

# ASPECTOS ESTADISTICOS EN EL HOSPITAL SANATORIO NACIONAL SANTA CLARA DE BOGOTA

DE 1952 A 1956.

Trabajo realizado por el doctor Miguel I. Tovar Acosta, Jefe del Departamento Médico del Hospital Santa Clara, con la colaboración del personal científico del mismo.

Abrial de 1957.

Analizadas 2.674 fichas, correspondientes a igual número de enfermos hospitalizados durante el período 1952-1956 en el Hospital Sanatorio Nacional Santa Clara de Bogotá, encontramos: 87,22% de tuberculosos, y 12,79% de no tuberculosos; pensionados 7,85%, y no pensionados 92,15%. Existiendo un predominio de tuberculosos y de no pensionados, acorde con las finalidades del establecimiento (Tabla I).

Cinco enfermos (0,21%) figuran como vacunados con BCG, sin haberse establecido en qué momento de su vida les fue aplicado, posiblemente antes de la enfermedad. Este porcentaje se encuentra dentro de las cifras de calmetizados que adquieren la tuberculosis (Tabla II).

Unicamente 9,13% relataron contacto con tuberculosos, cifra bastante baja que nos indica la falta del estudio de focos, ya que si existiera la Enfermera de Salud Pública al servicio de nuestra lucha antituberculosa, para la investigación de contactos, este porcentaje seguramente sería muy superior.

Se atendieron 80 embarazadas, 3,05% del total de los hospitalizados, y 9,88% de las tuberculosas (según Tabla XIV).

La serología positiva para sífilis se presentó en 5,25% de los tuberculosos, siendo este hallazgo más frecuente en hombres que en mujeres, y de manera dominante en los soldados.

La clasificación americana de los tuberculosos, en consideración (Tabla III) nos pone de manifiesto que la sintomatología marcha paralelamente con la gravedad de las formas de la enfermedad (AI, BII, CIII). Existen, sin embargo, formas avanzadas con sintomatología discreta, y viceversa, formas mínimas, con sintomatología severa, aunque en proporción menor que las primeras; nos demuestra este hecho que hay muchos casos de formas avanzadas que prácticamente no presentan sintomatología (formas inaparentes), tan importantes epidemiológicamente. Existe un predominio de las formas avanzadas

(III = 52,48%), en relación con las moderadas (II = 31,21%), y con las mínimas (I = 16,31%), estas últimas en proporción discreta. La sintomatología acusa porcentajes semejantes en proporción con las formas, así: discreta 23,42% (A), mediana 34,18% (B), y grave 42,40% (C).

Estos hechos tienen una similitud extraordinaria con las estadísticas nacionales de igual naturaleza (Tabla IV). Las hospitalizaciones en los establecimientos de cura del país revelan 10,02% y 10,19% de formas mínimas; 32,61% y 35,70% de moderadas; 57,37% y 54,11% de avanzadas; en los años de 1954 y 55, respectivamente. Lo mismo sucede con los casos positivos encontrados en los Dispensarios del país (Tabla V), que durante los mismos años evidencian: 26,48% y 21,45% de formas mínimas; 34,26% y 36,08%, de moderadas; 39,26% y 42,47%, de avanzadas, respectivamente, en los años referidos. Al comparar los datos de las formas, tanto de los Centros de Tratamiento del país como de Santa Clara y de los Dispensarios (Tabla VI), se comprueba una correlación más o menos de  $5/10$  de formas avanzadas;  $3/10$ , de moderadas, y  $2/10$ , de mínimas.

Ante estas cifras, debemos concluir que hace falta intensificar el empleo de medios para el diagnóstico precoz, especialmente si consideramos los porcentajes de positividad hallados por los Centros Dispensariales: 1,60% en 1953, 1,91% en 1954 y 1,80% en 1955 (Tabla V); al aumentar el número de examinados se aumentarán el porcentaje y el número de positivos, modificándose seguramente la proporción de dominio de las formas avanzadas.

La tuberculosis activa se presentó en 79,32% de los casos, y la baciloscopía fue positiva en 60,43%, hechos importantes que relacionados con la abrumadora mayoría de formas avanzadas y con el escaso número de enfermos que refirieron contacto con tuberculosos, nos hacen reafirmar la falta de estudio de los focos, especialmente si nos referimos a las experiencias de Framingham, para no citar otros estudios de igual naturaleza (Tabla VII).

El predominio de las lesiones difusas, tanto uni como bilaterales (68,25%), en relación con las localizadas en uno y en ambos pulmones (31,75%) nos pone de manifiesto la facilidad con que la enfermedad ataca a nuestros compatriotas, demostrando la poca o ninguna defensa que ellos oponen a la tuberculosis. Las lesiones de una y otra clase predominan en el pulmón derecho, de acuerdo con la distribución de la tuberculosis en las vías respiratorias (Tabla VIII).

Por otro lado el predominio del tipo de lesión caseoneumónica (56,24%), en relación con el resto de tipos anatomo-radiológicos que hemos considerado como formas no graves —no excavadas— (43,76%), es indicador de la gravedad que adquiere la tuberculosis en la mayoría de nuestras gentes (Tabla IX).

Todos estos hallazgos nos hacen pensar que la tuberculosis se presenta actualmente en Colombia con las características de su dominio en países subdesarrollados, en donde por todas las condiciones favorables, la enfermedad se disemina de individuo a individuo y en

el mismo organismo, con extrema facilidad. Por esta razón creemos estar aún muy distantes de una resistencia adquirida sólida.

La alimentación subnormal, el analfabetismo, el hacinamiento y la mala calidad de la vivienda, la precaria legislación nacional del trabajo, que no protege al trabajador que enferma de tuberculosis el desconocimiento del problema médico social de la enfermedad por parte de la mayoría de los médicos, la falta de una adecuada educación sanitaria, la insuficiencia del diagnóstico precoz y del amparo profiláctico de los contactos; y en otros aspectos la industrialización del país, la apertura de vías de comunicación en regiones hasta hace poco aisladas, la migración de gentes en el interior y desde fuera del país, etc., nos colocan en las condiciones desfavorables que han experimentado en épocas distintas otros países víctimas de catástrofes, o menguados en sus defensas colectivas e individuales por diversos fenómenos sociológicos, que fueron o van siendo superados.

Las complicaciones (Tabla X) se presentaron en el 24,50% de los tuberculosos, así: 5,21% de laríngeas, 4,86% de pleurales, 3,83% de enfermedades intercurrentes, 2,75% de intestinales y 7,84% dentro del rótulo de "otras" (testiculares, renales, amigdalianas, oídos y meningoencefálicas, por fortuna estas últimas cada día menos frecuentes en nuestro medio hospitalario). La incidencia de las complicaciones guarda más o menos igual proporción; sin embargo, las complicaciones laríngeas (21,26%), las pleurales (19,86%) y las intestinales (11,24%) representan aún cifras elevadas. Las complicaciones siguen de cerca la cifra de la mortalidad hospitalaria (23,29% de la Tabla XI), y se relacionan con el predominio de forma y de tipos graves de la enfermedad.

Únicamente 39,39% de los enfermos dados de alta con orden médica, 7,06% fueron expulsados, cifra que nos indica la falta de adaptación de algunos tuberculosos al hospital, al tratamiento y a la enfermedad, hecho que se explica por falta de una labor educativa para una mejor adaptación sociológica. Voluntariamente salieron 21,57%, algunos por la misma causa de la desadaptación, pero la gran mayoría por tener problemas socio-económicos que les impedían permanecer "inactivos", creyendo que con el abandono del tratamiento podrían resolver las dificultades de sus hogares y de sus familias, logrando en realidad solamente empeorar la situación general. Este hecho se puede relacionar con la inexistencia del Departamento de Asistencia Social (Tabla XI).

Las cifras de mortalidad hospitalaria (23,29%) es la que representa mayor gravedad y refleja ineficacia del tratamiento, no por culpa del mismo, sino especialmente por las deficiencias de la lucha antituberculosa, y por el comportamiento lógico de la enfermedad con los signos de la mayor gravedad posible. Lamentablemente 60,61% salieron en forma igual o peor a como entraron, pues casi la mitad de ellos murieron, y el resto, por el estado a su salida, irán hacia el mismo fin, pero con el agravante de que mientras ello sucede habrán empeorado la situación de la colectividad, por tratarse de casos altamente infectantes.

El 52,23% de los tuberculosos han perdido total o parcialmente el tratamiento por haber salido en estado de franca actividad de la enfermedad. No mejorados (34,62%) y mejorados (17,61%). Solamente aprovecharon completamente su estada en el hospital los detenidos (33,42%), y los inactivos (14,35%), o sea, el 47,77% de los salidos. La situación se hace más grave, ya que 60,92%, a su salida, se encontraban en cura intensiva de reposo, seguramente no compatible con esfuerzo, actividad u ocupación; únicamente 39,08% salieron en condiciones de enfrentar una actividad común, y esta cifra corresponde más o menos a los salidos con orden médica (39,39%). Ello nos está indicando que además de haberse perdido tiempo, dinero y vidas humanas, imposibles de recuperar, seguirán perdiéndose de no contarse con los medios conducentes a cambiar de manera favorable la situación. Vale recalcar que el aspecto económico constituye el factor fundamental en la solución del problema a corto o largo plazo.

La situación de los enfermos salidos de los establecimientos de tratamiento del país es peor que la de Santa Clara, pues únicamente 29,11% fueron beneficiados con el tratamiento, y 70,89% lo perdieron parcial o totalmente; por otro lado la mortalidad ha sido menor (Tabla XIII).

La mayoría de los enfermos fueron del sexo masculino (65,10%). La edad más comprometida entre los 20 y los 39 años (56,80%), la más productiva del ser humano, por cuanto por su vigor hubiera contribuido de mejor manera para servirse a sí mismo, a la familia y a la patria. Esto es un grave lastre social y económico, que analizado a través de millares de tuberculosos, representa una fuerte pérdida de esfuerzo y de vidas, pero sobre todo de bienestar y felicidad, la mayor riqueza que todos debemos buscar (Tabla XIV).

Existe una correspondencia de mayor incidencia de morbilidad en edades, con las cifras de tuberculino-positivos, como veremos posteriormente.

Es menor el tiempo de hospitalización para los enfermos no tuberculosos, hecho que no requiere comentario. Los tuberculosos salieron del hospital, así: 43,66% en el curso de seis meses, 68,81% en el curso de 1 año, 87,76% en el curso de dos años, 94,82% en el curso de tres años; quedando por encima de este tiempo 5,18% (120 enfermos); cuando de los no tuberculosos únicamente quedaban 0,58% (2 enfermos). La permanencia por encima de dos y tres años agrava la situación hospitalaria para los nuevos tuberculosos, pues la supervivencia de los "buenos crónicos" determina que muchos de los tuberculosos, que hoy se pudieran tratar con buen éxito, por falta de hospitalización dentro de pocos años estén convertidos en los peores casos posibles. "El problema de la mortalidad por tuberculosis se ha convertido en problema de invalidez por la enfermedad"; este fenómeno, que es de ámbito mundial, tiene su especial significado entre nosotros, creando la necesidad de resolver la situación de estos crónicos, para remediarles y remediar el serio problema socio-económico

de todo cuanto les rodea. Las medidas profilácticas no podrán tardar para evitar más reclutas en las filas de estos inválidos tuberculosos, pero mientras estas surten efecto, es necesario resolver la situación actual de los crónicos, de la manera más práctica, económica y rápida posible (Tabla XV).

Cuando más avanzada se diagnostica una tuberculosis, más tiempo de hospitalización tendrá, y, al contrario, en relación con los diagnósticos precoces (Tabla XVII). Las formas de mayor permanencia hospitalaria son las de tipo caseoneumónico, uni o bilaterales: hasta los dos años, 58 = 3,27% y 179 = 10,30%, respectivamente; hasta los tres años, 14 = 0,79% y 62 = 3,50%; más de tres años, 5 = 0,28% y 24 = 1,35%. El resto de tipos son escasos para un mayor tiempo de permanencia hospitalaria. Hay un detalle grave en las estadas, representado en 133 = 7,68% y 100 = 5,64%; 344 = 19,56% y 185 = 10,42% de caseoneumónicos uni y bilaterales, respectivamente, que en igual forma han permanecido hasta seis meses y un año, hecho que está de acuerdo con lo analizado en las causas de salida: precocemente salen formas graves en perjuicio propio y de la sociedad.

La mortalidad no podemos calcularla, pues las cifras conocidas no demuestran exactitud, máxime cuando hemos visto la mortalidad hospitalaria que es bastante elevada. Las fallas en la colección de los datos para los índices de mortalidad están en defecto de más de 75%, conforme sucede en la mayoría de los países latinoamericanos. La Tabla XVI nos demuestra la mortalidad en los años de 1952, 53 y 54, como las cifras de letalidad por cien mil habitantes, que son muy bajas y seguramente lejanas de una realidad triste y dolorosa.

Los índices de tuberculinización (Tabla XVIII) nos indican que la positividad a la tuberculina coincide en mayor proporción en los Departamentos y ciudades con mayor densidad de población, claro está que con no pocas excepciones, entrando en juego una serie de factores largo de analizar. El desenvolvimiento progresivo de las ciudades trae afluencia de gentes de diversas procedencias y clases, en todos los sentidos, que facilitan la infección; cumpliéndose la observación, ya muy antigua, que "a mayor densidad de población y mayor densidad de promiscuidad (centros urbanos), es mayor la incidencia de la tuberculosis".

Los individuos tuberculino-negativos son más numerosos que los tuberculino-positivos, tanto en la zona urbana como en la rural (Tabla XIX); esto nos indica que la mayoría de los colombianos no han sido infectados por la tuberculosis. Teniendo en cuenta este factor, agregado a los analizados al comentar la gravedad de la enfermedad (Tablas III, IV, V, VI, VII, VIII y IX), podemos deducir que el aumento de las posibilidades de contagio empeorará la situación de la tuberculosis, con los años, por actuar la enfermedad en terreno virgen; podrá repetirse lo acaecido a los senegaleses en la Primera Guerra, y a otros habitantes en diversas regiones, que en varias épocas vieron diezmadas sus poblaciones por la tuberculosis, por estar en iguales circunstancias a las que actualmente atraviesa Colombia.

**TABLA I**  
**ENFERMOS ANALIZADOS**

Total de enfermos	Tuberculosos	No tuberculosos	Pensionados	No pensionados
2.674	2.322	352	209	2.465
%	87,21	12,79	7,85	92,15

**TABLA II**  
**ALGUNOS ASPECTOS DE LOS TUBERCULOSOS A SU INGRESO AL HOSPITAL**

Número de enfermos tuberculosos	Vacunados con B. C. G.	Contacto referido con tuberculosos	Embarazadas	Serología positiva para sífilis
2.322	5	212	80	122
%	0,21	9,13	3,05	5,25

**TABLA III**  
**CLASIFICACION AMERICANA DE LOS ENFERMOS ANALIZADOS**

Total de enfermos tuberculosos	IA	IB	IC	IIA	IIB	IIC	IIIA	IIIB	IIIC
2.322	259	66	54	199	393	133	85	335	798
% F. y S.	11,15	2,84	2,32	8,57	16,92	5,72	3,70	14,42	34,36

Formas ..... I: 370 = 16,31%      II: 725 = 31,21%      III: 1,218 = 52,48%  
 Síntomas ..... A: 543 = 23,42%      B: 794 = 34,18%      C: 985 = 42,40%

I = Formas mínimas; II = Formas moderadas; III = Formas avanzadas.  
 A = Síntomatología discreta; B = Síntomatología mediana; C = Síntomatología grave; F = Formas; S = Síntomatología.

**TABLA IV**

**CLASIFICACION AMERICANA DE LOS ENFERMOS HOSPITALIZADOS  
EN LAS ENTIDADES DE CURA ANTITUBERCULOSA DEL PAIS**

	Años 1954	1955
Hospitalizaciones .....	Nº 3.153	2.932
Formas mínimas .....	Nº 316	309
	% 10,02	10,19
Formas moderadas .....	Nº 988	1.047
	% 32,61	35,70
Formas avanzadas .....	Nº 1.849	1.576
	% 57,37	54,11

TABLA V

CLASIFICACION AMERICANA DE LOS CASOS TUBERCULOSOS NUEVOS  
ENCONTRADOS POR LOS CENTROS DISPENSARIALES DEL PAIS  
EN LOS AÑOS 1953, 1954 Y 1955

Años	1953	1954	1955
Asistentes nuevos . . . . .	311.026	343.152	387.501
Negativos . . . . .	Nº 298.430	322.209	367.492
	% 95,95	95,79	96,70
Sospechosos . . . . .	Nº 7.641	7.809	5.837
	% 2,45	2,30	1,50
Positivos . . . . .	Nº 4.955	6.567	7.086
	% 1,60	1,91	1,80
Formas mínimas . . . . .	Nº 1.739	1.520	
	% 26,48	21,45	
Formas moderadas . . . . .	Nº 2.249	2.546	
	% 34,26	36,08	
Formas avanzadas . . . . .	Nº 2.579	3.020	
	% 39,26	42,47	

TABLA VI

CLASIFICACION AMERICANA DE VARIOS GRUPOS DE TUBERCULOSOS  
HOSPITALIZADOS EN LOS CENTROS DE CURA DEL PAIS, EN SANTA CLARA,  
Y DESCUBIERTOS EN LOS DISPENSARIOS DEL PAIS

	Formas mínimas	Formas moderadas	Formas avanzadas
Hospital Santa Clara . . . . .	16,31%	31,21%	52,48%
Hospitales antituberculosos del país . . . . .	10,11%	34,16%	55,73%
Centros dispensariales del país . . . . .	23,97%	35,17%	40,86%

TABLA VII

## ACTIVIDAD Y BACILOSCOPIA DE LOS TUBERCULOSOS

Número de enfermos tuberculosos	Tuberculosis activa B. K. +	Tuberculosis activa B. K. —	Tuberculosis no activa B. K. +	Tuberculosis no activa B. K. —
2.322	1.394	447	9	472
% enfermos	60,07	19,25	0,36	20,32
Actividad . . . . .	Activa: 1.841 = 79,32%		No activa: 481 = 20,68%	
Baciloscopia . . . . .	Positiva: 1.403 = 60,43%		Negativa: 919 = 39,57%	

TABLA VIII

#### EXTENSION DE LAS LESIONES

Número enfermos tuberculosos	Pulmón derecho				Pulmón izquierdo				Bilate- rales difusas
	S	M	I	D	S	M	I	D	
2.322	278	114	54	152	167	79	45	112	1.321
%									
Enfermos	11,97	4,90	2,32	6,54	7,19	3,44	1,93	4,82	56,89
Localizadas, P. D. . . .	446	= 19,19%			Localizadas, P. I. . . .	291 = 12,56%			
Localizadas, A. P. . . .	737	= 31,75%			Difusas, P. D. . . . .	152 = 6,54%			
Difusas, P. I. . . . .	112	= 4,82%			Difusas bilat. . . . .	1.321 = 56,89%			
Difusas totales . . . . .		1.585 = 68,25%							

S = Tercio superior; M = Tercio medio; I = Tercio inferior; P. D. = Pulmón derecho; P. I. = Pulmón izquierdo; A. P. = Ambos pulmones.

TABLA IX

## CLASIFICACION ANATOMO-RADIOLOGICA DE LAS LESIONES

Número de enfermos tuberculosos	Tuberculosis primaria	Tuberculosis exudativa exudativa no productiva	Tuberculosis exudativa productiva	Tuberculosis caseo-neumónica	Tuberculosis productiva	Otras
2.322	168	195	374	1.306	133	146
%	7,23	8,39	16,10	56,24	5,76	6,28

TABLA X

## COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD

Enfermos	Compli-caciones	Intesti-nales	Pleurales	Laríngeas	Otras	Enfermeda-des inter-currentes
2.322	569	64	113	121	182	89
%						
Enfermos	24,50	2,75	4,86	5,21	7,84	3,83
% compli-caciones		11,24	19,86	21,26	32,00	15,64

TABLA XI  
CAUSAS DE SALIDA DEL HOSPITAL

Enfermos	Orden médica	Traslado	Voluntaria	Expulsión	Muerte
2.322	917	202	501	161	541
%	39,39	8,69	21,57	7,06	23,29
Voluntaria - Expulsión	...	...	662	= 28,63%	Orden médica
Voluntaria - Expulsión - Muerte	...	...	1.203	= 51,92%	917
Voluntaria - Expulsión - Muerte - Traslado.	...	...	1.405	= 60,61%	39,39%

Mortalidad por mil enfermos: 232,89

TABLA XII  
ESTADO DE LOS TUBERCULOSOS A SU SALIDA DEL HOSPITAL  
SANTA CLARA

Activos	Activos	Dete-	Inactivos	Activi-	Activi-	Activi-	Activi-	Activi-
Enfer-	no me-	nidos	dad	dad	dad	dad	dad	
mos	jo- rados		1	2	3	4	5	
2.322	804	410	776	332	799	266	360	461
%	34,62	17,61	33,42	14,35	33,97	11,45	15,50	19,85
Favorecidos con el tratamiento						En reposo de curación (1, 2, 3)		
1.108	= 47,77%					1.425	= 60,92%	
Favorecidos parcialmente o no favorecidos con el tratamiento: 1.214	= 52,23%					En actividad convaleciente (4,5)		
						897	= 39,08%	

TABLA XIII  
ESTADO DE LOS TUBERCULOSOS A SU SALIDA DE LOS DIFERENTES  
CENTROS DE CURACION DEL PAIS

	Años	
	1954	1955
Total salidas ... ... ...	3.108	3.200
Inactivas ... ... ...	C %	293 9,42
Detenidas ... ... ...	C %	669 21,52
Activas no mejoradas ...	C %	413 13,28
		300 9,37
		573 17,90
		579 18,15

Años	1954		1955	
	C	%	C	%
Activas mejoradas . . . . .	453	14,57	573	17,90
Defunciones . . . . .	533	17,14	530	16,56
Otras causas . . . . .	747	24,07	645	20,12

Favorecidos con el tratamiento: 1.835 = 29,11%.

No favorecidos con el tratamiento: 4.473 = 70,89%.

C = Cantidad de enfermos.

TABLA XIV

EDADES Y SEXOS

Enfer- mos	Edades	0 - 11		1 - 4		5 - 9		10 - 19		20 - 39		40 y más	
		meses	H	meses	H	meses	H	meses	H	meses	H	meses	H
	Número	24	22	66	38	76	66	173	161	920	399	253	124
	% sexo	1,03	0,94	2,84	1,68	3,27	2,84	7,45	6,93	39,62	17,18	10,89	5,33
2.322	Total edades	46		104		142		334		1.319		377	
	% edades	1,97		4,52		6,11		14,38		56,80		16,22	

Hombres: 1.512 = 65,10%

Mujeres: 810 = 34,90%

H = hombres; M = mujeres.

TABLA XV

PERMANENCIA DE LOS ENFERMOS TUBERCULOSOS Y NO TUBERCULOSOS EN EL HOSPITAL SANTA CLARA

	1 - 180 días	181 - 360 días	361 - 720 días	721 - 1.080 días	Más de 1.080 días	Total en- fermos
No tuberculosos	314	26	7	3	2	352
%	89,20	7,38	1,99	0,85	0,58	
Tuber- culosos	1.014	584	440	164	120	2.322
%	43,66	25,15	18,95	7,06	5,18	
Estadía no tuberculosos	89,20%	96,58%	98,57%	99,42		
Estadía tuberculosos	43,66%	68,81%	87,76%	94,82%		

TABLA XVI

**MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS EN COLOMBIA, AÑOS 1952, 53 Y 54**  
*(Anuario General de Estadística).*

Años	Tuberculosis vías respiratorias	Otras formas	Total	Hospita- laria	Mortalidad por 100.000 habitantes
1952 . . . . .	3.279	373	3.652	603	30,43
1953 . . . . .	2.805	364	3.169	533	26,40
1954 . . . . .	2.701	506	3.207	533	26,72

TABLA XVII

**TIEMPO DE PERMANENCIA HOSPITALARIA DE LOS ENFERMOS, SEGUN  
EL TIPO DE LESION ANATOMO-RADIOLOGICA**

Formas anatomo-ra- diológicas	1 a 180 días	181 a 360 días	361 a 720 días	721 a 1.080 días	1.081 y más días	Total for- mas y %
Primaria unilateral	Nº 48 % 2,71	38 2,14	23 1,29	3 0,16	1 0,05	113 6,35
Primaria bilateral	Nº 7 % 0,33	10 0,56	4 0,22	1 0,05	0 0	22 1,16
Exudativa unilateral	Nº 31 % 1,75	23 1,29	14 0,79	3 0,16	2 0,11	73 4,09
Exudativa bilateral	Nº 33 % 1,84	19 1,04	9 0,48	8 0,44	0 0	69 3,80
Exudativa productiva unilateral	Nº 47 % 2,63	24 1,35	18 0,96	3 0,16	3 0,16	95 5,26
Exudativa productiva bilateral	Nº 93 % 5,37	46 2,58	38 2,14	9 0,48	11 0,61	197 11,18
Caseoneumó- nica unilate- ral	Nº 133 % 7,68	100 5,64	58 3,27	14 0,79	5 0,28	310 17,66
Caseoneumó- nica bilateral	Nº 344 % 19,56	185 10,42	179 10,30	62 3,50	24 1,35	794 45,13
Productiva unilateral	Nº 25 % 1,40	13 0,72	5 0,28	1 0,05	0 0	44 2,45
Productiva bilateral	Nº 30 % 1,68	13 0,72	7 0,33	0 0	4 0,22	54 2,95
Total tiempo	791	471	355	104	50	
% tiempo	44,76	26,69	19,97	5,86	2,82	

## BIBLIOGRAFIA

- ABREU MANOEL DE.—“El Servicio Social en la Profilaxis de la Tuberculosis”. *La Prensa Médica Argentina*. Vol. XXXV, N° 3, pp. 122-30.
- BAER GUSTAVO.—“Lucha contra la Tuberculosis. Prevención de la Tuberculosis”. *Tratado Práctico de Tuberculosis*, Alexander H. y Baer G. Editorial Labor, S. A., Barcelona. 1935.
- BLANCO FRANCISCO.—*Modificaciones de la Lucha Antituberculosa determinada por empleo de los Antibióticos y Quimioterápicos*. Madrid, España, 1954.
- BARROS BARRETO J. DE.—*Tratado de Higiene. “Doencas Transmísiveis, Epidemiología e Profilaxia”*. Vol. 2, Ediçao segunda. Departamento da Imprensa Nacional, Rio de Janeiro, Brasil, 1949.
- CRISCI A. ARTAGAVEYTIA, A. C.—“El Dispensario de Focos. Su significación, razón de ser y métodos de trabajo”. *Hoja Tisiológica*, VI, N° 2, 1946, pp. 222.
- DOUAT NELSON ETIENNE.—“Modernas concepções em tisiologia”. *Rev. Bras. de Tub.*, 24 marzo, 1956, pp. 367-376.
- SCHULTZ TH.—*La Lucha contra la Tuberculosis como Plaga Social*. Clínica de la Tuberculosis Humana, Alexander y colab. Ediciones Labor, S. A., Barcelona, 1947.
- TOBAR ACOSTA MIGUEL I.—*Aspectos de la Lucha Antituberculosa. Su situación en Colombia*. Premio Nacional de Tisiología, auspiciado por la Sociedad Colombiana de Tisiología, 1956-57. Inédito.
- VILLAS BOAS ALDO.—“Aspectos do valor atual dos dispensarios e hospitaes na luta contra a tuberculose”. *Rev. Bras. de Tub.*, 24, 166, marzo, 1956, pp. 349-366.