

Tratamiento Ambulatorio de la Tuberculosis

Consideraciones Acerca de su Estado Actual en Honduras

Trabajo presentado por el

DOCTOR CARLOS CAMINOS D.,

Jefe del Dispensario Anti-Tuberculoso de la Dirección General de Sanidad de Honduras, ante el VI Congreso Médico Centroamericano, celebrado en la ciudad de Tegucigalpa, D. C, del 1* al 5 de Diciembre de 1954.

La tuberculosis constituye uno de los problemas de mayores proyecciones en el desenvolvimiento y desarrollo de los pueblos, tanto como problema médico, como por ser uno de los más graves y complejos problemas socio-económicos.

Abordar el tema T.B. en cualesquiera de sus aspectos, es y será por mucho tiempo, una actividad que tendrá por objeto procurar sentar pautas que normen y contribuyan a la resolución de una plaga social, que para mayor desgracia ataca a individuos en plena actividad vital, y por consiguiente son la esencia y eje en donde gira la economía de los pueblos. Quiero con este pequeño ensayo acerca del tratamiento ambulatorio de la T.B. pulmonar, exponer conceptos que aunque ya conocidos por vosotros en algo contribuirán al mejor desarrollo de la lucha anti-tuberculosa en Centro América. Así como aprovechar esta oportunidad para hacer algunas consideraciones acerca del estado actual del tratamiento ambulatorio de la tuberculosis en Honduras y obtener de vosotros ideas orientadoras a fin de poder realizar una campaña más efectiva.

En el tratamiento de la T. B. debemos considerar 2 etapas: la era PRE-antimicrobiana y la era anti-microbiana, de todos es conocido el viraje favorable que ha tomado el tratamiento de la T.B. con el advenimiento de los productos anti-microbianos; los que han venido en gran manera a mejorar el futuro de los pacientes *bacilares*, ya sea por su acción directa, ya haciendo posible el uso

de métodos quirúrgicos que de no ser por ellos, no nos sería posible realizarlos; o la realización de los mismos sería a costo de riesgos difíciles de controlar.

En el tratamiento ambulatorio de la T.B. pulmonar, que es un aspecto del tratamiento de la T.B. en general, debemos considerar los siguientes factores a los cuales se deben, según su organización y desarrollo del trabajo, los resultados obtenidos.

- a) Coordinación de la lucha anti-tuberculosa por la centralización de la misma.
- b) Personal especializado
- c) Equipo y medicinas
- d) Educación y cooperación de las trabajadoras sociales, y visitadoras de salud pública.
- e) Factor económico.

Coordinación de la lucha por centralización; de todos es conocido que para obtener mejores resultados, en la lucha contra la T.B. es necesario hacerla por medio de organismos autónomos o semi-autónomos que se encarguen de realizarla, tanto en el aspecto médico como en el administrativo, llevándola a cabo de un modo centralizado, ésto es, que exista un núcleo central del cual emanen las medidas que se tomen en la lucha, así como que, se encargue de controlar las actividades de los distintos centros dedicados a ella; con el objeto de ahorrar tiempo, dinero, energías y obtener el máximo de beneficios que de otro modo serían mediocres.

Personal especializado, es un factor de los más importantes en una campaña de esta naturaleza, en la que todo debe marchar de un modo sincronizado y cada elemento que tome parte en ella debe, no sólo cumplir con su deber sino poner toda su capacidad y entusiasmo en su desarrollo, observar su marcha, analizar su desarrollo y ver la manera de mejorar los métodos en uso a fin de lograr un mejor rendimiento en ella. Lo anterior nos da la pauta para desechar el personal empírico, que se concreta únicamente a cumplir las instrucciones que se le dan sin contribuir en nada al mejor desempeño de su labor y mejores resultados de la campaña.

Equipo y medicinas: el equipo debe de ser completo y debidamente distribuido, en las distintas zonas en que se divida el territorio, para evitar aglomeración en las que estén bien equipadas, por aflujo de pacientes de las otras zonas mal equipadas; ésto causa molestia e irregularidad en la organización y gastos innecesarios e incomodidades al público. Las medicinas deben ser distribuidas con regularidad y en cantidades suficientes, de modo que se pueda disponer de ellas de acuerdo con las necesidades que se presenten tanto en las zonas urbanas como en las zonas rurales, ya estén éstas cerca de centros de gran población y con buenas vías de comunicación, ya estén alejadas y aisladas por falta de las mismas; en las primeras por la aglomeración y por consiguiente mayor número de pacientes y en las segundas por la dificultad de abordarlas; todo - ésto en consideración a que un tratamiento mal dirigido e instituido de modo irregular, lejos de beneficiar al paciente puede dar resul-

tados negativos exponer a éste, a graves consecuencias posteriores.

Educación y cooperación de las trabajadoras sociales y. visitadoras de salud pública.- En toda campaña se. necesita la-cooperación del público,- este en gran mayoría es analfabeta y no coopera por .ignorancia, otro no coopera por cierto sentido de irresponsabilidad, malicia y hasta cierto espíritu de maldad; de ahí la necesidad de la educación sanitaria, que se encargara de hacer ver y comprender la necesidad de su cooperación en una lucha que es toda en su beneficio y que sin su apoyo perderá mucha de su eficiencia.

La trabajadora social tiene también un papel predominante en el desarrollo de las actividades de la campaña; ya que es la que debe abordar y resolver los múltiples problemas sociales y económicos que se le presenten y que agrávala situación,haciendo más difícil su curación; a este respecto debemos tomar en cuenta que en países pobres cómo los 'nuestras, debemos tratar de asociar las funciones de la trabajadora social con las de la visitadora de salud pública; un factor que he dejado por último y que es dé' vital importancia, es el factor económico, el cual no sólo debe ser aportado por el Estado sino que también por la sociedad en general, por medio de asociaciones civiles autónomas que se encarguen de allegar fondos, para ayudar en una lucha' que beneficia al pueblo en general:

Expuestos los Conceptos anteriores y tomando en cuenta su importancia veamos la clase de terapia a emplear; sin olvidar dé que lo ideal será que a cada paciente T.B. se le internara para su tratamiento en un Sanatorio; mas no siendo muchas veces posible hacerlo, sea por falta de camas, sea porque el paciente es cabeza de familia y no puede dejar de trabajar, para sostener a ésta o por cualquier otro motivo, debemos recurrir al tratamiento ambulatorio, para ello previo estudio radiológico,-estudio clínico y exámenes de laboratorio, instituimos el tratamiento que creemos más conveniente según el caso; usamos los productos anti-microbianos siempre combinados, la colapsoterapia gaseosa que generalmente es el Pneumoperitoneo, el cual en algunos casos ayudamos con una frénico-praxia; en cuanto al Pneumotórax artificial lo hemos abandonado casi del todo recurriendo a él sólo en raras oportunidad, es decir no abusamos de él, empleándolo en casos debidamente estudiados en -los cuales se le haya hecho una indicación previa; procuramos él mejor control de los pacientes, mediante las enfermeras visitadoras, logrando hacer llegar al consultorio el mayor número posible de contactos, impartiendoles al mismo tiempo las instrucciones necesarias a fin de evitar hasta donde nos es posible, el contagio. De este modo en el Consultorio General de esta ciudad se han logrado los siguientes resultados:

- a) En 20 pacientes tratados antes de la era anti-microbiana.
- b) En 20 pacientes tratados durante la era anti-microbiana.

Los pacientes tratados antes de 1\$. era anti-microbiana, fueron clasificados-así;

Lesión moderadamente avanzada	16 casos
Lesión muy avanzada	3 " "
Lesión mínima	1 " "

A todos se les hizo Pneumotorax, de estos, dos fueron bilaterales, se' les trató posteriormente con Pneumoperitoneo en sustitución del Pneumotorax cuatro casos, y se complicaron con adherencias pleurales 3 casos, con derrames de mediana consideración 5 casos, con derrames a la cúpula' 2 casos, con derrames y adherencias pleurales 6 casos, no hubo complicación en 4 casos. -

Todos estos casos fueron clasificados en los años de 1943' y 1944, su tratamiento por término medio ha sido de 5 años, obteniendo los resultados siguientes:

Aparentemente detenidos	4 casos
Activos mejorados	6 " "
Activos empeorados	10 " "

Quiero dejar constancia de que en la mayoría de estos casos los resultados inmediatos fueron satisfactorios y en muchos notables, pero complicaciones posteriores, falta de sección de adherencias, derrames y sínfisis pleurales dieron lugar a reactivación de las lesiones y en muchos casos extensión de los procesos infiltrativos, lo que nos viene a demostrar que el tratamiento ambulatorio realizado de esta manera no satisface las esperanzas puestas en él, ocasionando en muchos casos procesos de más difícil tratamiento que el anterior, al que se le había practicado.

Los 20 pacientes tratados durante la era anti-microbiana fue ron clasificados así:

Lesión mínima	3 casos
Lesión moderada	12 " "
Lesión avanzada	5 " "

lodos tratados con productos anti-microbianos combinados y de éstos 14 con Pneumoperitoneo de los cuales a dos se les hizo frénico-praxia, no hubo complicaciones y el resultado obtenido después de un tratamiento de uno a dos años ha sido el siguiente:

Detenidos	8 casos
Aparentemente detenidos	4 " "
Activos mejorados	8 " "

De los datos anteriores podemos llegar a las conclusiones siguientes: 1) El uso debidamente indicado del Pneumotórax artificial. 2) El uso en todos estos casos de los productos anti-microbianos combinados. 3) El uso en la mayoría de los casos del Pneumoperitoneo. 4) La restricción en el uso de la frénico-praxia y 5) El

empleo de la cirugía torácica únicamente en casos debidamente estudiados.

Como lo esencial en el tratamiento de la tuberculosis no es solamente tratar al paciente en sí sino evitar el contagio haciendo negativos aquellos casos de baciloscopía positiva y como ésto se logra con mucho éxito en la mayoría de los casos tratados de esta manera: consideramos al tratamiento ambulatorio como una imperiosa necesidad que se nos impone, debido a la falta de camas, protección social y económica; es un arma de la cual pedemos hacer uso en toda campaña anti-tuberculosa que se desee llevar a cabo en cualesquiera de los países centroamericanos.

Tegucigalpa, D. C., 2 de diciembre de 1954.