos que entre el 1º setiembre de 1969 y el 1º setiembre de 1971, fueron dados de alta con el diagnóstico de tuberculosis del Hospital México. Se analizó desde el punto de vista de epidemiología y hasta donde fue posible lo siguiente: ingreso per cápita, fuente de contagio, contactos del caso índice, antecedentes de haber sido tratado y años de padecer tuberculosis, ocupación de los pacientes en cuanto a trabajadores activos y dependientes, causas complicantes de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento.

ANALISIS DEL MATERIAL.

A. Tuberculosis pulmonar (cuadros 2 y 4)

Le correspondieron a este diagnóstico 92 casos, en 32 se demostró B. de Koch, que será el material analizado y en 60 casos éste no

* Asistente Medicina Interna.

** Asistente Medicina Interna.

*** Asistente Medicina Interna.

**** Jefe Residentes de Medicina.

***** Residente Anatomía Patológica.

CUADRO 1

1- IX- 1969	al	1- IX- 1971.
DIAGNOSTICO DE ALTA - TUBERCULOSIS		
NUMERO DE ENFERMOS:		136.

CUADRO 2

TUBERCULOSIS PULMONAR: 92 CASOS.

TUBERCULOSIS PULMONAR B.K. (+).....	32 CASOS
TUBERCULOSIS PULMONAR B.K.(-).....	60 CASOS
TB. BK (+) :	
SEXO : MASCULINO.....	25 CASOS
FEMENINO	7 CASOS
EDAD : MENOS DE 20 AÑOS.....	0 CASOS
SOBRE 50 AÑOS.....	10 CASOS
FUENTE CONOCIDA DE CONTAGIO.....	2 CASOS
CONTACTOS DEL CASO INDICE.....	2 CASOS
ANTECEDENTES DE HABER SIDO TRATADOS	8 CASOS
TIEMPO DE TRATAMIENTO: 9 MESES A 4 AÑOS.	
AÑOS DE PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR: 6 Casos	
ENTRE 5 A 20 AÑOS.	

fue demostrado, por lo cual se clasificaron como inactivos. De estos 32 casos, 25 correspondieron al sexo masculino y 7 al femenino. No hubo enfermos bajo los 20 años y sí 10 casos sobre los 50 años. La fuente de contagio se conoció en 2 y los contactos del caso índice también en dos casos. Tenían antecedentes de haber sido tratados 8 casos con un tiempo de tratamiento que varió entre 9 meses y 4 años. Hubo 6 casos que padecían de tuberculosis pulmonar entre 5 y 20 años. El diagnóstico se efectuó por la presencia directa del B. de Koch en el frotis de esputo en 27 casos, en contenido gástrico en 2 casos y estuvo presente en esputo y contenido gástrico en 10 casos y por biopsia de ganglio torácico en 3 casos.

La extensión radiológica de la lesión fue como sigue:

I	:	8 casos
II	:	13 casos
III	:	11 casos

La ocupación consignada en 26 casos, 21 fueron trabajadores activos y 6 eran trabajadores dependientes. Como causas complicantes encontramos el alcoholismo en 4 casos, la diabetes mellitus en 2 casos y la gastrectomía en 1 caso.

B. Tuberculosis renal (cuadro 4).

Se recogieron 21 casos, 7 masculinos y 14 femeninos, en cuanto a edad menores de 20 años 2 casos y sobre los 50 años 1 caso; la fuente de contagio sólo fue conocida en 3 casos. El diagnóstico más se basó en la radiología que en la positividad para el B. de Koch en orina, ya que sólo 7 casos fueron positivos, o sea el 33%. De estos 21 enfermos, 9 eran trabajadores activos y 9 dependientes, 1 era un estudiante y en 2 la fuente de trabajo no era conocida. Apareció como causa complicante el alcoholismo en tres casos.

C. Tuberculosis varias (cuadros 5 y 6).

Con este título incluimos 23 casos, que corresponden a ganglionar 6, pleural 5, genital 3, ósea 2, cutánea 2, meníngea 2; suprarrenal 1, intestinal 1, pleuroperitoneal 1. En cuanto al sexo 12 fueron masculinos y 11 femeninos; habían 2 casos menores de 20 años y 5 casos sobre los 50 años. Sólo se conoció la fuente de contagio en 1 caso; tenían antecedentes de haber sido tratados por tuberculosis pulmonar 6 casos, en tiempo que osciló entre 5 y 24 meses. Sólo se pudieron encontrar contactos del caso índice en 6 casos, sumando un total de 38 personas. La baciloscopia fue negativa en todos y la biopsia compatible con tuberculosis en 10 casos. Eran trabajadores activos 15 y dependientes 8. Como causas complicantes, el alcoholismo en 5 casos, la diabetes mellitus en 3 casos y la gastrectomía en 1 caso.

D. Material de autopsias (cuadros 7 y 8).

Entre el 1º setiembre 1969 y el 1º setiembre 1971, se realizaron en el Hospital México 658 autopsias, en las cuales se comprobó tuberculosis en 21 casos, o sea, en el 1.38% de los autopsiados. El diagnóstico clínico fue efectuado en 2 casos. La distribución por edad fue la siguiente: un caso bajo los 20 años y 14 casos sobre los 50 años;

C.C.S.S. HOSPITAL MEXICO

SECCION DE MEDICINA.

CUADRO 3
DIAGNOSTICO

ESPUTO POR B.K.....	27 CASOS
ESPUTO MAS CONTENIDO GASTRICO.....	10 CASOS
CONTENIDO GASTRICO POR B.K.....	2 CASOS
BIOPSIA DE GANGLIO TORACICO.....	3 CASOS
EXTENSION RADIOLOGICA:	
I	8 CASOS
II	13 CASOS
III	11 CASOS
OCUPACION CONSIGNADA EN.....	26 CASOS
TRABAJADORES ACTIVOS	21 CASOS
TRABAJADORES DEPENDIENTES	6 CASOS
CAUSAS COMPLICANTES:	
ALCOHOLISMO	4 CASOS
DIABETES	2 CASOS
GASTRECTOMIA	1 CASO

CUADRO 4
TUBERCULOSIS RENAL: 21 CASOS

SEXO : MASCULINO.....	7 CASOS
FEMENINO	14 CASOS
EDAD : MENOS DE 20 AÑOS.....	2 CASOS
SOBRE 50 AÑOS.....	1 CASO
FUENTE DE CONTAGIO CONOCIDA...	3 CASOS
POSITIVIDAD PARA BK. EN ORINA	7 CASOS (33%)
OCUPACION:	
TRABAJADORES ACTIVOS	9 CASOS
TRABAJADORES DEPENDIENTES..	9 CASOS
IGNORADO	2 CASOS
ESTUDIANTE	1 CASO
CAUSAS COMPLICANTES:	
ALCOHOLISMO	3 CASOS

12 eran hombres y 20 mujeres. La tuberculosis torácica se dividió así: 4 fueron tuberculosis pulmonar, 3 fueron tuberculosis pulmonar y ganglionar mediastinal y 3 fueron tuberculosis de ganglios mediastinales, en total 10 casos. Hubo 11 casos de tuberculosis diseminada, el sitio de origen de la diseminación probable: pulmonar 7 casos, ganglio mediastinal 3 casos y ósea 1 caso. Estas tuberculosis se desarrollaron en los terrenos siguientes: 3 en leucemia mielocítica crónica y 1 en una leucemia mielocítica aguda, 2 en linfoma y 1 caso para carcinoma (mama), diabetes mellitus, gastrectomía y alcoholismo. Cabe señalar como dato muy importante, que en los casos de leucemia y linfoma (5 en total) todos fueron tuberculosis diseminadas.

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

(Cuadros 9 y 10).

- I. Hospital Nacional Antituberculoso 24 casos (2 jamás fueron conocidos por este Centro).
- II. Hospital Calderón Guardia (Servicio de Broncopulmonares): 3 casos.
- III. Hospital México: 3 casos.

Hospital Nacional Antituberculoso:

- A. Casos anteriormente tratados, en los que se volvió a emplear triple droga (SM—Hn—PAS) (4) 1 falleció. Sólo se efectuó sensibilidad a drogas en 1 caso.
- B. Casos no tratados anteriormente (vírgenes).
Esquemas:
 - I. SM — HAIN— Pas. 13 casos
 - II. HAIN—PAS— Pred. 1 caso
 - III. Sm—HAIN—PAS—Cs. TRE :4 casos
 - IV. 1 caso (B.K.+) + Neo. pulmonar no fue tratado.

Hospital Calderón Guardia:

- A. Un caso anteriormente tratado con triple droga (SM—HN—PAS), tratado con CS— TREC (falleció).
- B. Casos no tratados anteriormente :HN—PAS = 1 caso.
- C. Un caso ignorado.

Hospital México:

Esquema : SM— HAIN — PAS : 3 casos

TRATAMIENTO DE TB. RENAL :

Esquemas : SM—HN— PAS : 13 casos
 Otros : 7 casos
 No tratados : 2 casos

C.C.S.S. HOSPITAL MEXICO

SECCION DE MEDICINA.

CUADRO 5
TUBERCULOSIS VARIAS: 23 CASOS

GANGLIONAR	6 CASOS
PLEURAL	5 CASOS
GENITAL	3 CASOS
OSEA	2 CASOS
CUTANEA	2 CASOS
MENINGEA	2 CASOS
SUPRARRENAL	1 CASO
INTESTINAL	1 CASO
PLEURO PERITONEAL	1 CASO
SEXO: MASCULINO	12 CASOS
FEMENINO	11 CASOS
EDAD: MENOS DE 20 AÑOS	2 CASOS
SOBRE 50 AÑOS	5 CASOS

CUADRO 6
TUBERCULOSIS VARIAS

FUENTE CONOCIDA DE CONTAGIO.....	1 CASO
ANTECEDENTE DE HABER SIDO TRATADO.....	6 CASOS
TIEMPO DE TRATAMIENTO: 5- 24 MESES.	
AÑOS DE PADECER TUBERCULOSIS: 3 AÑOS EN	3 CASOS
CONTACTOS DEL CASO INDICE.....	6 CASOS
BACILOSCOPIA : NEGATIVA EN TODOS.	
BIOPSIA COMPATIBLE CON TUBERCULOSIS.....	10 CASOS
OCUPACION:	
TRABAJADORES ACTIVOS	15 CASOS
TRABAJADORES	8 CASOS
CAUSAS COMPLICANTES:	
ALCOHOLISMO	5 CASOS
DIABETES	3 CASOS
GASTRECTOMIA	1 CASO

Tratamiento de tuberculosis varias:

Esquema mayoritario : SM— HN. PAS.

Sensibilidad a drogas. Casos vírgenes. Resistencia primaria (11):

1. R : SM
S : HN — PAS — Cs — Trec.
2. R : SM— TREC.
S : EMB— HIN —PAS — Cs.
3. R : 0
S : SM— HN PAS— Cs— TREC— EMB— RM.
4. R : SM— HN— CS.
S : PAS— TREC.
5. R : SM.
S : PAS— HIN—Cs— TREC.
6. R : 0
S : HIN—PAS—SM—Cs— TREC— EMB— RM.

COMENTARIO

Mucho es lo que podremos desprender de este trabajo. En primer lugar, la vacunación con BCG debe ser obligatoria para todo recién nacido, volviéndose a vacunar a todos los escolares de 1 grado y una última vacunación a los 15 ó 20 años. Las bondades de la vacunación han sido demostrada en Inglaterra y Checoslovaquia (5- 6- 8- 26- 38). En cuanto a la historia clínica de nuestros hospitales, desde el punto de vista de la tuberculosis, son malos, pues no se investiga jamás si el paciente fue o no vacunado, cuál es la fuente de contagio; esto es de suma importancia puesto que si lo contagia un drogo-resistente y esto se llega a demostrar, la actitud terapéutica varía completamente. Cuáles son los contactos del caso índice, se calcula que un enfermo puede contagiar entre 4 y 5 enfermos al año, lo cual es de sumo interés. Si fue tratado, con cuáles drogas y por cuánto tiempo y si es un crónico cuántos años de padecer la enfermedad tiene (9 - 23-27- 43-44). No debemos olvidar tampoco las condiciones socio-económicas en que el paciente se desarrolló y anotar el ingreso mensual y sus dependientes. No vemos cuál sea el valor clínico de estar efectuando tuberculina en pacientes sobre los 30 años que cursan con baciloscopías positivas; en los pacientes trasladados al Hospital Antituberculoso se practicó en 16, 12 fueron positivas y 4 negativas. La tuberculina en el adulto lo único que dirá es si hubo contacto o no con el Bacilo de Koch, pero jamás diagnosticar por medio de ella la enfermedad, que esto quede bien claro (31). El diagnóstico de la enfermedad se debe efectuar demostrando el Bacilo de Koch; en ocasiones esto es difícil, pero no imposible y será necesario de la biopsia pleural o hepática (2), la toracotomía o bien, la laparatomía 39, pero el diagnóstico ha de hacerse con decisión y lo más

C.C.S.S. HOSPITAL MEXICO SECCION DE MEDICINA.

CUADRO 7

NUMERO DE AUTOPSIAS: 658.

DEL 1-IX-1969 al 1-IX-1971

No. DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS	
COMPROBADA	21 CASOS
% DE TUBERCULOSIS EN AUTOPSIAS.....	1.38%
DIAGNOSTICO CLINICO DE TB. SOLO EN.....	2 CASOS
DISTRIBUCION DE LOS 21 CASOS:	
EDAD : MENOS DE 20 AÑOS.....	1 CASO
SOBRE LOS 50 AÑOS.....	14 CASOS
SEXO : MASCULINO	12 CASOS
FEMENINO	9 CASOS
TUBERCULOSIS PULMONAR	4 CASOS
TBP. + GANGLIO MEDIASTINAL.....	3 CASOS
GANGLIOS MEDIASTINALES.....	3 CASOS
TOTAL	10 CASOS

CUADRO 8

TUBERCULOSIS DISEMINADA: 11 CASOS

SITIO DE ORIGEN PROBABLE DE LA DISEMINACION:	
PULMONES	7 CASOS
GANGLIOS MEDIASTINALES	3 CASOS
OSEA	1 CASO
TERRENOS EN QUE SE DESARROLLARON LAS TUBERCULOSIS:	
L.M.C.	3 CASOS
L.M.A.	1 CASO
LINFOMA	2 CASOS
CARCINOMA	1 CASO
DIABETES MELLITUS.....	1 CASO
GASTRECTOMIA	1 CASO
ALCOHOLISMO	1 CASO
LEUCEMIA Y LINFOMA (5) TODOS TUVIERON TUBERCULOSIS DISEMINADAS.	

pronto posible. En los niños el obtener esputo es difícil, pero el contenido gástrico continúa mostrando un alto rendimiento y es el método usual en estos pacientes (1). En cuanto al tratamiento debe distinguirse dos situaciones: a) el paciente virgen y b) el paciente que ha sido tratado previamente.

a) El paciente virgen: en algunos países de América se ha podido estudiar el fenómeno de la resistencia primaria (que es aquellos bacilos que son resistentes a quimioterápicos con los cuales jamás ha estado en contacto) y que según Herrera en Chile, llega a ser de un 17.6% (10- 27). Crofton trata todos sus pacientes independientemente de este fenómeno, no conocemos cuál sea su traducción y curaron. Todo paciente que inicia terapéutica debe ser tomado cultivo y sensibilidad, cuyos resultados se sabrán en lapso de 60 a 90 días. Ningún esquema hasta la actualidad ha podido desplazar al clásico: SM- HIN y PAS y esté donde esté la tuberculosis, deberá ser tratado igual por espacio de 18 meses, obteniéndose la curación de todos los casos (10, 12, 16, 17, 18, 20; 21; 23, 24, 33, 35, 41, 42, 43; 44; 45).

Esquema de tratamiento:

Primeros 3 meses	: 3 a 18 meses.
Bajo 40 años:	
SM : 1 g. diario I.M.	SM-: L-M-V. (1 g.)
PAS : 10 g. diarios	
HN : 300 mlg. diarios	HN-:L -M-V. (600 mlg.).

Tiene la ventaja que PAS sólo se emplea por 3 meses y así no dará problema, todos los medicamentos se aplican y se toman en una sola vez por la mañana. Del tercer mes en adelante y hasta el 18, se continúa con Sm. 1 gr. los días lunes, miércoles y viernes y HAIN 600 mlg los mismos días. Se elimina el PAS por no tener actuación intermitente, de los otros dos bastaría con darlos 2 veces por semana, pues con ello se impide el desarrollo del Bacilo de Koch, lo cual está demostrado.

b) El paciente que ha sido tratado previamente, no usar las drogas primarias (SM, HIN, PAS), a los cuales será resistente, ensayar un esquema con otras drogas, nunca menor de 3 y por un período "standard" de 24 meses (9, 15, 22, 27, 40). Nuestros países no pueden darse el lujo de que sólo el "especialista" pueda tratar tuberculosis; esto lleva a una conducta anárquica y a una reflexión, mientras a nuestros estudiantes de medicina y futuros médicos se les enseña un sinnúmero de cosas inútiles, saben muy poco de tuberculosis. Todo médico en las áreas urbanas y rurales, debe tener un concepto claro y preciso de la epidemiología, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad (19, 22). Ha pasado el tiempo de creer que las drogas anti-tuberculosas deben de ser recibidas en varias ocasiones al día; esto ha sido motivo de grandes fracasos, como lo es el de entregarle las drogas al paciente. Por ello se crearon dos conceptos: uno, la Central de Tratamiento, donde el enfermo debe ir a diario a tomar los medicamentos y la Enfermera de Terreno, profesional indiscutible hoy

C.C.S.S. HOSPITAL MEXICO

SECCION DE MEDICINA.

CUADRO 9

TRATAMIENTO DE LA TB. PULMONAR

HOSPITAL NAL. ANTITB.....	24 CASOS
2 NO CONOCIDOS.	
HOSPITAL CALDERON GUARDIA.....	3 CASOS
(SERVICIO DE BRONCOPULMONARES)	
HOSPITAL MEXICO.....	3 CASOS

HOSPITAL NAL. ANTITB.:

A. CASOS ANTERIORMENTE TRATADOS, EN LOS QUE VOLVIO A EMPLEAR TRIPLE DROGA. 4 CASOS, 1 MURIO. PRUEBA DE RESISTENCIA EN 1 CASO.

B. CASOS NO TRATADOS (VIRGENES):

ESQUEMAS:

I. SM -HIM - PAS.....	13 CASOS
II. HIN-PAS-PRED	1 CASO
III. SM- HIN- PAS-CS -TRE-	4 CASOS
1 CASO -BK (+) + NEO. PULMONAR NO TRATADO.	

HOSPITAL CALDERON GUARDIA:

HIN- PAS.....	1 CASO
TREC -CS.....	1 CASO
IGNORA	1 CASO

HOSPITAL MEXICO:

SM- HIN - PAS.....	3 CASOS
--------------------	---------

CUADRO 10

TRATAMIENTO DE TB. RENAL.

SM -HIN - PAS	12 CASOS
OTRAS	7 CASOS
NO TRATADOS	2 CASOS
TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS VARIAS:	
MAYORIA CON DROGAS DE PRIMERA LINEA (SM-HN-PAS)	

C.C.S.S. HOSPITAL MEXICO SECCION DE MEDICINA.

**CUADRO 11
CASOS VIRGENES**

SENSIBILIDAD A DROGAS	: R :	SM
	S :	HN- PAS- CS - TRC.
SENSIBILIDAD A DROGAS	: R :	SM- TRC.
	S :	EMB- HN- PAS- CS.
SENSIBILIDAD A DROGAS	: R :	-
	S :	SM-HN-PAS-CS-TRC- EMB RMP.
SENSIBILIDAD A DROGAS	: R :	SM- HN - CS.
	S :	PAS - TRC.
SENSIBILIDAD A DROGAS	: R :	SM
	S :	PAS -HN- CS- TRC.
SENSIBILIDAD A DROGAS	: R :	-
	S :	HN- PAS- SM- CS- TRC EMB - RMP.

**CUADRO 12
COMENTARIO.**

-
-
- VACUNACION BCG (OBLIGATORIA) - R.N.- 7 Años 15-20 AÑOS).
 - H.CL. VACUNACION, FUENTE DE CONTAGIO (DROGA R), CONTACTOS DEL CASO INDICE. SI FUE TRATADO, CON QUE DROGAS Y POR CUANTO TIEMPO, AÑOS DE PADECER TB.
 - CONDICIONES SOCIO-ECONOMICAS. INGRESO MENSUAL.
 - PPD. (VALOR SOBRE 30 AÑOS Y EN TB. DEMOSTRADA).
 - DIAGNOSTICO. DEMOSTRACION DEL BACILO DE KOCH.
 - TRATAMIENTO - VIRGEN - SM- HIN -PAS - 18 MESES (TOMA DE DROGAS).
RESISTENTE: 24 MESES. 3 DROGAS Y ELECCION DE 5.
 - LA IMPORTANCIA DE LA CENTRAL DE TRATAMIENTO Y DE LA ENFERMERA DE TERRENO.
 - NO JUSTIFICACION EN NUESTROS CENTROS PARA TRATAR CON OTRAS DROGAS TUBERCULOSIS VIRGENES.
 - EL ESTEROIDE CROFTON- 3 DROGAS (GRAN MAYORIA ERAN III RADIOLOGICAS).T.B.M. TBP. (ALGUNOS).
 - MATERIAL DE AUTOPSIA: 1.38% DE ELLOS TIENEN TB. DIAGNOSTICO CLINICO SOLO EN 2 CASOS.
LA IMPORTANCIA DE LA QUEMOPROFILAXIS EN LEUCEMIAS, LINFOMAS, DIABETES, COLAGENOPATIAS, GASTRECTOMIA.
 - TRATAMIENTO: COMISION DE HOSPITAL (INTERNISTAS Y NEUMOLOGOS).
ADECUADO -ASOCIADO - PROLONGADO Y SUPERVISADO.
-
-

día en la lucha antituberculosa, cuya función es regular el buen funcionamiento de la Central de Tratamiento, así como de colaborar con el médico en el control de los enfermos para área asignados. Los "slogan" antiguos de la lucha han pasado de moda. Hoy día es necesario explicarle al enfermo cuál es su enfermedad, por qué la adquirió, cómo debe ser su tratamiento y lo más importante, qué peligro tienen los seres que con él conviven. (19, 41). Si hacemos un análisis crítico de nuestro material, vemos que en el Hospital México, sin justificación alguna, en Tb. renales se usaron drogas para tratamiento que no fueron SM- HN,- PAS, conducta reprochable y que demuestra la anarquía reinante. Igualmente podemos decir del Hospital Nacional Antituberculoso, donde a las drogas usuales se les agrega otras para tratar tuberculosis vírgenes, que no lo ameritan en la actualidad. En el caso de drogo-resistencia del Hospital Calderón Guardia se usaron 2 drogas, conducta, un tanto también criticable. Mucho se ha dicho y se ha hecho con los esteroides en la tuberculosis; creemos que tienen utilidad en la tuberculosis meníngea y en algunas pleurales; los trabajos a que se refiere su gran "éxito" en la tuberculosis pulmonar, fueron empleando dos drogas. Crofton y Thomas demostraron que lo principal era el uso de tres drogas y que de esta manera el 100% de las tuberculosis curaban. (4, 25, 29, 32, 34). Es importante analizar el material de autopsia de nuestro Hospital; de cada 100 autopsias, 1.38 tiene tuberculosis y se encuentra en la gran mayoría en pacientes sobre 50 años. Los terrenos en que se desarrollaron estas tuberculosis nos dan "una campanada de alarma" para extender en forma casi exigida la quimioprofilaxis en leucemias y linfomas, así como colagenopatías y diabetes de difícil control. Un hecho cada día más probable es en el sentido de que los pacientes que sufren gastrectomía quedan expuestos a la reactivación y diseminación, y por lo tanto, deben de recibir quimioprofilaxis (7, 13, 14, 15, 28, 30, 36, 40).

RESUMEN:

En resumen, proponemos que todo tratamiento antifímico en nuestros Hospitales, sea autorizado por una comisión (de internistas y neumólogos) y que lo fundamental en el tratamiento es que sea adecuado, asociado, prolongado y supervisado.

BIBLIOGRAFIA.

1. ABDOLGHADER, M.; WEINSTEIN, L.:
Hiperpirexia persistente de origen oscuro: Algunos comentarios sobre etiología y diagnóstico.
Clín. Méd. de N. A. 379: Marzo 1970.
 2. ARGUEDAS, C.; JIMENEZ, G.; MEKBEL, S.:
Biopsia hepática en la Tuberculosis Miliar.
Rev. Méd. de C. Rica, 27: 195; 1970.
 3. BEROCK, W.H.; SAMORTEN, T.:
Miliary Tuberculosis: Diagnosis Methods with Emphasis on the Chest Roentgenogram.
Dis. Chest. 58: 586; 1970.
 4. BLANCO, A.; HERNANDEZ, B.; CHASSOUL, C.:
Manual de Normas Técnicas.
Ministerio de Salubridad Pública. Costa Rica 1969.
 5. BONILLA, C.:
Corticosteroides en la Tuberculosis.
Rev. Méd. de Costa Rica, 27:163; 1970.
 6. BOTTESELLE, P.
Vacunación con BCG. en Chile., Bases programáticas y situación actual.
Red. Méd. Chile, 97: 749; 1969.
 7. BOTTESELLE, P.:
Campaña Antituberculosa en la V Zona de Salud, Santiago.
Rev. Méd. Chile, 98: 398; 1970.
 8. BUTLEN, C; KLEINERMAN, J.:
The pulmonary apical cap.
 9. BRANDER, K.; AHO, K.; PATIALA, J.:
Amer. J. Pat. 60: 205; 1970.
Spread of Drug Resistant Tubercule Bacilli.
Amer Rev. Dis. 98: 407; 1968.
 10. CARRIZO, H; SEPULVEDA, M.; STEEGER, A.:
Quimioterapia de la Tuberculosis Infantil.
Bol. Méd. HSJD. Chile, 13: 167; 1966.
 11. CORBALAN, G.:
Avances en la terapéutica de la Tuberculosis.
Rev. Méd. Chile. 98: 26; 1970.
 12. CORPE, R.F.; BLALOCK, F.A.:
A continuum study of patient with "Open negative" status at Battley State Hospital.
Amer Rev. Res. Dis. 98: 954; 1968.
-

13. EDSALL, J.; COLLINS, G.J.; GRAY, J.:
The reactivation of tuberculosis in New York City en 1967.
Amer. Rev. Res. Dis. 102: 725; 1970.
 14. ERICKSON, P.:
Public Health Evaluation of active cases on tuberculosis.
Amer. Rev. Res. Dis. 101: 576; 1970.
 15. FALK, A.:
Results of long Tern. Chemotherapy in Spinal Tuberculosis.
A follow - Up Study of 235 patients.
Amer. Rev. Res. Dis. 95: 1; 1967.
 16. FARGA, V; BARRIOS, J.; YANEZ, A.; VIEL, B.; DELGA-
DO, A.:
Tratamiento actual de la tuberculosis.
Bol. Med. HSJD. Chile 12-3- 1965.
 17. FARGA, V.:
Algunas novedades en el tratamiento de la tuberculosis.
Bol. Méd. HSJD. Chile, 12: 404; 1965.
 18. FARGA, V.:
La discusión en grupos en la enseñanza de la tuberculosis.
Rev. Méd. Chile, 95: 96; 1967.
 19. FARGA, V.:
El tratamiento de la meningitis tuberculosa con el uso de este-
roides. Rev. Med. Chile. 96: 767; 1968.
 20. FAVES, G.; GONIN, J.D.; GUBERAN, E; KALBERMAT-
TEN, J.P. y WULLEMOZ, P.:
Results and Randomized original Treatment in cases of pulmo-
nary tuberculosis with Isoniazid-Streptomycin versus Isoniazid-
Thiocarlide.
Dis. Chest. 57: 234; 1970.
 21. FISCHER, P.A.; LESTER, W.; SEHAFFER, W.:
Infections with Atypical mycobacteria.
Amer. Rev. Res. Dis. 97: 392; 1968.
 22. FISCHER, P.; LESTER, W; DYE, W.; MOUCLDING, T.:
Re-treatment of patient with Isoniazid- Resistant tuberculosis.
Amer. Rev. Res. Dis. 97: 392; 1968.
 23. FOX, W.:
Changing concepts in the Chemotherapy of pulmonary tubercu-
losis.
Amer. Rev. Res. Dis. 97: 767; 1968.
 24. GONZALEZ, O; PALOMINOS, C.; IRRAZAVAL, M; KRAL-
JNIC, R.:
Tratamiento de la meningitis tuberculosa con glucocorticoides.
Rev. Méd. Chile. 95: 762; 1967.
-

25. HART, P.:
The place of vaccination in tuberculosis control.
Amer. Rev. Res. Dis. 96: 1; 1967.
 26. HOBBY, G.; JOHNSON, P.; BOYTER PAPIRNYL, K.:
Primary drug resistance.
Amer. Rev. Res. Dis. 102: 347; 1970.
 27. HOURWITZ, O.:
Public Health Aspects of Relar
Tuberculosis 99: 183; 1971.
 28. JOHNSON, J.R.; TURK, T.L.; MACDONALD, F.M.:
Corticoesteroid in pulmonary tuberculosis.
Amer. Rev. Res. Dis. 96:43; 1967. 96:92, 1967; 96:74,
1967.
 29. KENT, D.; ELLIOT, R.:
Hiliar aden pathy in tuberculosis.
Amer. Rev. Res. Dis. 96: 439; 1967.
 30. KENT, D.; SEHWARTZ:
Active pulmonary tuberculosis with negative tuberculin skin
reaction.
Amer. Rev. Res. Dis. 95: 411; 1967.
 31. LEE, R.; CARDONA, J.; VAZIRI, F.; TOLEDO, R.:
Prednisone as an adjunct in the chemotherapy of lymph node
Bronchial tuberculosis in childhood. A double blind study.
Amer. Rev. Res. Dis. 95: 402; 1967.
 32. LEES, A.W.:
Ethionamide 500 mg. Flu-Isoniazid 500 mg; or 300 mg. dalily
in previously untreated patients with pulmonary tuberculosis
Amer. Rev. Res. Dis. 95: 109; 1967.
 33. MALIK, S; MARTIN, C.:
Tuberculosis corticosteroid therapy and pulmonary function.
Amer. Rev. Res. Dis. 100; 13; 1969.
 34. MOODIE, A.S.; MASS;
Ambulatory chemotherapy in the treatment of tuberculosis.
A predominantly urban community.
Amer. Rev. Res. Dis. 95: 384; 1967.
 35. NAYAK, N.C.; SABHARWAL, B.O.; BHATEMA, D.; MI-
TAL, G.S. and REMALIN GasmaNIV.:
The pulmonary tuberculosis lesion in Horth India. A study in
Medico-Legal Autopsies.
Amer. Rev. Res. Dis. 101- 1; 1970.
 35. RODRIGUEZ, A; FERNANDEZ, E.:
Evolución bacteriológica en el tratamiento antituberculoso con
triple droga.
Rev. Méd. Chile. 94: 442; 1966.
-

37. RODRIGUEZ, H.; GONZALEZ, J.L.:
Programa integral de control de la Tb. en un área rural.
Bol. Méd. HSJD. 17: 32; 1970.
 38. SOCHOCKY, S.:
Tuberculous peritonitis.
Amer. Rev. Res. Dis. 95: 398; 1967.
 39. STEAD:
Pathogenesis of a first episode of chronic pulmonary tuberculosis in man: Recurrence of residuals of the primary infection or exogenous reinfection?
Amer. Rev. Res. Dis. 95: 729; 1967.
 40. STEAD, W. W.:
Patient education the Key to success in modern chemotherapy of tuberculosis.
Dis. Chest. 57: 3; 1970.
 41. PULHEN, M.D.:
Ambulatory treatment of pulmonary tuberculosis with Ethambutol - Isoniazid.
Dis. Chest. 58: 497; 1970.
 42. QUIMIOTERAPIA DA TUBERCULOSE.
Instituto de Saude- Serie C- Nº 1. Sao Paulo, Brasil.
 43. USP. Tuberculosis therapy Trial Ethambutol in re-treatment of pulmonary tuberculosis.
Amer. Rev. Res. Dis. 98: 825; 1968.
 44. VERBIST, GYSELEN, A.:
Antituberculous activity of Rifampin in vitro and in vivo and the concentrations attained in human blood.
Amer. Rev. Res. Dis. 98: 923; 1968.
-