

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESTUDIO ANALITICO DEL PROGRAMA ANTITUBERCULOSO
EN EL HOSPITAL DE AREA "GABRIELA ALVARADO"
DANLI - EL PARAISO, EN EL PERIODO DE
1977 - 1979

T E S I S

PRESENTADA POR LA:

BACHILLER EN CIENCIAS Y LETRAS

DENIA MARIA LEIVA CARIAS DE ARGUETA

PREVIA OPCION AL TITULO DE

DOCTORA EN MEDICINA Y CIRUGIA

614.542

L53

C.1

Tegucigalpa, D. C.

Honduras, C. A.

1980

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESTUDIO ANALITICO DEL PROGRAMA ANTITUBERCULOSO
EN EL HOSPITAL DE AREA "GABRIELA ALVARADO"
DANLI - EL PARAISO, EN EL PERIODO DE
1977 - 1979

T E S I S

PRESENTADA POR LA:

BACHILLER EN CIENCIAS Y LETRAS

DENIA MARIA LEIVA CARIAS DE ARGUETA

PREVIA OPCION AL TITULO DE

DOCTORA EN MEDICINA Y CIRUGIA

Tegucigalpa, D. C.

Honduras, C. A.

1980

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

RECTOR: DR. JUAN ALMENDAREZ BONILLA

SECRETARIO GENERAL: LIC. ANGEL MEJIA A. ERAZO

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DECANO: DR. NELSON VELASQUEZ GARCIA
VICEDECANO: DR. MARIO ALFREDO ZAMBRANA
SECRETARIO: DR. PEDRO R. PORTILLO N.
PRO-SECRETARIO: DR. CESAR CACERES
VOCAL: DR. DANILO ALVARADO
VOCAL: DR. GABINO CORDOVA
VOCAL: BR. SADITH CACERES
VOCAL: BR. OMAR AGUILAR
VOCAL: BR. RAMON CACERES
VOCAL: BR. MARIO GALLARDO

TRIBUNAL EXAMINADOR

DR. CESAR CACERES (COORDINADOR)
DR. CARLOS GARCIA
DR. JAIME HADDAD

SUSTENTANTE

BR. DENIA MARIA LEIVA CARIAS DE ARGUETA

PADRINO

INGENIERO CIVIL: MARIO ARGUETA AGUILAR

ASESOR

DR. ERNESTO ANTONIO PINTO

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico:

- A: Dios Todo Poderoso
 - A: La memoria de mi querido padre: Sr. Marco Antonio Leiva
 - A: Mi querida madre, Sra. Nela Carias que en todo momento me ha brindado sus sabios consejos, y el mejor ejemplo de superación.
 - A: Mi amado esposo Mario Roberto que con su amor y comprensión ha hecho realidad mis deseos de superación.
 - A: Mis adorados hijos, Mario Vladimir y Leonardo Enrique.
 - A: Mis hermanos Belinda y Carlos Martínez por el apoyo moral que siempre me han dado.
 - A: Mis queridas sobrinas Olga Nila y Carmen Belinda.
 - A: Mis familiares maternos, con cariño.
 - A: Mis profesores por sus sabias enseñanzas; y a "ese personaje", el paciente, que con su dolor me brindo ciencia.
- Con especial aprecio a mi amiga, Dra. Yelba de Tábora.

I N D I C E

I	INTRODUCCION
II	OBJETIVOS
III	DEFINICIONES Y CONCEPTOS DEL PROGRAMA ANTITUBER- CULOSO.
IV	METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION
V	DESARROLLO DE LA INVESTIGACION
VI	CONCLUSIONES
VII	RECOMENDACIONES
VIII	BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION

La observación hecha por Sir William Osler de que la Tuberculosis es una enfermedad social con aspectos médicos, nos persigue todavía medio siglo más tarde.

Actualmente tenemos drogas que curan a los enfermos con un mínimo de trastorno en su vida diaria y evitando secuelas invalidantes permanentes; disponemos también de drogas para la prevención de la enfermedad en los contactos y la vacunación BCG ha estado a nuestro alcance por muchos años, pero aún hay demasiada tuberculosis en nuestro mundo. Su reducción y erradicación son el dominio de las Ciencias Sociales las que deben determinar el modo en que la mejor educación, el diagnóstico, la distribución de atención médica y el tratamiento sean puestos a disposición y sean aceptados por los enfermos y por quienes tienen alto riesgo de contraer la enfermedad.

Cada año en el mundo entero, cerca de un millón de personas muere de tuberculosis y alrededor de cuatro millones de nuevos casos aparecen con siniestra regularidad; en todo momento, no menos de siete millones de personas sufren la enfermedad presentando un buen número de ellos, una incapacidad importante. Prácticamente

.../

...2

todas estas muertes, sufrimientos e incapacidades se situán casi exclusivamente en los países menos privilegiados, en vías de desarrollo.

En la mayoría de los países en desarrollo el riesgo actual de infección tuberculosa es 20 a 50 veces más alto que en los países desarrollados.

En nuestro país, según estadísticas nacionales, la tasa de prevalencia de tuberculosis varía entre 60 y 70 casos por cada 100.000 habitantes.- En Norteamérica la tasa es de 14.6 - 16.1, en Suramérica varía del 15.8 - 36.2, y en Centroamérica y el Caribe del 7.5-8.4.

ESTADISTICAS OFICIALES SOBRE TUBERCULOSIS PULMONAR

Honduras 1972 - 1975

I.- Morbilidad por TBC según forma de diagnóstico:

- | | |
|--|-------|
| 1) Por exámen bacteriológico y RX..... | 48.6% |
| 2) Por RX y Prueba Tuberculínica..... | 41.4% |

II.- Morbilidad por TBC según tipo de lesión

- | | |
|------------------|-------|
| 1) Mínima..... | 63.3% |
| 2) Moderada..... | 39.6% |
| 3) Avanzada..... | 37.1% |

.../

...3

III. Registro de casos y Tasa de TBC:

<u>AÑOS</u>	<u>CASOS</u>	<u>TASA POR C/100,000 HAB.</u>
1972	1,913	71.2
1973	1,914	61.6
1974	1,651	62.2

Mortalidad por TBC en Honduras en 1970 - 1974:

<u>AÑOS</u>	<u>CASOS</u>	<u>TASA POR C/100,000 HAB.</u>
1970	112	5.3
1971	174	6.7
1972	161	6.0
1973	107	5.7
1974	Sin dato	5.7

La mortalidad por TBC en América Latina por cada 100,000 habitantes para 1975 fue de 15.5.

El Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud en su noveno informe, destacó que los programas antituberculosos nacionales podrían ser ejecutados en cualquier situación, siempre que su planeamiento y aplicación se basarán en conocimientos objetivos de las condiciones epidemiológicas, técnicas, económicas y sociales. El mismo informe especifica que los programas deberán abarcar todo el país, ser permanentes, adaptarse a las necesidades de la población y estar integrados en las estructuras sanitarias de la comunidad.

.../

...4

Los objetivos de todo programa antituberculoso son;

- 1) Aumentar la resistencia de los susceptibles y,
- 2) Cortar la cadena de infección.

El primer objetivo se cumple con la vacunación BCG y el segundo, con el diagnóstico bacteriológico y el tratamiento correcto. Por lo tanto estas son las dos acciones fundamentales que deben integrarse para alcanzar la cobertura y permanencia necesarias.

En vista de que el programa de control de tuberculosis forma parte de la Política del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de nuestro país, también éste se lleva a cabo en el Hospital de Area Gabriela Alvarado de Danlí, El Paraíso, por lo tanto, consideré importante hacer una investigación en este Centro Hospitalario con el objeto de evaluar su funcionamiento en un período comprendido entre el año de 1977 y 1979 inclusive.

Espero que las conclusiones y recomendaciones que surjan através del análisis de los datos recolectados en este trabajo, sirvan para que este programa, de vital importancia, alcance los objetivos para el cual fue creado.

II. OBJETIVOS

A.- GENERALES:

- 1) Establecer la funcionabilidad del Programa de Control de Tuberculosis a través del registro estadístico del Hospital en estudio.
- 2) Hacer que esta revisión sirva de parámetro para estudios posteriores y así conocer más a fondo el problema de salud que constituye la tuberculosis en nuestro país.

B.- ESPECIFICOS:

- 1) Determinar la incidencia de tuberculosis por sexo, edad, procedencia, ocupación.
- 2) Determinar el número de pacientes tuberculosos descubiertos en este Centro Asistencial, y los referidos a éste de otros Centros de Salud.
- 3) Evaluar los métodos de diagnóstico que más frecuentemente se utilizan en el descubrimiento de casos.
- 4) Evaluar la quimioprofilaxis.
- 5) Evaluar el estado actual de los casos de tuberculosis dentro del programa.
- 6) Evaluar el tratamiento.

III. PROGRAMA ANTITUBERCULOSO

VIGENTE EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DE SALUD EN NUESTRO PAIS.

DEFINICIONES Y CONCEPTOS

En este apartado transcribo un resumen del programa de control de tuberculosis que se lleva a cabo en el hospital en estudio, y vigente - además, y de acuerdo a las posibilidades, en el resto de los centros en que se brinda salud en nuestro país.

A.- DEFINICIONES Y CONCEPTOS:

Casos de Tuberculosis:

Será considerado como tal, para efecto de tratamiento a nivel del Servicio de Salud, los siguientes:

- * Personas con exámen directo de esputo positivo.

Caso Virgen de Tratamiento (Caso V.T.):

Se considera caso nuevo virgen de tratamiento específico, o que - si lo ha recibido sea por un lapso menor de 30 días.

Caso Nuevo (V.T.) Transferido al Servicio:

Se refiere a todo caso V.T. transferido de otro servicio, y que - lógicamente estuvo hasta la fecha de transferencia siguiendo un tratamiento regular.

.../

...7

Caso Nuevo Cronificado:

Un caso nuevo puede cronificarse por dos razones:

- a) Por tratamiento irregular por más de 30 días, debido a la falta de drogas, culpa del enfermo, etc.
- b) Por baciloscopia positiva después del sexto mes de tratamiento regular debido a la resistencia de drogas.

Caso Cerrado:

Un caso se considera cerrado cuando se presentan las siguientes modalidades:

- a) Curación
- b) Muerte
- c) Transferencia
- d) Por pérdida

Caso Curado: Un caso se considera curado cuando: Un paciente que ha tenido tratamiento regular por un año y tiene baciloscopia negativa en los últimos seis meses.

Caso Cerrado Por Pérdida: Será considerado como tal, aquel que no comparezca al servicio durante un año.

Un Caso Crónico Puede Cerrarse: Porque tenga esputo directo negativo.

.../

....8

Seguimiento de Casos Curados: Recomendar exámen de esputo cada seis meses por dos años.

B.-DESCUBRIMIENTO DE CASOS

Existen tres formas para llevar a cabo esta actividad:

1) Exámen directo de esputo a todas las personas mayores de 15 años, que presenten tos con duración de 2 semanas o más, que comparezcan al organismo de salud ya sea para consultar por sus síntomas respiratorios o por otras causas. Se recomienda que la Enfermera o la Auxiliar de Enfermería, seleccione a estas personas en la consulta externa. Se solicitarán dos exámenes en serie, el primero en el momento de la consulta.

2) Exámen Directo de Esputo a quienes presenten el exámen radiológico, sombras compatibles con diagnóstico de tuberculosis activa. Solicitar dos exámenes en serie.

Cuando el exámen de frotis de esputo es negativo, se repetirá el exámen a los 15 días o un mes, y si es posible, se solicitará cultivo.

3) Exámen a los contactos de enfermos tuberculosos, por frotis a los sintomáticos mayores de 15 años. Tuberculina a los menores de 15 años que no presentan cicatriz de vacuna B.C.G.; en caso de que la tuberculina resulte positiva (10 mm ó más), se ordenará exámen de

..../

...9

RX, si existe este recurso o se dá quimioprofilaxis de acuerdo a las normas.

En caso de que no exista laboratorio se tomarán las muestras de esputo, se hace el extendido en lámina y se envía al laboratorio más cercano.

C. TRATAMIENTO

Se debe administrar tratamiento por lo menos durante doce meses a todos los pacientes diagnosticados y de acuerdo a las normas cuando el paciente viva cerca del Organismo de Salud y sea posible ejercer sobre él un estricto control diario, se debe utilizar el esquema de "tratamiento intermitente bisemanal supervisado", de lo contrario, se administrarán las drogas según el esquema de "tratamiento autoadministrado".

Las complicaciones esperadas con las drogas que se utilizan en este programa son mínimas y se presentarían en el curso de los dos o tres primeros meses de tratamiento. Por esto y porque el mayor índice de ausentismo se observa en el primer trimestre, se debe procurar mantener un estricto control del enfermo durante este tiempo.

ESQUEMAS DE TRATAMIENTO. - ADULTOS

A. Drogas de Primera Línea:

1) Tratamiento intermitente bisemanal supervisado. Las drogas de-

.../

...10

ben ser dadas por la Auxiliar de Enfermería en el Centro de Salud.

Primera Fase: 48 días (ocho semanas)

- ESTREPTOMICINA: 1 gramo diario intramuscular
- DIATEBEN (contiene 300 mg. de Isoniacida y 150 mg. de tiazina). Una tableta al día (si no es posible no se dará tratamiento el domingo).

Segunda Fase: Dos veces por semana, lunes o martes y jueves o viernes, según la conveniencia del paciente.

- ESTREPTOMICINA: 1 gramo dos veces por semana
- HAIN (Isoniacida): 800 mg. (8 tabletas) administradas en una sola toma, dos veces por semana, el mismo día en que se aplica la estreptomicina.

2) Tratamiento diario autoadministrado:

Primera Fase: 48 días (8 semanas) supervisado y en el Organismo de Salud.

- ESTREPTOMICINA: 1 gramo diario intramuscular
- DIATEBEN: 1 tableta al día (si no es posible no se dará tratamiento el domingo)

Segunda Fase: DIATEBEN: 1 tableta al día.- Se entregará al paciente mensualmente para que el mismo la tome.

La duración del tratamiento con estos dos esquemas es de un año.

.../

....11

EL ETHAMBUTOL: Se usa como droga de sustitución en caso de que exista sensibilidad a una de las drogas anteriores y se administra a la dosis de 1,200 mgs. al día (3 tabletas).

Nunca se debe administrar tratamiento antituberculoso con una sola droga.

3. QUIMIOPROFILAXIS

Se entiende por quimioprofilaxis la administración diaria durante seis meses a razón de 10 mgs. por kilo de peso en los siguientes casos:

- Convivientes reactivos sin vacuna previa del grupo 0 - 14 años
- Niños del grupo 0 - 4 años reactivos (10 mm. ó más) sin vacuna previa, conviviente o no.
- Podrá indicarse quimioprofilaxis y simultáneamente vacunación con B.C.G. cuando no exista prueba tuberculínica en niños sin vacuna previa y convivientes con un tuberculoso.

La quimioprofilaxis la recibirá el niño en el organismo de salud o en su casa.

B. Drogas de Segunda Línea

Este tratamiento puede ser manejado únicamente por los neurólogos y/o en los hospitales, y dados a casos crónicos comprobados por estudio de sensibilidad.

..../

....12

Tratamiento Diario: - Rifampicina: 600 mg. dosis diaria
- Ethambutol: 20 mg. por Kg. de peso, dosis
diaria.

La duración del tratamiento con estas drogas, deberá ser como míni
mo de seis meses.

C. Tratamiento en Niños

El esquema es igual que para el adulto y lo que varía es la dosis,
siendo:

- Estreptomicina: 20 mg. por kilo de peso
- Diateben: 5 mg. por kilo de peso
- HAIN: 15 mg. por kilo de peso
- Ethambutol: 20 mg. por kilo de peso

D. Tratamiento en Caso de Resistencia.

Alternativa # 1: Administrar HAIN 500 mg. indefinidamente

Alternativa # 2: Enviar al enfermo al hospital regional para dar
tratamiento con drogas subsidiarias.

La asistencia del enfermo a recibir las drogas debe controlarse de
acuerdo a lo estipulado en el instructivo de la "ficha clínica", y
amerita tomar con urgencia alguna medida para recuperlo, según el
siguiente orden de prioridad:

- 1) Tratamiento intermitente bisemanal supervisado
- 2) Tratamiento autoadministrado
- 3) Quimioprofilaxis

.../

En caso de que no sea posible hacer visita domiciliaria al paciente inasistente, se le enviará recado con algún vecino o se le envía una carta o telegrama. En esta actividad el Guardián de Salud es un recurso valioso, lo son también los representantes.

El Guardián además vigilará la toma de medicamentos de los pacientes de su comunidad.

Los exámenes bacteriológicos para el control del tratamiento mensual en los primeros tres meses y en el sexto, noveno y doceavo les permite controlar su efectividad. Si en el sexto mes del tratamiento el paciente no ha negativizado su esputo y ha tomado cumplidamente las drogas, se debe enviar al organismo de salud superior, quien decidirá la conducta a seguir el caso.

La hospitalización se reserva para los siguientes casos:

- Hemoptisis Grave
- Neumotórax espontáneo
- Casos Quirúrgicos

IV. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION *****

La presente investigación tiene como marco geográfico el Hospital de Area "Gabriela Alvarado" de Danlí, El Paraiso. Es de tipo longitudinal y retrospectiva correspondiente a un periodo de tiempo de tres años: 1977 a 1979.

La fuente de información la obtuve de los expedientes de los pacientes tuberculosos, del archivo TBC del Departamento de Estadística del Hospital en estudio, y de la revisión bibliográfica.

Los parámetros que se analizan en esta investigación son los siguientes:

- Incidencia de tuberculosis por sexo, edad, ocupación, procedencia; tipos de TBC por edad y sexo.
- Casos referidos al Hospital en estudio, y los descubiertos en éste. Métodos de diagnóstico; Registro de contactos y evaluación de los mismos.
- Tratamiento: Criterio para iniciarlo, esquemas utilizados, evolución del mismo.
- Quimioprofilaxis
- Seguimiento de los casos; Control de asistencia; Control bacteriológico; Control radiológico.
- Situación actual de los casos

V. DESARROLLO DE LA INVESTIGACION

En el año de 1977 se descubrieron 74 casos de tuberculosis pero al realizar la investigación solo se encontraron 60 expedientes; en 1978 fueron 80 casos los descubiertos y solo se encontraron 69 expedientes y en 1979 se detectaron 90 casos pero no se encontraron 4 expedientes en un momento dado de la investigación, aunque si se había logrado obtener ciertos datos de estos 4 expedientes faltantes.

Se puede decir que por extravío no se encontraron 29 expedientes.

A.

CUADRO N° 1

INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS POR SEXO/AÑO

Hospital Gabriela Alvarado - Danlí

1977 - 1979

AÑO	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	%
1977	30	30	60	27.4
1978	34	35	69	31.5
1979	42	48	90	41.1
TOTAL	106	113	219	100.0

En este cuadro podemos observar que de 1977 a 1979 hubo un incremento del 13.7% en la incidencia de tuberculosis.

El 51.6% (113 casos) correspondió al sexo masculino.

CUADRO N° 2
INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS POR SEXO/EDAD/AÑO
Hospital Gabriela Alvarado - Danlí
1977 - 1979

E D A D	A Ñ O S						TOTAL	%
	1 9 7 7		1 9 7 8		1 9 7 9			
	M	F	M	F	M	F		
0 - 11 Meses	-	-	4	2	5	2	13	5.9
12 - 23 "	3	2	2	4	3	3	17	7.8
2 - 4 Años	2	1	2	10	7	10	32	14.6
5 - 14 "	2	10	12	6	8	8	46	21.0
15 años y más	23	17	15	12	25	19	111	50.7
TOTAL	30	30	35	34	48	42	219	100.0

Este cuadro nos demuestra que el 50.7% (111 casos) de los casos de tuberculosis se ubica en el grupo de personas de 15 años y más, nueve veces superior a la incidencia de tuberculosis en el grupo de edad de 0 - 11 meses.

CUADRO N° 3
OCUPACION DE LOS PACIENTES TBC
Hospital Gabriela Alvarado - Danlí
1977 - 1979

OCUPACION	A Ñ O S			TOTAL	%
	1977	1978	1979		
Lactante	7	13	17	37	16.9
Preescolar	3	14	17	34	15.5
Escolar	10	15	12	37	16.9
Oficios Domésticos	16	11	16	43	19.6
Labrador	14	12	7	33	15.1
Jornalero	6	3	13	22	10.0
Reo	2	--	--	2	0.9
No consignada	1	1	--	2	0.9
Ninguna	1	--	7	8	3.7
Comerciante	--	--	1	1	0.5
T O T A L	60	69	90	219	100.0

Según este cuadro la ocupación más frecuente más frecuente fué la de Oficios Domésticos que consti-
yó un 19.6% (43 casos), no queriendo decir con ésto que la incidencia de tuberculosis
fué mayor en el sexo femenino, pues como lo vimos en el cuadro #1, el predominio fué
del sexo masculino. Con lo anterior se deduce que en cuanto a ocupación la distribu-
ción de casos fué más uniforme en el sexo femenino

CUADRO N° 4
PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES TBC
Hospital Gabriela Alvarado - Danlí
1977 - 1979

PROCEDENCIA	TOTAL	%
Danlí	53	24.2
Teupasenti	26	12.0
El Porvenir-Olingo	14	6.4
Las Animas	7	3.2
Chirinas	7	3.2
Chichicaste	6	3.0
Santa María	5	2.2
Quebrada Larga	5	2.2
El Paraíso	5	2.2
Chaparral	5	2.2
Otras Aldeas (49)	77	35.1
T O T A L	219	100.0

En este cuadro observamos la alta incidencia de tuberculosis en el área de Danlí (zona urbana) ya que constituye el 24.2% (53 casos), siguiendole la comunidad de Teupasenti con el 12% (26 casos).

CUADRO N° 5
FORMAS DE TBC POR SEXO/AÑO
Hospital Gabriela Alvarado - Danlí
1977 - 1979

FORMAS DE TBC	AÑOS						TOTAL	%
	1977		1978		1979			
	M	F	M	F	M	F		
Pulmonar	26	27	25	29	42	39	188	85.8
Ganglionar	1	2	5	4	5	2	19	8.6
Pulmonar más Ganglionar	--	--	--	--	1	1	2	0.9
Pulmonar + Intestinal	1	--	1	1	--	--	3	1.4
Pulmonar + Laríngea	1	--	--	--	--	--	1	0.5
Pulmonar + Meningea	--	--	3	--	--	--	3	1.4
Osea más Ganglionar	--	1	--	--	--	--	1	0.5
Testicular	1	--	1	--	--	--	2	0.9
T O T A L	30	30	35	34	48	42	219	100.0

La tuberculosis pulmonar es la forma más frecuente ya que constituye el 85.8% (188 casos) con un ligero predominio del sexo femenino.

La tuberculosis de tipo ganglionar, el 8.6% (19 casos) se manifiesta con un ligero predominio del sexo masculino.

Los tres casos de tuberculosis meningea que se registraron en 1978, fueron del sexo masculino.

B.- DESCUBRIMIENTO DE CASOS

CUADRO N° 8
CASOS TBC DESCUBIERTOS EN EL HOSPITAL "GABRIELA ALVARADO" - DANLÍ
Y CASOS REFERIDOS A ESTE
1977 - 1979

CENTRO ASISTENCIAL	A Ñ O S			TOTAL	%
	1 9 7 7	1 9 7 8	1 9 7 9		
Gabriela Alvarado	36	50	68	154	70.0
Instituto Nacional del Tórax	19	12	16	47	21.0
Hospital Gral. San Felipe	1	3	.-	4	2.0
Hospital Escuela	.-	.-	4	4	2.0
Clínica Particular (Danlí)	1	2	1	4	2.0
Centro de Salud Alonso Suazo	2	1	1	4	2.0
Centro de Salud Las Crucitas	1	.-	.-	1	0.5
Hospital Materno Infantil	.-	1	.-	1	0.5
T O T A L	60	69	90	219	100.0

El 70% (154 casos) fué detectado en el Hospital de Area "Gabriela Alvarado de Danlí. El 30% restante (65 casos) fueron referidos de otros Centros Asistenciales para continuar su control y tratamiento en el Hospital en estudio.

....22

Según las normas para el descubrimiento de casos son necesarios por lo menos una de estas cuatro técnicas de diagnóstico:

- 1.- Esputo Directo
- 2.- Tuberculina (PPD)
- 3.- Rayos X
- 4.- Cultivo

En el Hospital Gabriela Alvarado contamos con dos de estos métodos:

- 1.- El Esputo Directo
- 2.- Rayos X

Puede decirse que un obstáculo con la evaluación radiológica es el costo de ésta, ya que se cobra un valor de L.15.00 (quince lempiras), y como es bien conocido la mayor parte de los pacientes que asisten al hospital son de escasos recursos económicos. Otro obstáculo es que la máquina de Rayos X, por desperfectos mecánicos no siempre puede brindar este servicio.

Las normas recomiendan repetir a los quince días o al mes, un nuevo exámen de esputo en caso de que fuera negativo. Al revisar los expedientes no se encontró el cumplimiento de esta norma.

El cultivo de esputo no se realiza en este Centro, ni tampoco se utiliza el PPD.

CUADRO N° 9
MÉTODOS - DIAGNÓSTICOS
PACIENTES TBC SEGUN EDAD, DESCUBIERTOS EN EL
HOSPITAL GABRIELA ALVARADO - DANLI
1977 - 1979

E D A D	CLINICA	BACILOS- COPIA	RAYOS X	Rx + BACI- LOSCOPIA.	TOTAL
0 - 11 meses	5	-.-	6	-.-	11
12 - 23 "	6	-.-	11	-.-	17
2 - 4 años	14	-.-	14	-.-	28
5 - 14 "	8	2	29	1	40
15 años y más	4	26	22	6	58
T O T A L	37	28	82	7	154

Este cuadro nos demuestra que el 53.2% (82 casos) fué descubierto por el método de Rayos X. La confiabilidad del método queda bajo criterio del médico que interpreta la radiografía de tórax ya que no contamos con el servicio de radiólogo.

Con criterio unicamente clínico se descubrieron 37 casos (24%).

El 18% (28 casos) se descubrió por baciloscopia; de éstos solamente en 11 casos se cumplió con la norma establecida de solicitar dos muestras de esputo en serie.

El 4.5% (7 casos) se diagnosticó utilizando ambos métodos Rayos X, y Baciloscopia.

En este cuadro también podemos observar que en los pacientes menores de 5 años el diagnóstico de TBC se basó más que todo en el criterio puramente clínico, pero también es importante señalar que el 20% de los casos en este grupo de edad lo constituye la tuberculosis de tipo ganglionar teniéndose que recurrir a este método (clínico) ya que no contamos con otro (ejemplo: biopsia).

Además, el uso de PPD tan valioso en este grupo de edad no lo tenemos para valernos de él.

También puede observarse que la baciloscopia fué el método de diagnóstico más útil y frecuente en los pacientes mayores de 15 años. En los pacientes de 5 a 14 años el método más frecuentemente utilizado fué el de Rayos X.

MÉTODOS - DIAGNOSTICOS
 PACIENTES TBC SEGUN EDAD, REFERIDOS AL
 Hospital Gabriela Alvarado - Danlí
 1977 - 1979

METODO DIAGNOSTICO	E D A D					TOTAL
	0 - 11 Meses	12 - 23 Meses	2 - 4 años	5 - 14 años	15 años y más	
Clinica	--	--	1	1	1	3
Baciloscopia	--	--	--	--	2	2
Rayos X	1	--	3	3	13	20
Rayos X más Baciloscopia	--	--	--	--	30	30
Biopsia Ganglionar	--	--	--	--	1	1
Biopsia Testicular	--	--	--	--	2	2
Rx más Biopsia Laríngea	--	--	--	--	1	1
Paracentesis	--	--	--	--	1	1
Rayos X. más Paracentesis	--	--	--	--	2	2
Rayos X. más Punción Lumbar	--	--	--	2	1	3
T O T A L...	1	--	4	6	54	65

En primer lugar se observa la variedad de métodos de diagnóstico dada la mayor disponibilidad de los mismos en los Centros Asistenciales de los cuales fueron referidos los pacientes.

como ser el Instituto Nacional del Tórax, Hospital General y Asilo de Invalidos, Hospital Escuela, Hospital Materno Infantil, etc...; por lo tanto los casos de TBC testicular, laríngea, intestinal y meníngea, fueron diagnósticados en los Centros Asistenciales mencionados.

Los métodos más frecuentemente utilizados fueron: La Baciloscopia y los Rayos X, ya que el 77% (50 casos) fueron así descubiertos.

Las normas recomiendan unicamente el frotis de esputo para evaluar a los contactos mayores de 15 años y el problema en la práctica es que muchos de éstos no tienen expectoración, quedando por lo tanto, solamente la evaluación clínica y al criterio médico de utilizar otro recurso si lo tiene, o si el paciente puede pagarlo (ejemplo la radiografía de tórax).

El problema se agudiza en la evaluación de los contactos menores de 15 años, ya que en ellos no se recomienda el frotis de esputo porque el porcentaje de baciloscopia positiva es mínima aunque tengan TBC.

CUADRO N° 11**REGISTRO DE CONTACTOS POR FICHA CLINICA DE PACIENTE TBC/AÑO.****HOSPITAL GABRIELA ALVARADO - DANLI**

1977 - 1979

A Ñ O	Ficha en que se Registró los Contactos	Ficha en que no se Registro Contactos	Total Fichas
	Nº	Nº	Nº
1977	47	13	60
1978	35	34	69
1979	57	33	90
TOTAL	139	80	219

Según las normas establecidas en cada ficha del paciente, al que se le inicia tratamiento antifímico, deberá anotarse los contactos para posterior evaluación.

Esta norma tan sencilla de cumplir solo se realizó en el 63% de los casos.

CUADRO N° 12
CONTACTOS REGISTRADOS POR EDAD/AÑO
HOSPITAL GABRIELA ALVARADO - DANLI
1977 - 1979

AÑO	Menores de 15 años	Mayores de 15 años	Total de Contactos	Total de Pacientes
	Nº	Nº	Nº	Nº
1977	145	282	427	47
1978	102	101	203	35
1979	185	180	365	57
TOTAL	432	563	995	139

En 139 pacientes en que se registraron los contactos la investigación produce 995 contactos con un ligero predominio de mayores de 15 años. Esta norma si fué cumplida porque en todos los contactos que se registraron se anotó la edad.

Según las normas se estima cuatro contactos por cada caso, por lo que para los 219 pacientes diagnósticados en los 3 años se estiman 876, en la práctica se registraron 995, ya que dos pacientes eran reos y tenían por contactos a 148 reclusos.

EL INDICE CONTACTO/CASO POR AÑOS SERIA EL SIGUIENTE:

$$\text{Contacto por caso} = \frac{\text{Nº de convivientes registrados}}{\text{Nº de casos diagnósticados}}$$

$$\text{Contacto/Caso. 1977} = \frac{427}{60} = 7.1$$

$$\text{Contacto/Caso. 1978} = \frac{203}{69} = 2.9$$

$$\text{Contacto/Caso. 1979} = \frac{365}{90} = 4.1$$

CUADRO N° 13

EVALUACION DE CONTACTOS POR EDAD/AÑO
HOSPITAL GABRIELA ALVARADO - DANLI

1977 - 1979

..29

AÑO	CONTACTOS EVALUADOS		
	Menores de 15 años	Mayores de 15 años	TOTAL
	Nº	Nº	Nº
1977	22	12	34
1978	8	6	14
1979	28	13	41
TOTAL	58	31	89

	CONTACTOS NO EVALUADOS		
	Menores de 15 años	Mayores de 15 años	TOTAL
	Nº	Nº	Nº
	123	270	393
	94	95	189
	157	167	324
	374	532	906

	TOTAL CONTACTOS
	Nº
	427
	203
	365
	995

De acuerdo a las normas teóricamente el 100% de los contactos registrados en cada expediente clínico deberían ser evaluados por lo menos el 80% (876 convivientes) necesitaban esta evaluación..

Como puede observarse en este cuadro solamente el 9% (89 casos) fue evaluado durante los 3 años investigados. La gran mayoría (91%), quedaron unicamente anotados en los expedientes.

El porcentaje de evaluados fué mayor en los contactos menores de 15 años.

En el siguiente cuadro se podrá observar la forma en que fueron evaluados los contactos.

....31

La mayoría fueron evaluados con criterio clínico. Es importante mencionar que a 11 contactos de los evaluados clínicamente se les instituyó tratamiento antifímico como caso específico de tuberculosis, pero también es importante señalar que con los otros métodos de evaluación ningún contacto resultó caso positivo por lo tanto cabe la pregunta siguiente: ¿Cuántos en verdad eran casos TBC y cuántos no?

-- * --

CUADRO N° 15
HISTORIA DE CONTACTO PREVIO EN LOS CASOS TBC/AÑO
HOSPITAL GABRIELA ALVARADO - DANLI
1977 - 1979

CONTACTO PREVIO	1977	1978	1979	TOTAL
Positivo	10	1	--	11
Negativo	11	--	2	13
No consignado en la ficha	22	47	67	136
Ignorado	5	--	--	5
TOTAL	48	48	69	165

En 54 casos no se pudo realizar la investigación al respecto ya que no se encontraron las fichas TBC. De éstos, 17 casos eran trasladados. El 82% de las fichas revisadas no tenía este dato consignado.

La diferencia no es significativa en el grupo de pacientes tuberculosos con antecedente positivo de contacto con los que tuvieron antecedente negativo.

CUADRO N° 17
ESQUEMA DE TRATAMIENTO/AÑO
HOSPITAL GABRIELA ALVARADO - DANLI
1977 - 1979

AÑO	TOTAL PACIENTES Nº	T.I.B.S. Nº	T.D.A.	
			T.S. Nº	T.A. Nº
1977	60	-.-	15	10
1978	69	-.-	9	5
1979	90	-.-	42	25
TOTAL	219	-.-	66	40

Este cuadro nos indica que en los tres años del estudio solamente el 30% de los casos TBC (66 casos), se les dió tratamiento siguiendo uno de los esquemas que dictan las normas del programa antituberculoso (T.D.A.).

Según las normas los esquemas de tratamiento con drogas de primera línea son los siguientes:

- 1.- Tratamiento intermitente bisemanal supervisado (T.I.B.S.)
- 2.- Tratamiento diario autoadministrado (T.D.A.)

.../

...35

Primera Fase: Tratamiento Supervisado (T.S.)

Segunda Fase: Tratamiento Autoadministrado (T.A.)

El T.S. es el esquema con que se inicia el tratamiento y después se sigue con el T.A.

Teóricamente todos los pacientes que inician T.S. deben pasar a T.A.

En el cuadro N° 17 podemos observar que en los tres años solamente 40 casos pasaron a T.A.; la explicación es la siguiente:

En 1977 - 4 pacientes abandonaron el tratamiento y 1 paciente fue trasladado.

En 1978 - 2 pacientes abandonaron el tratamiento
- 2 pacientes fueron trasladados

En 1979 - 5 pacientes abandonaron el tratamiento
- 10 pacientes fueron trasladados
- Se ignora este dato en 2 pacientes, porque no se encontró la ficha TBC.

En resumen: 26 pacientes no pasaron a T.A. porque:

- 11 pacientes abandonaron el tratamiento
- 13 pacientes fueron trasladados
- En 2 pacientes no se pudo investigar este dato, pues no se encontró la ficha TBC.

CUADRO N° 18
COMBINACION DE DROGAS UTILIZADAS EN 153 CASOS TBC/AÑO
HOSPITAL GABRIELA ALVARADO - DANLI
1977 - 1979

D R O G A S	1977	1978	1979	TOTAL
SM + PAS + HAIN	44	33	2	79
SM + HAIN	--	22	35	57
SM + ETH + HAIN	1	5	5	11
SM + HAIN + RIFADIN	--	--	4	4
SM + RIFADIN	--	--	1	1
SM + ETHAMBUTOL	--	--	1	1
T O T A L	45	60	48	153

En ninguno de los esquemas normatizados se menciona las tres drogas clásicas y con éstas, según el cuadro anterior, fueron tratados 79 casos (36%).

El T.I.B.S. en su segunda fase recomienda la S.M. 1 gramo dos veces por semana y HAIN 800 mg. (8 tabletas) en una sola dosis, dos veces por semana por lo tanto a los 57 pacientes tratados con estas drogas no pueden considerarse dentro del esquema ya que a éstos la SM y el HAIN se les administró diariamente. El T.D.A., se aplicó a 66 pacien-

...37

tes (30%) como lo vimos en el cuadro N° 17. Es de mencionar que 9 de éstos presentaron reacción alérgica al Diateben.

En resumen podemos decir que en los tres años de investigación solamente a 67 pacientes se les trató según esquemas normatizados:

- SM + DIATEBEN: 66 Pacientes
- SM + ETHAMBUTOL: 1 paciente

Como normas de tratamiento no están consignadas las siguientes combinaciones de drogas:

- SM + PAS + HAIN
- SM + ETH + HAIN
- SM + HAIN + RIFADIN
- SM + RIFADIN

- * -

CUADRO N° 19
LUGAR DONDE SE INICIO EL TRATAMIENTO/AÑO
HOSPITAL GABRIELA ALVARADO - DANLI
1977 - 1979

CENTRO ASISTENCIAL	1977	1978	1979	TOTAL
Hospital Gabriela Alvarado	37	52	69	158
Instituto Nacional del Tórax	19	12	16	47
Hospital General San Felipe	1	3	--	4
Hospital Escuela	--	--	4	4
Centro de Salud Alonso Suazo	2	1	1	4
Centro de Salud Las Crucitas	1	--	--	1
Hospital Materno Infantil	--	1	--	1
T O T A L.....	60	69	90	219

El Hospital Gabriela Alvarado - Danlí, es el lugar donde se les inició tratamiento al mayor porcentaje de pacientes.

Le sigue el Instituto Nacional del Tórax.

CUADRO N° 20

..39

CRITERIO PARA INICIAR TRATAMIENTO/AÑO

HOSPITAL GA RIELA ALVARADO - DANLI

1977 - 1979

AÑO	BACILOS-PIA.	Rx	CLINICA	Rx + BA- CITOSCOPIA	BIOPSIA	Rx + BIOPSIA	PARACEN- TESIS	Rx + PA- RACENTESIS	Rx + PUNC- LUMBAR.	TOTAL
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
1977	14	23	8	12	1	1	1	--	--	60
1978	7	28	18	11	1	--	--	1	3	69
1979	10	51	13	14	1	--	1	--	--	90
TOTAL	31	102	39	37	3	1	2	1	3	219

El mayor porcentaje de tratamiento se inició en base a los Rayos X. (102 casos); 39 se iniciaron en base al criterio clínico, 37 por Rayos X y Baciloscopia y 31 en base a los esputos.

CUADRO N° 21

EVOLUCION DE TRATAMIENTO/AÑO

HOSPITAL GABRIELA ALVARADO - DANLI

1977 - 1979

AÑO	TRATAMIENTO		FALLECIDOS	TRASLADADOS	CURADOS	ACTIVOS	TOTAL
	INICIARON	ABANDONARON					
	Nº	Nº					
1977	60	27	1	5	27	--	60
1978	69	33	1	5	25	5	69
*1979	90	10	3	17	--	56	86
TOTAL	219	70	5	27	52	61	215

(* En 4 casos de 1979 no se pudo investigar este aspecto porque las fichas, en un momento dado, no se encontraron.)

Este cuadro nos demuestra que:

- El 32% de los casos abandonaron el tratamiento
- El 28% de los casos están recibiendo tratamiento
- El 24% de los casos curaron
- El 12% de los casos fueron trasladados
- El 2% de los casos fallecieron durante el tratamiento.
- El 2% no se sabe, porque no se encontraron las fichas.

CUADRO N° 22
TIEMPO DE ABANDONO DE TRATAMIENTO/AÑO
HOSPITAL GABRIELA ALVARADO - DANLI
1977 - 1979

T I E M P O	1977	1978	1979	TOTAL
Menos de 1 mes	2	6	5	13
1 - 2 meses	10	13	1	24
2 - 3 meses	3	2	1	6
3 - 4 meses	2	2	2	6
4 - 5 meses	2	5	--	7
5 - 6 meses	1	1	--	2
6 - 7 meses	3	2	--	5
7 - 8 meses	2	1	--	3
8 - 9 meses	1	1	1	3
9 - 10 meses	1	--	--	1
T O T A L	27	33	10	70

Observamos que el 53% de los casos abandonaron el tratamiento antes de los dos meses. Con este dato comprobamos la gran importancia que tiene la supervisión del tratamiento en esta época.

CUADRO N° 23
DURACION DEL TRATAMIENTO EN LOS CASOS QUE CURARON/AÑO
HOSPITAL GABRIELA ALVARADO - DANLI
1977 - 1978

T I E M P O	1977	1978	TOTAL
12 meses	18	15	33
14 meses	--	1	1
15 meses	--	2	3
16 meses	--	2	2
18 meses	8	2	10
19 meses	--	2	2
24 meses	--	1	1
TOTAL	27	25	52

En 1979 este dato no se pudo investigar porque aún no habían pacientes curados a la fecha del estudio.

El 63% de los casos curaron a los 12 meses de tratamiento.

El caso que curó a los dos años de tratamiento era crónico.

El 19% curó a los 18 meses de tratamiento.

CUADRO N° 24

...43

CRITERIO PARA DECIDIR LA CURACION EN 52 CASOS

HOSPITAL GABRIELA ALVARADO - DANLI

1977 - 1978

AÑO	BACILOSCOPIA NEGATIVA			RAYOS X	CLINICO	Rx + BACILOS-COPIA. 12 m.	NO CONSIGNADO	TOTAL
	12º Mes	15º Mes	18º Mes					
1977	9	--	2	5	2	--	9	27
1978	4	2	--	3	5	1	10	25
TOTAL	13	2	2	8	7	1	19	52

Es muy importante señalar, que según este cuadro, el 36.5% (19 casos) no tenían consignado el requisito para cerrar como curado el caso.

El 25% se cerró como curado por tener baciloscopía negativa al doceavo (12^{avo.}) mes de tratamiento.

D.- QUIMIOPROFILAXIS

...44

CUADRO N° 25
 QUIMIOPROFILAXIS EN LOS CONTACTOS EVALUADOS/AÑO
 HOSPITAL GABRIELA ALVARADO - DANLI
 1977 - 1979

AÑO	CONTACTOS EVALUADOS POR EDAD			QUIMIOPROFILAXIS EN LOS CONTACTOS EVALUADOS/EDAD		
	MENORES DE 15 años	MAYORES DE 15 años	TOTAL	MENORES DE 15 años	MAYORES DE 15 años	TOTAL
	N°	N°	N°	N°	N°	N°
1977	22	12	34	15	--	15
1978	8	6	14	--	--	--
1979	28	13	41	18	3	21
TOTAL	58	31	89	33	3	36

Definitivamente tanto el registro de contactos como la quimioprofilaxis fueron inefectivas, así nos lo demuestra el cuadro N° 13 y el N° 25.

Observamos por ejemplo, que en 1978, ninguno de los 14 contactos evaluados recibió quimioprofilaxis.

El mayor porcentaje de contactos que recibieron quimioprofilaxis fueron los menores de 15 años. De los 89 contactos evaluados solamente a 36 se les inició tratamiento.

CUADRO N° 26

EVOLUCION DE LOS CONTACTOS EN QUIMIOPROFILAXIS/AÑO
HOSPITAL GABRIELA ALVARADO - DANLI
1977 - 1979

A ñ O	INICIARON	ABANDONARON	TERMINARON	ACTIVOS
	Nº	Nº	Nº	Nº
1977	15	3	12	--
1978	--	--	--	--
1979	21	6	2	13
TOTAL	36	9	14	13

Observamos en este cuadro que el 39% de los contactos que iniciaron quimioprofilaxis, terminaron; El 36% están activos.

De los 995 casos registrados, solo a 36 se les indicó quimioprofilaxis y de estos solo 14 la terminaron, lo que significa que de 995 convivientes solamente el 1.4% fué protegido con esta actividad.

E.- SEGUIMIENTO DE CASOS.

1) CONTROL DE ASISTENCIA

CUADRO N° 27
CONTROL DE ASISTENCIA/AÑO
HOSPITAL GABRIELA ALVARADO - DANI I
1977 - 1979

AÑO	VISITA DOMICILIARIA	CARTA	AVISO RADIAL	NINGUNO
	Nº	Nº	Nº	Nº
1977	2	10	3	45
1978	-.-	8	2	59
1979	2	6	4	78

Según las normas la enfermera debe hacer visitas domiciliarias a:

- Casos nuevos: Que se refiere a la primera visita antes de empezar el tratamiento (una visita por caso)
- Casos subsiguientes: Que son todas las visitas hechas al hogar del caso después de la primera, incluso para citar a sus convivientes.
- Otros: Se refiere a cualquier visita a los casos crónicos e incluso para citar sus convivientes.

En este cuadro observamos que en los tres años de estudio solamente se realizaron cuatro visitas domiciliarias (casos nuevos), por

../

...47

lo menos tenían que haberse realizado 53 visitas domiciliarias a casos nuevos residentes en el área urbana de Danlí, por lo tanto, a simple vista se refleja un total incumplimiento de esta actividad.

2) CONTROL BACTERIOLOGICO.

CUADRO N° 28
CONTROL BACTERIOLOGICO
DE LOS CASOS DIAGNOSTICADOS POR ESPUTO DIRECTO/AÑO
HOSPITAL GABRIELA ALVARADO - DANLI
1977 - 1979

AÑO	TOTAL PACTES.	1 MES	2 MESES	3 MESES	6 MESES	9 MESES	12 MESES	18 MESES	ABANDONARON.	TRASLADOS
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
1977	14	2	1	3	1	1	5	1	5	-. -
1978	7	1	1	2	-. -	-. -	1	-. -	3	2
1979	10	-. -	1	2	2	1	1	-. -	-. -	4
TOTAL	31	3	3	7	3	2	7	1	8	6

Teóricamente cada paciente que inicia tratamientos debe dar durante el año, 6 muestras de esputo para control: Cada mes durante los 3 primeros meses, y luego cada 3 meses. (6º, 9º, 12º), los encargados del programa deben estar pendientes del cumplimiento de esta norma.

En este cuadro podemos observar la falta de cumplimiento de esta actividad.

El mayor porcentaje se encuentra en el año 1977, en el doceavo mes (5 de 9 pacientes) control importante porque de esto dependerá si el caso se sierra como curado o se toma otra conducta.

...49

Al cuarenta y cinco por ciento de los casos (14) no se les hizo ningún control bacteriológico porque 8 pacientes abandonaron el tratamiento y 6 fueron trasladados.

Existe también otro tipo de pacientes:

- Aquel que no dió muestra de esputo, por estar sin expectoración.

CUADRO N° 29
PACIENTES QUE NO DIERON MUESTRA
POR ESTAR SIN EXPECTORACION/AÑO
Hospital Gabriela Alvarado - Danlí
1977 - 1979

AÑO	TOTAL PACIENTES	1 MES	2 MESES	3 MESES	6 MESES	9 MESES	12 MESES
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
1977	14	3	3	3	3	4	3
1978	7	1	1	-.-	2	2	1
1979	10	5	4	3	3	4	-.-
TOTAL	31	9	8	6	8	10	4

Este cuadro nos demuestra que el promedio de pacientes, en los tres años de de estudio, que no dieron muestra por estar sin expectoración fué de 7 pa - cientes (bastante bajo).

3) CONTROL RADIOLOGICO

CUADRO N° 30
CONTROL RADIOLOGICO
EN LOS CASOS DIAGNOSTICADOS POR RAYOS X/AÑO
Hospital Gabriela Alvarado - Danlí
1977 - 1979

AÑO	TOTAL PACIENTES	CONTROL		NINGUNO	ABANDONA RON Tx.	TRASLADO	MUERTE
		1	2				
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
1977	23	4	1	6	10	1	1
1978	28	6	-. -	9	11	2	-. -
1979	51	6	-. -	29	7	8	1
TOTAL	102	16	1	44	28	11	2

Según este cuadro, de los 102 pacientes que fueron diagnósticados por Rayos X:

- Abandonaron el tratamiento, 28 casos
- Traslados, 11 casos
- Fallecieron, 2 casos

De los 61 casos que si continuaron el tratamiento: Al 72% no se les hizo control radiológico, aparentemente su evaluación fué solo clínica. Solamente el 28% tuvo control radiológico.

F) SITUACION ACTUAL DE LOS CASOS TBC.

CUADRO N° 31
SITUACION ACTUAL DE LOS CASOS/AÑO
Hospital Gabriela Alvarado - Danlí
1977 - 1979

AÑO	ACTIVOS	CERRADOS	SE IGNORA	TOTAL
	Nº	Nº	Nº	Nº
1977	--	60	--	60
1978	5	64	--	69
1979	56	30	4	90
TOTAL	61	154	4	219

De los 219 pacientes que constituyeron la fuente de información para este trabajo, según el cuadro anterior concluimos que:

- El 28% están activos
- El 70% son casos cerrados
- En el 2% se ignora su estado porque en un momento dado de la investigación se extraviaron los expedientes.

CUADRO N° 32
FACTORES CONTRIBUYENTES AL CIERRE DE CASOS/AÑO
Hospital Gabriela Alvarado - Danlí
1977 - 1979

FACTORES	1977	1978	1979	TOTAL
Curación	27	25	-.-	52
Abandono	27	33	10	70
Traslado	5	5	17	27
Muerte	1	1	3	5
TOTAL	60	64	30	154

El 70% de los casos cerrados, las causas fueron:

- 24% porque curaron
- 32% porque abandonaron el tratamiento
- 12% porque fueron trasladados
- 2% porque fallecieron

VI. CONCLUSIONES

1. Por no encontrarse 29 expedientes la evaluación, no se pudo realizar en el 100% de los casos.
2. De 1977 a 1979, hubo un incremento del 13.7% en la incidencia de tuberculosis.
3. La mayor incidencia de tuberculosis se ubica en las personas mayores de 15 años, con un ligero predominio del sexo masculino.
4. La más alta incidencia de tuberculosis existe en la Ciudad de Danlí y en la Comunidad de Teupasenti.
5. La tuberculosis pulmonar es la forma más frecuente (85.8%) con un ligero predominio en el sexo femenino.

La tuberculosis ganglionar (8.6%) predomina ligeramente en el sexo masculino.

DESCUBRIMIENTO DE CASOS

6. El 70% de los casos se detectó en el Hospital "Gabriela Alvarado" de Danlí.
7. El 53.2% de los casos fué descubierto por Rayos X; el 18% por esputo directo.- No contamos con PPD, ni cultivo de esputo.

....56

17. Al 24% de los pacientes que iniciaron, se les cerró el caso como curado.
Aún están en tratamiento 61 pacientes.
18. El 53% de los pacientes abandonaron el tratamiento antes de los 2 meses.
19. En 1977 y 1978, el 63% de los casos se cerró como curado, a los 12 meses de tratamiento, el 19% a los dieciocho meses.
En 1979 no se pudo investigar porque aún no habían casos cerrados por curación.

QUIMIOPROFILAXIS

20. El registro, evaluación de contactos y quimioprofilaxis fueron ineficaces.
Solamente el 1.4% de los contactos, recibió la protección adecuada.

SEGUIMIENTO DE CASOS

21. El control de asistencia es otra actividad ineficaz, ya que durante los 3 años de investigación solamente se realizarón 4 visitas domiciliarias.

.../

22. Falta de cumplimiento también existe en el control bacteriológico, ya que 17 pacientes diagnosticados por esputo directo que continuarón en tratamiento cada uno de ellos, tenía que dar 6 esputos de control, lo que hace un total de 102 esputos y solo se recibieron 26.
23. De los 61 casos diagnosticados por Rayos X y que si continuaron tratamiento, al 72% de estos no se le hizo ningún control radiológico.
24. El 25% de los casos que se cerraron como curados se hizo en base a baciloscopia negativa, al doceavo mes.

VII. RECOMENDACIONES

1. Que el personal encargado de hacer las anotaciones en las fichas clínicas sea más responsable en cuanto al registro de datos tales como: Edad, registro de contactos, etc.
2. Que el ministerio de Salud Pública y Asistencia Social suministre PPD, para poder evaluar a los contactos menores de 15 años sin BCG.
3. Coordinación efectiva con el personal de laboratorio de este Hospital para la buena realización de las baciloscopías, ya que solo un pequeño porcentaje de los casos se detectó por éste método.
4. Que los encargados del programa exijan a cada paciente la entrega de los esputos de control.
5. Unificar criterios de tratamiento.
6. Garantizar el suministro continuo de las drogas antifímicas usuales.
7. Que la Quimioprofilaxis sea dada al mayor número de convivientes.
8. Concientizar al personal médico con ejercicio profesional priva-

.../

do para que todo caso detectado por ellos sea referido a este Centro Hospitalario para su seguimiento, según normas establecidas.

9. Asignar, por lo menos, un día a la semana a un Médico General, ya a un Pediatra para la consulta exclusiva del programa.
10. Asignar personal de enfermería con atribuciones exclusivas.
11. Exigir un informe, por lo menos, mensual a los encargados de CESRES Y CESAMOS del Area, acerca del estado de los pacientes referidos a ellos.
12. Que a nivel regional haya una mayor supervisión sobre el manejo de este programa.
13. Que exista más motivación para la recuperación de los pacientes faltistas o abandonados.

B I B L I O G R A F I A

1. Programas de Epidemiología. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Honduras, 1978.
2. O.P.S. "Tuberculosis". 1965.
3. O.P.S. Publicación Científica N° 310. "Quimioterapia de la Tuberculosis". 1975.
4. O.P.S. "Normas para el diagnóstico y clasificación de la Tuberculosis". 1964.
5. Evaluación de Metas del Programa Control de la Tuberculosis". Dr. Yanuario García, 1978.
6. "Boletín de la Unión Internacional contra la Tuberculosis". Vol. 35, N° 4, Diciembre de 1978.
7. Boletín de la Unión Internacional Contra la Tuberculosis. Vol. 54 N° 2, Junio 1979.