

Este informe recoge la opinión colectiva de un grupo internacional de especialistas y no representa necesariamente el criterio ni la política de la Organización Mundial de la Salud.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
SERIE DE INFORMES TECNICOS

Nº 112

LUCHA ANTITUBERCULOSA
PLANES
PARA INTENSIFICAR LA COORDINACION
ENTRE PAISES EUROPEOS

Informe de un grupo de estudio

	Páginas
1. Introducción	3
2. Elaboración de planes para la preparación de datos estadísticos comparables entre los diversos países	4
3. Métodos específicos de lucha antituberculosa	8
4. Resumen y conclusiones	12
Anexo 1. Datos cuya determinación se sugiere sobre cada caso que se registre en un fichero de tuberculosis	13
Anexo 2. Sistema propuesto para clasificar los resultados del examen tipo para el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar.	14

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

PALAIS DES NATIONS

GINEBRA

FEBRERO DE 1957

GRUPO DE ESTUDIO SOBRE LUCHA ANTITUBERCULOSA

Luxemburgo, 28 de noviembre - 2 de diciembre de 1955

Participantes :

- Dr. E. J. Aujaleu, Directeur de l'Hygiène sociale, Ministère de la Santé publique et de la Population, Paris, Francia
- Profesor G. A. Canaperia, Director del Servicio Internacional de Sanidad, Alta Comisaría para la Higiene y la Salud Pública, Roma, Italia (*Presidente*)
- Dr. O. Galtung-Hansen, Director de los Servicios Antituberculosos, Dirección de los Servicios de Sanidad, Oslo, Noruega
- Dr. R. Griesbach, Profesor de Tisiología, h.c. ; Secretario General del Comité Central Alemán para la Lucha Antituberculosa, Augsburg, Alemania
- Dr. E. Groth-Petersen, Director del Index Danés de Tuberculosis, Servicio Nacional de Sanidad, Copenhague, Dinamarca
- Dr. G. L'Eltore, Profesor de Tisiología y Estadísticas Sanitarias ; Secretario General de la Federazione Italiana contro la Tuberculosis, Roma, Italia
- Srta. María Lindhardt, Jefa del Departamento de Estadística, Servicio Nacional de Sanidad, Copenhague, Dinamarca
- Dr. W. P. D. Logan, Chief Medical Statistician, General Register Office, Londres, Inglaterra
- Dr. Alice Lotte, Chef de la Section de la Tuberculose, Institut national d'Hygiène, Paris, Francia
- Dr. B. Mikat, Jefe de la Sección de Estadísticas Sanitarias, Oficina Federal de Estadística, Wiesbaden, Alemania
- Dr. A. Ott, Médecin cantonal, Spécialiste FMH des affections pulmonaires (rayons X), Soleura, Suiza
- Dr. D. Thomson, Ministry of Health, Londres, Inglaterra
- Dr. C. R. N. F. van Joost, Médico de Salud Pública, Sección de Tuberculosis, Servicio de Sanidad, Geneeskundige Hoofdinspectie Volksgezondheid, La Haya, Países Bajos
- Dr. B. van Vliet, Director del Amsterdamse Vereniging tot Bestrijding der Tuberculose, Amsterdam, Países Bajos

Consultor :

- Dr. F. Erhat, Médico del Centro Internacional Antituberculoso, Estambul, Turquía

Secretaría :

- Dr. N. D. Begg, Director de la Oficina Regional para Europa, OMS
- Dr. J. H. Holm, Jefe de la Sección de Tuberculosis, OMS
- Dr. R. I. Hood, Funcionario regional para la Administración de Salud Pública, Oficina Regional para Europa, OMS (*Secretario*)
- Sr. J. Nielsen, Estadígrafo, Sección de Estudios Epidemiológicos, OMS

LUCHA ANTITUBERCULOSA

PLANES

PARA INTENSIFICAR LA COORDINACION

ENTRE PAISES EUROPEOS

Informe de un grupo de estudio

I. INTRODUCCION

Muchos países europeos, habiendo observado un descenso acelerado en la mortalidad por tuberculosis durante los últimos años, han emprendido un análisis crítico de sus propios programas y han expresado el deseo de aprovechar las experiencias de sus vecinos.

La reunión del actual grupo de estudio tuvo por objeto examinar la posibilidad de organizar, entre distintos países, un intercambio sistemático de informaciones comparables sobre la lucha antituberculosa y proporcionar a esos países los medios de intensificar y aplicar económicamente sus esfuerzos para reducir aún más la frecuencia de esa enfermedad infecciosa.

El grupo estudió detenidamente los requisitos esenciales para la elaboración de datos comparables, así como el sistema de intercambio de informaciones. Limitó sus observaciones a la tuberculosis de las vías respiratorias y estudió los métodos de lucha antituberculosa utilizados actualmente en los distintos países.

Aun dándose perfecta cuenta de que la tuberculosis está íntimamente relacionada con factores sociales, económicos y del medio, el grupo se limitó a estudiar métodos específicos de lucha antituberculosa. Los participantes prepararon de antemano una importante cantidad de información y datos estadísticos que fueron presentados al grupo en forma de documentos de trabajo.

2. ELABORACION DE PLANES PARA LA PREPARACION DE DATOS ESTADISTICOS COMPARABLES ENTRE LOS DIVERSOS PAISES

2.1 Necesidad de datos estadísticos comparables

En el pasado bastaba con las tasas de mortalidad para evaluar y comparar los problemas de la tuberculosis en muchos países de Europa y para conocer las distintas tendencias. Se ha comprobado, sin embargo, que las tasas de mortalidad ya no resultan bastante seguras para ese propósito y que es preciso disponer de otros índices. Acaso puedan éstos obtenerse de las estadísticas sanitarias ordinarias o de encuestas especiales realizadas con ese fin.

2.2 Definición de términos

Puesto que hoy día una gran parte de las dificultades que surgen al comparar datos se deben a la falta de términos concisos y bien definidos, es necesario aclarar ciertos problemas de terminología :

« *Caso de tuberculosis pulmonar* ». Cuando se trata de definir lo que debe considerarse como un caso de tuberculosis, expresiones como « activo » o « los que requieren tratamiento », aun cuando puedan ser útiles en la esfera nacional, tienen muy poco valor para la comparación con otros países. Se recomienda, por lo tanto, que el diagnóstico de un caso de tuberculosis pulmonar se base en criterios objetivos y fundamentalmente en las conclusiones del examen radiológico, del bacteriológico o de ambos. Los datos de esas fuentes indicarán claramente las bases sobre las que se estableció el diagnóstico en cada caso. La información detallada permitiría agrupar los casos para la comparación entre los países. Es evidente que los casos manifiestos deben figurar claramente separados de los dudosos. Se recomienda en particular que no se notifique ningún caso basándose únicamente en el resultado de la reacción a la tuberculina, es decir, sin signos radiológicos o bacteriológicos.

« *Tasa de morbilidad* ». A efectos estadísticos, la expresión « tasa de morbilidad » debe siempre concretarse, ya que hoy día se utiliza a menudo con diferentes significados ; ejemplos de las especificaciones necesarias son :

- a) incidencia de nuevos casos
- b) incidencia de recaídas en casos ya notificados
- c) prevalencia según el total de los casos notificados y registrados en un fichero (« inventario »)

d) prevalencia de casos encontrados mediante encuesta en una zona determinada en un momento dado.

2.3 Índices procedentes de estadísticas sanitarias

Las estadísticas sanitarias pueden utilizarse provechosamente, pero sólo si se basan en notificaciones completas ; el hecho de que la notificación sea o no obligatoria carece de importancia y depende de las circunstancias locales.

2.3.1 *Notificación y nueva notificación de casos*

Al facilitar información debe indicarse claramente si el caso se notifica por primera vez o si se trata de una nueva notificación de un caso previamente señalado.

2.3.2 *Fichero de casos de tuberculosis*

En el Anexo 1 (página 13) se proponen los puntos y datos que deben averiguarse para cada caso que figure en un fichero de tuberculosis.

El establecimiento de un fichero central de tuberculosis en cada país, que comprendiese los casos notificados y los vueltos a notificar, sería de gran utilidad para el estudio de la epidemiología de la enfermedad. Si, al menos en un futuro inmediato, no fuera posible organizar ficheros nacionales, se recomienda que para empezar se organicen ficheros regionales que abarquen una o más zonas de un país, en la inteligencia de que esos ficheros se ajustarán a los métodos nacionales y que, tan pronto como sea posible, se ampliarán para abarcar todo el país.

Para poder reunir estadísticas válidas, es indispensable que el fichero central sea puesto al día periódicamente, por lo menos una vez al año, introduciendo informes sobre la evolución de todos los casos registrados. No debe retirarse ninguna ficha del fichero central, excepto cuando el paciente muera o abandone su país. Cuando un paciente sea dado de alta, la ficha se conservará en una sección especial del fichero central o se le pondrá una marca especial que la distinga.

2.3.3 *Índices de incidencia y prevalencia*

De un fichero central bien organizado y puesto al día es posible obtener considerable información sobre tuberculosis y, en particular, sobre la incidencia anual de nuevos casos de tuberculosis y de recaídas, así como sobre la prevalencia de casos bacilares de tuberculosis, que se obtiene como resultado de un inventario de los casos que figuran en el fichero. Será

preciso que la información sobre tuberculosis obtenida del fichero figure tabulada de un modo uniforme para facilitar la comparación entre los países. En el Anexo 2 (página 14) figura un ejemplo de posible agrupación de casos en el fichero. El sistema de clasificación propuesto fue examinado por el Comité de Expertos en Tuberculosis en su cuarta reunión, celebrada en 1949,¹ y ulteriormente ha sido estudiado por diversas organizaciones sanitarias nacionales.

2.3.4 *Letalidad*

Mediante estudios especiales se ha venido obteniendo en el pasado el porcentaje de defunciones anuales entre los nuevos casos notificados en años anteriores, pero el empleo de un fichero central permitiría obtener esos datos de un modo sistemático. Las estadísticas de letalidad permitirían estudiar tanto el grado de gravedad de la enfermedad como la influencia de las medidas terapéuticas en su evolución.

2.4 **Indices obtenidos mediante encuestas especiales**

Cuando no se obtiene una notificación completa de un modo uniforme que permita la comparación de estadísticas entre los países, se sugieren dos posibles métodos para obtener un índice complementario mediante encuestas especiales.

2.4.1 *Índice basado en la reacción a la tuberculina*

Es importante disponer de un índice de infección tuberculosa que pueda obtenerse mediante la reacción a la tuberculina. La técnica, la lectura y la interpretación de la reacción deben ser uniformes y la tuberculina empleada en los distintos países debe estar estandarizada mediante un ensayo biológico de comparación con el patrón internacional. Para este propósito se recomienda el empleo de grupos de edad escolar (tanto los que ingresan en la escuela como los que van a abandonarla), si bien es cierto que el valor del índice tuberculínico será limitado en los países donde la vacunación con BCG se practica en gran escala en niños que no han alcanzado ese grupo de edad. Importa mucho que, para la exactitud de la comparación, los grupos nacionales que se dediquen a establecer un índice tuberculínico apliquen métodos internacionales. Se recomienda que los resultados de esos exámenes no se comuniquen en los términos tradicionales de « reacciones positivas » y « reacciones negativas », sino en milímetros que indiquen el tamaño de la reacción.

¹ *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn. ; Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, 1950, 7, 10

Con objeto de asegurar un medio de comparación entre los países, es necesario comparar directamente las técnicas y en particular las lecturas efectuadas por grupos en diversos países, cosa que podría lograrse disponiendo de un grupo especialmente adiestrado que visitase los diferentes países.

2.4.2 *Índice basado en el examen completo para localizar la tuberculosis*

Para obtener un índice auténtico de la prevalencia de la tuberculosis, es preciso hacer exámenes pulmonares completos a grupos representativos.

Parte esencial de estos exámenes es la microrradiografía en masa. Para establecer un diagnóstico seguro, debe someterse a rigurosa vigilancia toda persona con signos pulmonares anormales a los rayos X, y los resultados deben comunicarse en los mismos términos que para la notificación general. Debe establecerse como norma la lectura doble de las placas de rayos X y debe tratarse de lograr la comparación internacional mediante el intercambio de radiografías.

El índice más seguro se obtendrá examinando a grupos completos de población que abarquen todas las edades, lo que debe intentarse en los pocos países donde es factible.

En otros países donde no puede realizarse esta medida, el problema consiste en determinar a qué grupos hay que examinar con objeto de obtener un índice. La composición de la mayoría de los grupos que podrían utilizarse es tan variable de un país a otro que no se presta en sí a la comparación internacional. Al parecer, los mejores resultados en estos casos se obtienen con los reclutas de las quintas militares.

2.5 **Algunas conclusiones generales**

Después de examinar detalladamente el grado de seguridad que ofrece cada uno de los índices de tuberculosis mencionados y la posibilidad de obtenerlos, el grupo llegó a las conclusiones siguientes :

- 1) Las tasas de mortalidad ya no proporcionan suficiente información.
- 2) Las tasas de prevalencia sólo aportan información bastante útil cuando están basadas en un fichero fidedigno. No obstante, los países de gran población pueden encontrar dificultades para establecer un fichero nacional, y esta fuente de información sólo puede hoy día organizarse en algunos de esos países.
- 3) Los índices basados en el examen completo para localizar la tuberculosis pulmonar sólo son seguros cuando las encuestas se hacen en grupos de población. Este procedimiento tampoco puede realizarse más que en algunos países.

4) El índice tuberculínico es factible en casi todos los países, pero su valor es limitado.

No todos los índices de la tuberculosis pueden obtenerse hoy día en los distintos países, pero habitualmente se puede obtener el índice tuberculínico, cuya amplia utilización se recomienda en el mayor número posible de países como primer paso hacia la comparación mutua.

3. METODOS ESPECIFICOS DE LUCHA ANTITUBERCULOSA

3.1 Observaciones generales

El grupo se limitó a estudiar la tuberculosis de las vías respiratorias. Sobre la base de las cifras presentadas al grupo por participantes de distintos países, se efectuó un intercambio de informaciones sobre las experiencias obtenidas con los métodos actuales de lucha antituberculosa y sobre los planes destinados a dar una nueva orientación a los métodos de lucha en el futuro. Se llegó a la conclusión de que, debido a la diferencia de los métodos utilizados y a la falta de estadísticas comparables, no siempre es fácil evaluar los diversos métodos.

3.2 Localización de casos

3.2.1 Objeto de la localización

Desde el punto de vista de la salud pública, el propósito fundamental de la localización es descubrir y someter a tratamiento los casos de tuberculosis, con objeto de evitar la transmisión de la enfermedad. Este método continuará siendo de considerable importancia en la lucha antituberculosa, pero se reconoce que los métodos más adecuados variarán de acuerdo con la prevalencia de la enfermedad en cada país. En los países con baja prevalencia se hará cada vez más necesario generalizar el examen de los contactos.

3.2.2 Dispensarios antituberculosos

Los dispensarios antituberculosos serán aún necesarios durante muchos años como centros locales de lucha antituberculosa. Deben continuar siendo el centro de diagnóstico de los casos sospechosos enviados por los médicos o de los encontrados en los exámenes en grupo o en masa. Un alto porcentaje de casos se encuentra en los pacientes enviados por los médicos locales a consecuencia de síntomas respiratorios. Se considera importante continuar e intensificar los exámenes de contactos, cuyo principal grupo debe estar aún representado por los contactos familiares,

aunque, con la baja prevalencia actual de las tuberculosis infecciosas, muy bien pudiera extenderse el examen a los contactos fuera de la familia.

Reviste importancia fundamental localizar los casos infecciosos entre las personas que están en estrecho contacto con niños, como son los maestros y demás personal de las escuelas, guarderías infantiles y jardines de la infancia.

Otro grupo cuyo examen se consideró importante comprende las personas especialmente expuestas al contacto a causa de su profesión, es decir, estudiantes de medicina y de odontología y personal de instituciones y laboratorios antituberculosos. Otro grupo importante es el formado por los que manipulan alimentos y por los que están en contacto con gran número de personas, por ejemplo, los empleados de correos y de bancos.

3.2.3 *Exámenes en grupo*

En los últimos años se ha recurrido ampliamente al examen de grupos totales de población, que se considera útil si se logra examinar un alto porcentaje. Cuando sólo se alcanza un bajo porcentaje, deben tomarse medidas especiales para remediar la situación.

Los exámenes en masa de la población o de grupos especiales deben correr a cargo de los dispensarios y, si se encargan de ellos otras instituciones de los servicios de salud pública, deben trabajar en estrecha colaboración con los dispensarios.

En los países de prevalencia media o alta, estará justificado que se sigan practicando durante algún tiempo exámenes en masa de ciertos grupos, o incluso de grupos totales de población. En las zonas de baja prevalencia, debe concederse mayor atención a los casos con lesiones mínimas. En algunas de esas zonas, se ha llegado a una fase en que es importante una estricta vigilancia ulterior, incluso para aquellas personas cuyo único signo de infección es una reacción positiva a la tuberculina.

En varios países de baja prevalencia, la experiencia de los exámenes de grupos totales de población ha demostrado que ese método no es siempre el más ventajoso y se está proyectando, por lo tanto, la vuelta al examen de grupos especiales. Desde este punto de vista, es probable que los mejores resultados se obtengan en los pacientes admitidos en los hospitales y en los que asisten a los dispensarios de consulta externa.

Debido a la alta prevalencia de la tuberculosis infecciosa que se ha comprobado en los ancianos, especialmente del sexo masculino, se estimó importante aprovechar todas las oportunidades que se presenten para examinar a ese grupo.

La experiencia de la mayoría de los países indica que debe continuar el examen sistemático de los estudiantes.

Cuando se trata de examinar a toda la población, muchos países han encontrado que, en ciertos grupos de edad, ya no se justifica el examen anual y que podría ser suficiente someter a dichos grupos a un examen trienal.

3.3 Vacunación con BCG

Sin entrar en un examen detallado del valor de protección del BCG, puede afirmarse que esta vacuna es un valioso complemento de otros métodos de lucha antituberculosa. Algunos miembros del grupo consideran que será necesario emplearla en masa durante algún tiempo en algunos países con prevalencia media de tuberculosis. Otros opinan que el empleo en masa de la vacuna debería limitarse a ciertos grupos de edad de la población. Algunos miembros estiman que, en los países donde la prevalencia de la infección tuberculosa es baja y continúa en descenso, la vacunación con BCG debería limitarse a los grupos que están especialmente expuestos a la enfermedad, mientras que otros miembros opinan que, incluso en esos países, podría utilizarse, ventajosamente y a un bajo coste, la vacunación en masa con BCG. La vacunación con BCG será útil durante mucho tiempo en todos los países para los contactos de casos infecciosos y para los grupos sumamente expuestos al contagio, tales como el personal de las instituciones antituberculosas.

3.4 Tuberculosis bovina

En algunos países europeos la tuberculosis bovina continúa siendo un problema. Debe hacerse hincapié en que, a medida que disminuya el número de pacientes infecciosos, aumentará la importancia relativa de la infección procedente de ganado tuberculoso. De aquí que la lucha contra la tuberculosis bovina se transforme en un factor cada día más importante de la lucha contra la tuberculosis humana.

3.5 Tratamiento de casos

3.5.1 Hospitalización

En la lucha antituberculosa, la hospitalización continuará siendo durante algunos años un importante factor, incluso para los casos pulmonares, ya que, por lo general, se piensa que se presta un mayor servicio a la sociedad si tales casos reciben tratamiento en instituciones mientras continúan siendo infecciosos. Es preciso intensificar los esfuerzos para per-

suadir a los pacientes a que ingresen en los hospitales y sanatorios. Se espera que disminuirá el número de camas necesarias para tuberculosos y que casi ningún país de Europa necesitará aumentar el número de camas para tuberculosos.

3.5.2 *Medicamentos antituberculosos*

El empleo generalizado de los nuevos medicamentos antituberculosos tiene gran importancia en la lucha contra la enfermedad.

3.5.3 *Problemas relacionados con la resistencia a los medicamentos*

La aparición de cepas de bacilos tuberculosos resistentes a los medicamentos y la importancia que, en opinión de los médicos, reviste para la sociedad, indican la conveniencia de obtener datos sobre la frecuencia de la aparición de nuevos casos debidos a la infección procedente de esas cepas. Esto puede lograrse mediante la determinación sistemática de la resistencia que oponen a los medicamentos los bacilos tuberculosos aislados de todos los nuevos casos en un sector restringido y bien delimitado. Los niños y los jóvenes que recientemente hayan dado reacciones positivas a la tuberculina y presenten lesiones a los rayos X constituyen un grupo especialmente adecuado para ese estudio.

3.6 Rehabilitación

Los progresos en el tratamiento de la tuberculosis, con la consiguiente disminución de la mortalidad, han dado por resultado un aumento del número de personas curadas pero parcialmente impedidas. El empleo de métodos de rehabilitación contribuye de modo considerable a reducir al mínimo el peligro de recaída y, por lo tanto, de una nueva propagación de la enfermedad. La curación médica de un paciente tuberculoso es sólo el primer paso para reintegrarle a un puesto útil en la sociedad. Debe, pues, estimularse en todos los países la creación de centros de rehabilitación total.

3.7 Otros aspectos

Cada vez se hace más importante la participación activa del médico local en la lucha antituberculosa. Debe intentarse por todos los medios despertar el continuo interés de los médicos facilitándoles información al día sobre los cambios en los métodos de tratamiento y lucha contra la tuberculosis.

Al educar al público, es necesario insistir en que, con los métodos modernos de tratamiento y lucha, una persona atacada de tuberculosis

pulmonar infecciosa no representa un peligro para la sociedad si ha seguido las instrucciones dadas por el médico encargado de su tratamiento y de los exámenes de vigilancia ulterior.

La asistencia social y económica a los pacientes y a sus familias es un importante factor en la lucha antituberculosa y, a medida que disminuye el número de casos, podría ampliarse para dar aún mayor eficacia a esa lucha.

4. RESUMEN Y CONCLUSIONES

La tuberculosis sigue siendo un importante problema en todos los países europeos y hay que contar con que continúe siéndolo durante varios años. Es preciso intensificar en todos los países los esfuerzos para determinar la incidencia y la prevalencia exactas de la enfermedad. Durante algún tiempo la lucha antituberculosa requerirá, por consiguiente, sumas considerables. No hay que olvidar que catástrofes como la guerra pueden agudizar rápidamente el problema.

Se admite que la prevalencia de la tuberculosis influye en las medidas utilizadas para combatirla. Desde este punto de vista, los países de Europa pueden dividirse *grosso modo* en dos grupos: los de prevalencia baja y los de prevalencia media; por esa razón, los métodos de lucha antituberculosa empleados en esos dos grupos de países diferirán durante algunos años.

A medida que se reduce la prevalencia, adquiere cada vez mayor importancia la necesidad de tratar los problemas de lucha antituberculosa desde el punto de vista epidemiológico, y de utilizar aquellos métodos que han resultado eficaces en la lucha contra otras enfermedades infecciosas. Las medidas de lucha antituberculosa deben planearse teniendo en cuenta el principio de que la tuberculosis es una enfermedad infecciosa.

Anexo 1**DATOS CUYA DETERMINACION SE SUGIERE SOBRE CADA CASO QUE SE REGISTRE EN UN FICHERO DE TUBERCULOSIS****I. Identificación**

1. Nombre (para las mujeres casadas inscribábase también el nombre de soltera)
2. Sexo
3. Día, mes y año de nacimiento
4. Estado civil
5. Lugar de nacimiento
6. Lugar de residencia

II. Profesión**III. Vacunación previa con BCG****IV. Descubrimiento del caso**

1. Por el médico de cabecera
2. Por examen sistemático en masa
3. Por examen de contactos
4. De otro modo

V. Diagnósis

1. Diagnóstico
2. Fecha en que se hizo por primera vez una determinación de tuberculosis y diagnóstico que se formuló en aquel momento
3. Examen radiológico de tórax
 - a) Lesiones pulmonares :
 - i) caverna evidente
 - ii) caverna dudosa
 - iii) sin caverna
 - b) Lesiones de los ganglios mediastínicos
 - c) Lesiones de la pleura

En relación con uno cada de los datos mencionados debe indicarse la fecha del examen y si la invasión es unilateral o bilateral.

4. Análisis bacilar

- a) Microscopia de esputo
- b) Cultivo de esputo
- c) Cultivo de lavado gástrico
- d) Cultivo de líquido pleural

Debe añadirse información acerca de la fecha del examen, su resultado, y tipo del bacilo (humano o bovino).

Anexo 2

**SISTEMA PROPUESTO PARA CLASIFICAR LOS RESULTADOS
DEL EXAMEN TIPO PARA EL DIAGNOSTICO
DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR**

Resultados del examen bacilar

- 0. Cultivo negativo del raspado laríngeo y del esputo (sin prestar atención a la microscopia)
- 1. Cultivo negativo del raspado laríngeo o del esputo (acaso no pueda determinarse el otro resultado o haberse contaminado el cultivo; sin prestar atención a la microscopia)
- 2. No puede determinarse el resultado del cultivo. Esputo negativo al microscopio (cultivo contaminado)
- 3. No hay esputo. No se hizo raspado laríngeo o se contaminó
- 4. No puede determinarse el resultado del cultivo. Esputo positivo al microscopio
- 5. No hay esputo. Cultivo positivo del raspado laríngeo
- 6. Cultivo positivo del esputo o del raspado laríngeo (o de ambos). Esputo negativo al microscopio
- 7. Cultivo positivo del esputo o del raspado laríngeo (o de ambos). Esputo + 1 al microscopio

8. Cultivo positivo del esputo o del raspado laríngeo (o de ambos).
Esputo + 2 al microscopio
9. Cultivo positivo del esputo o del raspado laríngeo (o de ambos).
Esputo + 3 al microscopio

Un método simple de clasificar los resultados es el siguiente :

En primer lugar, determinense los resultados positivos de cultivos ; si uno o ambos son positivos, el caso debe llevar uno de los números de clave 5, 6, 7, 8 ó 9 y es relativamente sencillo hacer la clasificación. Si no hay cultivo positivo, determinense los cultivos negativos. En el caso de dos cultivos negativos, el número de clave es 0 ; si hay sólo un cultivo negativo, el número de clave es 1, y si no hay cultivo negativo, el número de clave es 2, 3 ó 4 y fácilmente puede hacerse la clasificación.

Resultados del examen radiológico

0. No hay signos patológicos
1. Signos patológicos pulmonares en un lado únicamente sin indicios de caverna
2. Signos patológicos pulmonares en ambos lados sin indicios de caverna
3. Signos patológicos pulmonares en un lado únicamente con indicios de caverna
4. Signos patológicos pulmonares en un lado únicamente con caverna manifiesta
5. Signos patológicos pulmonares en ambos lados con indicios de caverna en un lado
6. Signos patológicos pulmonares en ambos lados con caverna manifiesta en uno solo
7. Signos patológicos pulmonares en ambos lados con indicios de caverna en los dos
8. Signos patológicos pulmonares en ambos lados con caverna manifiesta en un lado e indicios en el otro
9. Signos patológicos pulmonares en ambos lados con caverna manifiesta en los dos

NOTA : La calcificación manifiesta no se considerará como signo patológico pulmonar.

SERIE DE INFORMES TECNICOS DE LA OMS

Desde enero de 1950, se han venido publicando en francés y en inglés, en la *Serie de Informes Técnicos*, los informes sobre los trabajos llevados a cabo por los diversos organismos que tienen por misión el asesoramiento técnico de la Organización : comités y subcomités de expertos de la OMS, comités mixtos constituidos con otras instituciones especializadas, y otros grupos consultivos o de estudio.

A partir de enero de 1955, esos informes se publican asimismo en español de manera regular. Varios informes publicados con anterioridad a esa fecha fueron traducidos y editados por la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), que actúa de Oficina Regional de la OMS para las Américas.

Nº	Informes publicados por la OSP	Precio		
		s. d.	\$	Fr. s.
9.	(1953) Higiene Mental Informe de la Primera Reunión del Comité de Expertos (42 páginas) . . .	2/3	0,30	1,20
10.	(1952) Saneamiento Ambiental Informe de la Primera Sesión del Comité de Expertos (33 páginas)	2/-	0,25	1,—
22.	(1952) Educación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar Informe de la Primera Reunión del Comité de Expertos (35 páginas)	2/-	0,25	1,—
24.	(1951) Enfermería Informe de la Primera Sesión del Comité de Expertos (40 páginas)	1/6	0,20	0,80
30.	(1952) Servicios de Higiene Escolar Informe de la Primera Reunión del Comité de Expertos (40 páginas)	2/-	0,25	1,—
31.	(1952) Higiene Mental Informe de la Segunda Reunión del Comité de Expertos (49 páginas)	2/9	0,35	1,40
41.	(1953) Reglamento Sanitario Internacional Reglamento N° 2 de la Organización Mundial de la Salud (103 páginas)	5/-	0,65	2,60
42.	(1953) Higiene Mental Informe de la Primera Reunión del Subcomité de Alcoholismo (23 páginas)	1/3	0,15	0,60
48.	(1954) Higiene Mental Segundo Informe del Subcomité de Alcoholismo (38 páginas)	2/-	0,25	1,—
53.	(1953) Estadísticas Sanitarias Tercer Informe del Comité de Expertos (con inclusión del Segundo Informe del Subcomité de Registro y Presentación Estadística de Casos de Cáncer) (54 páginas)	2/9	0,35	1,40
55.	(1953) Administración Sanitaria Informe de la Primera Reunión del Comité de Expertos (46 páginas)	2/3	0,30	1,20
69.	(1954) Educación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar Segundo Informe del Comité de Expertos (25 páginas)	1/6	0,20	0,80
89.	(1955) Educación Higiénica del Público Primer Informe del Comité de Expertos (31 páginas)	1/9	0,25	1,—
91.	(1955) Enfermería Tercer Informe del Comité de Expertos (31 páginas)	1/9	0,25	1,—
Informes publicados por la OMS				
92.	(1955) Higiene de los Marinos Segundo Informe del Comité Mixto OIT/OMS (20 páginas)	1/9	0,30	1,—
93.	(1955) Formación Profesional de Parteras Primer Informe del Comité de Expertos (24 páginas)	1/9	0,30	1,—
94.	(1955) Alcohol y Alcoholismo Informe de un comité de expertos (15 páginas)	1/9	0,30	1,—
95.	(1955) Drogas Susceptibles de Engendrar Toxicomanía Quinto Informe del Comité de Expertos (17 páginas)	1/9	0,30	1,—
96.	(1955) Estandarización Biológica Octavo Informe del Comité de Expertos (20 páginas)	1/9	0,30	1,—