

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CARRERA DE MEDICINA

INCIDENCIA DEL PACIENTE SINTOMATICO RESPIRA-
TORIO Y TUBERCULOSO ADULTO EN LA C.E.DEL
HOSPITAL, "MANUEL DE JESUS SUBIRANA"

Y O R O - Y O R O
A Ñ O D E 1 9 8 2

T E S I S

PRESENTADA POR EL BACHILLER

ERICK AUGUSTO AMAYA IRIAS

PREVIO OPCION AL TITULO DE
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

Tegucigalpa, D.C. 1983, Honduras, C.A

616.246
A48
C:3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CARRERA DE MEDICINA

INCIDENCIA DEL PACIENTE SINTOMATICO RESPIRA-
TORIO Y TUBERCULOSO ADULTO EN LA C.E. DEL
HOSPITAL, "MANUEL DE JESUS SUBIRANA"

VORO VORO

AÑO DE 1982

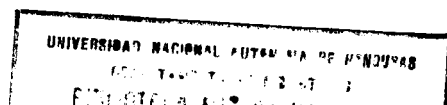
T E S I S

PRESENTADA POR EL BACHILLER

ERICK AUGUSTO AMAYA IRIAS

PREVIO OPCION AL TITULO DE
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

Tegucigalpa, D.C. 1983. Honduras C.A.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

(UNAH)

AUTORIDADES

RECTOR: ABOGADO OSWALDO RAMOS SOTO

SECRETARIO GENERAL: LIC. ANGEL ANTONIO MEJIA

JUNTA DIRECTIVA

DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

(UNAH)

DECANO:	DR. RAUL FELIPE CALIX
VICE-DECANO:	DR. VICTOR MANUEL RAMOS
SECRETARIA:	LIC. EVA LUZ DE ALVARADO
PRO-SECRETARIO:	LIC. RAMON ARTURO DONAIRE
VOCAL I :	DR. CARLOS RAMON GARCIA V.
VOCAL II :	DR. FRANCISCO MONTES MARADIAGA
VOCAL:	BR. JULIO A. COLINDRES HERNANDEZ
VOCAL:	BR. ALICIA MEJIA MEDINA
VOCAL:	BR. LEMPIRA ERNESTO ALMENDAREZ
VOCAL:	BR. ONIX MARGARITA ARITA M.

ASESOR:

JANUARIO GARCIA

TRIBUNAL EXAMINADOR:

DRA. EVA DE GOMEZ

DR. ERNESTO PINTO

LIC. ELIA BEATRIZ PINEDA

S U S T E N T A N T E

BR. " ERIC AUGUSTO AMAYA IRIAS "

PADRINOS:

PERIODISTA. ARMANDO ZELAYA

P.M. ENA YOLANDA S. DE GUARDADO

S.C.E. ANA MONTALBINA AMAYA IRIAS

" TODO AQUEL QUE ESTA SERIAMENTE COMPROMETIDO
EN EL CULTIVO DE LA CIENCIA LLEGA A CONVEN-
CERSE DE QUE EN LAS LEYES DEL UNIVERSO ESTA
MANIFIESTO UN ESPIRITU, INFINITAMENTE SUPE-
RIOR AL DEL HOMBRE, Y ANTE EL CUAL NOSOTROS,
CON NUESTROS MODESTOS PODERES, DEBEMOS SENTIR-
NOS HUMILDES. "

ALBERT EINSTEIN

D E D I C A T O R I A

DEDICO EL PRESENTE TRABAJO DE TESIS A:

DIOS, por haber permitido culminar con mis estudios sin ningún contratiempo.

MIS PADRES, por apoyarme siempre y haberme guiado por el buen camino.

MIS HERMANOS, por estar a mi lado en los momentos difíciles.

MIS HIJOS, por ser parte de mi vida y ha-
los que me debo como padre que soy.

MIS MAESTROS, por brindarme sus conocimientos y experiencias.

MI ASESOR, por haberme orientado en las distintas fases del presente trabajo de Tesis.

A MIS COMPANEROS Y AMIGOS, por haber compartido los diferentes años de la carrera en momentos buenos y malos.

I N D I C E

I.- <u>INTRODUCCION</u>	
II.- <u>PROBLEMA</u>	
A.- Paciente Sintomático Respiratorio sospechoso de Tubercu- losis Pulmonar.	3
III.- <u>OBJETIVOS</u>	6
A.- Generales	
B.- Específicos	
IV.- <u>MARCO TEORICO</u>	7
A.- Bosquejo historico de la Tuberculosis Pulmonar	
B.- La Tuberculosis Pulmonar como problema Médico-Epidemio- lógico.	8
C.- Tuberculosis Pulmonar en Honduras y otros países de Latí- noamérica	11
D.- Medios de Tratamiento	14
E.- Esquema de tratamiento	25
V.- <u>VARIABLE</u>	32
A.- Dependientes	
B.- Independientes	
VI.- <u>METODO MATERIAL Y PROCEDIMIENTOS</u>	35
VII.- <u>RESULTADOS</u>	40
VIII.- <u>DISCUSION</u>	61
IX.- <u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u>	66
X.- <u>RESUMEN</u>	71

XI- ANEXOS	7
XII.- REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFIA.....	7

INTRODUCCION

El presente trabajo, revela nuestra experiencia en cuanto al manejo del Síndrome Sintomático Respiratorio, la cual se llevo a cabo en el Hospital "Manuel de Jesus Subirana", en el Departamento de Yoro, Yoro; durante el año de 1982, cumpliendo con nuestro Servicio Social obligatorio, se puede decir que en cuanto al manejo de éste tipo de paciente tenía mis dudas, ya que en el transcurso de la carrera fueron muy pocos los casos que manejé, porque la gran mayoría son manejados por el INSTITUTO NACIONAL DEL TORAX, no habiendo rotado por dicho Centro en ninguno de los años. Además, cuando se tiene la experiencia en el Internado Rural, estos son bien manejados porque al mandarse la Bacilos copia al Laboratorio más cercano, los resultados llegan cuando el alumno que está haciendo el Internado Rural, ya ha terminado el mismo.

Ante la anterior dificultad, decidí tomar el problema de la Tuberculosis para realizar el presente estudio de Tesis, presentando sugerencias y soluciones para mejorar el programa de Tuberculosis en el Hospital "MANUEL DE JESUS SUBIRANA". Como es bien sabido, la Tuberculosis sigue siendo un problema de Salud Pública muy importante en Honduras, esto debido en parte, a que la información que se maneja es la que reportan los establecimientos de salud distribuidos en el país, información que en la mayoría de los casos no es suficiente, como lo demuestra la información recogida por el Departamento de Enfermedades Transmisibles Crónicas, responsable del programa de Control de la Tuberculosis, en la cual casi el 70% de los establecimientos de salud no informaron ninguna actividad durante 1978 y del 50% que lo hizo, muy pocos lo hicieron regularmente, 25%.

Además de lo anterior se agrega la poca actividad en la búsqueda de casos sospechosos de Tuberculosis pulmonar, lo que explica el poco número de casos nuevos detectados, objetivo que se persigue en el presente trabajo a través de la Detección del Sintomático Respiratorio, determinando su incidencia con el fin de establecer una programación más adecuada y de esta forma planificar el uso y manejo de los recursos del Programa de Detección del paciente Sintomático Respiratorio, (Los recursos como : drogas, laboratorio, radiografías, personal médico y paramédico), en el Hospital "MANUEL DE JESUS SUBIRANA", en Yoro.

Se pretende que éste trabajo contribuya a una mayor concientización de parte de las autoridades de salud, en cuanto al problema de la Tuberculosis a nivel nacional y destinar más personal y más tiempo para la educación y concientización popular.

II- PACIENTE SINTOMATICO RESPIRATORIO SOSPECHOSO DE TUBERCULOSIS PULMONAR.

En el actual trabajo se medirá la tasa de Sintomático Respiratorio, sospechoso de Tuberculosis Pulmonar, y la tasa de positividad por Tuberculosis Pulmonar entre los consultantes adultos, que asisten a la Consulta Externa del Hospital " Manuel de Jesús Subirana " para lo cual se tomará como período de estudio el comprendido entre enero de 1982 a diciembre del mismo año. Recolectándose información de la oficina de Estadística de dicho Hospital, Laboratorio y Departamento de Rx.

Debido a que el tema anteriormente expuesto es extenso, se adoptó la forma de tomar para el estudio, las semanas impares dentro del año que comprende el trabajo.

Para dar una mejor idea acerca del tema se definirán algunos términos entre ellos:

A.- EL CONCEPTO DE SINTOMATICO RESPIRATORIO

" Como aquel paciente de 15 años de edad o más que manifiesta tener tos y expectoración o hemoptisis durante dos semanas o más y puede producir una muestra de esputo, consulta por primera vez, por estos u otros síntomas a los establecimientos oficiales de salud (13).

Como se puede apreciar en la definición anterior esta toma

en cuenta la edad del paciente, el síntoma y la duración, parámetros que nos servirán para definir el problema en una mejor forma, ya que casos que los síntomas de 2 semanas no son tomados en cuenta en una consulta externa.

En cuanto a la producción de esputo, se puede afirmar, que el paciente al no poder dar una muestra de esputo no quiere decir que no sea Síntoma de Síntoma Respiratorio, ya que éste se puede obtener por otros métodos; aunque este es un factor muy importante, por que el paciente al visitar que es captado en la Consulta Externa se le puede solicitar en ese momento la muestra de esputo para la laboratoria evitándose de esta forma la fuga o pérdida del paciente.

Además lo anterior nos permite, ya que si resultare positivo instaurar en ese momento el tratamiento respectivo.

Otro concepto importante es el de:

B.- ENFERMO SUSPECHOSO DE TUBERCULOSIS

" Es todo paciente que de la Sintomatología signos y elementos auxiliares permitan un diagnóstico médico de Tuberculosis pero que haya confirmación bacteriológica (13).

Este tipo de paciente es el mismo, Sintomático Respiratorio con la diferencia de que el sospechoso de Tuberculosis, asiste a la consulta por otra causa pero clínicamente es un can-

didato para Tuberculosis Pulmonar.

Otro concepto que se debe tomar en cuenta es el de:

C.- CASO POSITIVO DE TUBERCULOSIS PULMONAR

" Es toda enfermedad diagnóstica de Tuberculosis Pulmonar se confirma bacteriológicamente por examen directo o por cultivo " (12)

Visto lo anterior nuestro trabajo girará en torno a los conceptos ya anotados y consideramos el tema de la Tuberculosis como uno de los más importantes que debe ser estudiado detenidamente

III.-

OBJETIVOS

A.- GENERAL

- 1.- Determinar el porcentaje de Sintomático Respiratorio entre los consultantes adultos y de estos cuantos son tuberculosos por baciloscopia, (examen directo de esputo), Radiografía o por clínica.

B.- ESPECÍFICOS

- 1.- Determinar la proporción de pacientes Sintomático Respiratorio (sospechoso de Tuberculosis Pulmonar), entre los adultos que demandan atención médica en el Hospital "Manuel de Jesús Subirana".
- 2.- Medir la Tasa de incidencia de la Tuberculosis Pulmonar en el Hospital "Manuel de Jesús Subirana", entre los Sintomáticos Respiratorios y entre los adultos que demandan atención por morbilidad.
- 3.- Descubrir las características de la población tuberculosa diagnosticada (edad, sexo, procedencia).
- 4.- Identificar los medios utilizados para el diagnóstico de tuberculosis pulmonar y su proporción.
- 5.- Identificar los esquemas de tratamiento utilizados.
- 6.- Medir la Tasa de abandono al tratamiento antituberculoso
- 7.- Hacer comparación, en cuanto a esquemas de tratamiento entre 1981 y 1982.

A.- BOSQUEJO HISTORICO DE LA TUBERCULOSIS

La tuberculosis es tan antigua como la humanidad, ya que desde tiempos neolíticos se conocía la existencia de la misma, como lo demuestran la presencia de restos esqueléticos conteniendo lesiones muy sospechosas de tuberculosis del raquis. Los escritos médicos más tempranos contienen descripciones de personas enfermas con síntomas pulmonares y desnutrición general (6); siendo éste uno de los factores más importantes ya que en nuestro medio por su desarrollo es uno de los problemas más frecuentes, encontrándose que casi el 80% de la población presenta cierto grado de desnutrición de acá se desprende la mayor frecuencia de tuberculosis.

Durante muchos años se consideró a la forma crónica llamada tisis del griego PHTHISIS, que significa " Consunción de la Carne ", una enfermedad degenerativa o hereditaria, poco relacionado con la tuberculosis, llamada así, porque producía nódulos firmes o tubérculos, que era infecciosa (9).

En el siglo XIX hubo tres adelantos notables que lograron un concepto preciso de la enfermedad y sus causas. Laennec (1804) señaló diversas formas de tuberculosis en pulmón y otras partes del cuerpo. En 1865 Villemin, comprobó que la enfermedad podía producirse en animales.

En 1882 Robert Koch, señaló en aislamiento y cultivo del Bacilo Tuberculoso y la producción de la enfermedad en animales utilizando dicho germen, además a Koch se le debe el descubrimiento de la primer tuberculina. Otro descubrimiento importante fue la aparición del primer antituberculoso, hacia 1945 la Estreptomycina, que síc resultados excelentes en tuberculosis meníngea, que casi siempre era mortal; pero luego se presenta la resistencia a la misma por parte del bacilo, siendo en 1951, con la aparición de la Isoniacida cuando la tuberculosis paso a ser una enfermedad curable medicamente en la mayor parte de los casos [6].

B.- TUBERCULOSIS PULMONAR COMO PROBLEMA MEDICO-EPIDEMIOLOGICO

Para iniciar este apartado vamos a decir que:

- 1.- El *Micobacterium tuberculosis* es la causa de una enfermedad humana: La tuberculosis.
- 2.- El sufrimiento moral se produce por una enfermedad humana: La tuberculosis
- 3.- El hacinamiento es factor de tuberculosis
- 4.- La desnutrición es factor de tuberculosis
- 5.- La vida en las sociedades urbanas e industriales es factor de tuberculosis.

Como se puede observar, la tuberculosis es una enfermedad multifactorial, no sólo viene a constituir una enfermedad medico-epidemiológica; pero para los fines que pretendemos la vamos a

presentar desde el punto de vista médico-epidemiológico, estableciendo una definición de la misma, que conlleve los parámetros anteriores.

DEFINICION: La tuberculosis es una infección crónica causada en el hombre por el *Mycobacterium Tuberculosis*, se inicia por la inhalación de material infeccioso, lo cual puede producir infección en cualquier órgano del cuerpo; pero preferentemente lo hace en los pulmones en cuyo caso se denomina TUBERCULOSIS PULMONAR (1,6,15).

Según la definición para que se presente la tuberculosis, es necesario que haya un mecanismo de transmisión el que se lleva a cabo por la inhalación de núcleos de gotitas, las cuales son producidas por un paciente tuberculoso, a través de estornudo, o la tos necesitándose " aproximadamente 3500 núcleos de gotitas, esto, durante 5 minutos de conversación, un estornudo dispersa en la atmósfera un millón de partículas " (8). Las cuales tienen un tamaño de 1-10 μ m (1) y no son más que residuos secos que pueden quedar suspendidos en el aire por mucho tiempo (8).

Debido ha esto, es que es importante el paciente Sintomático Respiratorio, ya que este paciente al estar positivo y no darse cuenta, puede infectar un número considerable de personas.

En estudios epidemiológicos realizados en los Estados Unidos, se llegó a la conclusión de que un paciente infecta por término medio de dos a tres personas, además estudios más recientes (inéditos), de la Unidad de Investigaciones sobre vigilancia de la Tuberculosis parecen indicar que la cifra media debería ser superior, aunque sin exceder de 13.5 paciente.

Si se admite, como primera aproximación, que una persona infecciosa infecta en condiciones " naturales ", (es decir, sin tratamiento), entre cinco o diez personas por año y que, también en esas condiciones, mantiene su carácter infeccioso durante por lo menos dos años (antes de recobrase espontáneamente o fallecer por tuberculosis o convertirse en enfermo crónico, en cuyo caso continuará deseminando bacilos por algunos años), se habrán infectado o sobre infectado aproximadamente de 10 a 20 sujetos entre los contactos de cada caso infeccioso, durante su vida como persona infecciosa (sin tratamiento) . (8).

Si a lo anterior, le agregamos el riesgo de muerte a través de la evolución natural de la enfermedad que es aproximadamente del 50%; pero que se incrementa en 60%, 80% en los mayores de 60 años, veremos que la misma ocurre en pocos años. Por lo tanto, se puede considerar una proporción del 10%

como la cifra media del riesgo de evolución de la infección a la enfermedad en los años siguientes a la infección: este riesgo se concentra especialmente en los primeros dos años posteriores a la infección. Si un paciente infecta de 10 a 20 personas entre sus contactos y si, entre estos, el 10% se enferma de tuberculosis y de esta proporción, por ejemplo el 50% se convirtiera en infeccioso, puede observarse que un caso de tuberculosis infecciosa tendría que infectar a 20 personas para que ocurriera un nuevo caso infeccioso (8).

Probablemente esto se deba a lo siguiente:

- 1.- El mejoramiento del nivel de vida. La elevación del nivel de vida, ha dado como resultado, mejores viviendas y por ende menos hacinamiento.
- 2.- El descubrimiento de nuevos antituberculosos. Ha servido en aquellos casos en que se presentaba resistencia o intolerancia a un tipo de antituberculoso, pudiendo ahora sustituirse con otro.
- 3.- Las campañas de vacunación, específicamente, a través de la BCG. " La vacuna satisfactoria, administrada de manera apropiada, conferirá un 80% de protección, esto es, el individuo vacunado expuesto a la infección tendría un riesgo de 5 veces menos de contraer Tuberculosis que un testigo no vacunado expuesto a la misma infección (8).

4.- La utilización de Quimioprofilaxis en los contactos de casos tuberculosos (4 12).

5.- El aumento en la detección de casos nuevos.

Esto se puede apreciar según estudios efectuados por la OMS a nivel mundial, determinandose una incidencia de 3.8 millones en 1967, disminuyendo en 1977 a 2.8 millones.

Nuestro país, junto con Argentina, El Salvador, Guatemala, Guayana Francesa y Nicaragua, tiene una incidencia de 51-75-100,000 según, éste estudio (4).

Pero datos de la División de Epidemiología, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis a nivel nacional revelan 41 casos nuevos por 100,000 habitantes en 1979, lo que revela una disminución en la frecuencia de casos nuevos, misma que va aparejada con la disminución a nivel mundial (8). Aún y con lo anterior, la tuberculosis continúa siendo una enfermedad ~~mortal~~ en nuestro país.

10752

C- TUBERCULOSIS PULMONAR EN HONDURAS Y OTROS PAISES DE LATI- NOAMERICA.

Tanto en Honduras, como en diversos países de América Latina se presentan las mismas dificultades, en cuanto al programa Tuberculoso, según estudios hechos por la OPS y publicados en el boletín Epidemiológico (4), se observa una tendencia muy moderada de reducción (5% anual) de la mortalidad, debido probablemente a que se trata de países donde es mayor el problema y menor el desarrollo del programa y donde son menores los recursos económicos.

En Brasil, por ejemplo, se notificaron 47.797 casos en 1977 y 56.484, 64.734, y 72,608 en los años subsiguientes, debido a mejor registro. Como se puede apreciar no hay una relación entre la tendencia real y la notificación de casos.

En otros países es baja la cobertura de notificaciones y aún no han llegado a la etapa de extensión, situación que se presenta en nuestro país.

En México, sucede lo mismo ya que el sistema de registro sólo lo hizo hasta 1978, las notificaciones de casos pulmonares confirmados bacteriológicamente y registrados por los servicios oficiales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, lo que representa menos de la mitad de los enfermos descubiertos y tratados en el país (4).

Según el Boletín, esto es onstante en la mayor parte de los países de Latinoamérica, probablemente debido, a las condiciones socioeconómicas de la población y la escasa accesibilidad los limitados recursos y la inadecuada organización de los servicios de salud.

Las recomendaciones regionales sobre localización de casos concede alta prioridad a la obtención sistemática de muestras de esputo de todos los sintomáticos respiratorios que acuden a los servicios generales de salud.

Los resultados de la labor de localización de casos depende de la indagación activa de síntomas por el personal de salud de la definición de " Sintomático ", de los medios de laboratorio disponibles y de la selección por los médicos de los casos "probables " que han de someterse a examen bacteriológico.

Estos factores determinan la proporción de casos sintomáticos descubiertos entre los que acuden a la consulta, así como la de casos bacteriológicamente positivos entre las personas examinadas ambas proporciones varían de 1-10% en los distintos países (4).

Según el Boletín, esto es onstante en la mayor parte de los países de Latinoamérica, probablemente debido, a las condiciones socioeconómicas de la población y la escasa accesibilidad los limitados recursos y la inadecuada organización de los servicios de salud.

Las recomendaciones regionales sobre localización de casos concede alta prioridad a la obtención sistemática de muestras de esputo de todos los sintomáticos respiratorios que acuden a los servicios generales de salud.

Los resultados de la labor de localización de casos depende de la indagación activa de síntomas por el personal de salud de la definición de " Sintomático ", de los medios de laboratorio disponibles y de la selección por los médicos de los casos "probables " que han de someterse a examen bacteriológico.

Estos factores determinan la proporción de casos sintomáticos descubiertos entre los que acuden a la consulta, así como la de casos bacteriológicamente positivos entre las personas examinadas ambas proporciones varían de 1-10% en los distintos países (4).

D.-

M E D I O S D I A G N O S T I C O S

Para poder llegar al diagnóstico, es necesario tener clara su patogenia y manifestaciones clínicas de la enfermedad, es por eso que vamos hacer una revisión de los mismos.

Como ya se mencionó en el capítulo IV, acerca de la transmisión a través de los núcleos de gotitas en donde se encuentran los bacilos tuberculos, al ser inhalados por un huésped susceptible, viajan a lo largo del árbol bronquial impactando en el epitelio respiratorio, de donde pasaran a los bronquiolos o alveolos, bajando e instalándose en la región mucociliar, ahí los bacilos se multiplican, entonces ocurre por parte de organismos el ataque que lo hace a través de los leucocitos y de estos por medio de los fagocitos que engloban dichos bacilos, deteniendo de esta manera su multiplicación.

Además, los bacilos son enviados hacia los canales linfáticos, nódulos linfáticos, mediastinales e hiliares y torrente sanguíneo produciendo una bacteremia. A través de la sangre, puede infectar órganos distantes, algunos de estos son resistentes a la subsecuente multiplicación de los bacilos, los huesos anchos, hígado, bazo son algunos órganos en los cuales la multiplicación incontralable es excepcional.

Pero órganos, como pulmón, en la región apical, parénquima

renal, línea epigástrica y corteza cerebral, el crecimiento y división bacteriana puede llevarse a cabo, después de adquirida la inmunidad. Dependiendo de las condiciones del huésped, este puede volverse asintomático habiendo controlado la infección a través del sistema inmunitario (1).

A nivel pulmonar, se presentan dos tipos de lesiones unas con material blando por el tejido delicuación caseoso, que se lleva a cabo en la región apical en cambio en los campos pulmonares inferiores esta lesiones son de tipo caseoso pero sólidas en las cuales las condiciones anaeróbicas dificultan la multiplicación bacteriana acaba produciéndose calcificación, proceso que sólo necesita unos meses en los niños pequeños; pero años en el adulto. Los depositos calcificados en el campo pulmonar medio e inferior, junto con los ganglios hiliares calcificados forman el complejo de " GHON "

Anteriormente, se consideraba patognomónico de la tuberculosis, desde el punto de vista radiológico; pero sabemos actualmente que las micosis (histoplasmosis y coccidioidomicosis) y otras micobacterias, producen lesiones primarias curadas similares (6).

Lo anterior ocurre con la primera exposición, con la cual se desarrolla hipersensibilidad a la tuberculosis de 2 a 10 semanas después de la infección inicial (1).

Existen condiciones por medio de las cuales la infección inicial puede evolucionar provocando la enfermedad en sí.

Estas son:

- 1.- Sílicosis
- 2.- Diabetes
- 3.- El uso de inmunosupresores
- 4.- Después de gastrectomías
- 5.- Durante los 2 primeros años de vida
- 6.- En el embarazo, parto y puerperio
- 7.- Durante la pubertad y adolescencia
- 8.- La desnutrición (1).

Esta última debido a que las Inmunoglobulinas IgA e IgC están aumentadas, ya que actúan inhibiendo al *Mycobacterium* (in vitro) (5); siendo que las proteínas plasmáticas están bajas, entonces la respuesta está disminuida y si ha esto se le agrega la reacción natural del organismo ante el ataque de un ser extraño, veremos que la desnutrición es una condición importante en la cual se puede desarrollar la tuberculosis.

Existen dos términos, con relación a la tuberculosis pulmonar crónica, son :

- 1.- La reinfección exógena
- 2.- La reinfección endógena

Que tienen importancia y deben ser examinados, aunque ahora se admite que la reinfección endógena ocurre por desintegración de focos primarios en la región apical pulmonar (6): con relación a la reinfección exógena algunos autores no le dan tanta importancia como a la endógena; pero considero que en nuestro medio la reinfección exógena es la que prevalece, ya que la endógena es más frecuente en países más desarrollados en los cuales la tuberculosis se ha logrado controlar.

La lesión pulmonar crónica ocurre en la región apical segmento posterior del lobulillo superior o en los segmentos superiores del lobulillo inferior. A veces, las lesiones aparecen en cualquier segmento. (1).

Esta lesión se presenta como una pequeña placa neumónica, esto produce una reacción inflamatoria, con producción de líquido rico en fibrina y mezcla de células inflamatorias llevándolo a necrosis tisular de tipo caseoso. El cual puede licuarse drenándose hacia el árbol bronquial, dejando una cavidad en el tejido pulmonar, lo que produce mayor tensión de oxígeno favoreciendo la multiplicación bacteriana y diseminación consiguiente a otras áreas pulmonares que se facilita por la tos dispersando éste material, provocando focos múltiples (6).

La curación tanto si se resuelve por vía espontánea, como

por quimioterapia sigue el mismo mecanismo, con cicatrización y fibrosis posteriormente.

En cuanto a las manifestaciones clínicas, estas dependen del órgano afectado, así, se pueden presentar síntomas generales como:

- 1.- Anorexia
- 2.- Pérdida de peso
- 3.- Astenia
- 4.- Lasicitud
- 5.- Fatiga
- 6.- Fiebre
- 7.- Escalofríos
- 8.- Sudores nocturnos.

Los cuales son inespecíficos, ya que se pueden presentar en cualquier enfermedad; pero otros refieren que los anteriores síntomas y signos, son sugestivos de tuberculosis, además son usados para evaluar la severidad de la infección. (11).

En cambio la hemoptisis, que puede ser debido a erosión de un vaso sanguíneo, acompañado de tos de más de 2 semanas de evolución y de esputo productivo, dolor torácico, disnea, sugieren un cuadro de tuberculosis pulmonar.

Aunque, según estudios realizados en esquimales, los cuales

continuamente presentan tos este síntoma no es característico EN ELLOS(8).

Pero se ha establecido que un paciente con 15 días de tos, se encuentra que entre un 5% a 10%, padecen de tuberculosis pulmonar (15), además sujetos bacteriológicamente positivos en un 70% de los casos, presentaban uno de los cuatro síntomas siguientes: tos, hemoptisis, dolor torácico y fiebre (8).

En estudio realizados ~~SOBRE~~ tuberculosis en los Estados Unidos con pacientes hospitalizados entre los años de 1973 a 1977, tomándose una muestra de 75 pacientes, se encontró que en el 79% de los casos presentaban fiebre, ellos infirieron de que esto se debía a que las células encargadas de la inmunidad, estimulaban los linfocitos y estos producían linfoquinas las cuales activaban los fagocitos produciendo pirógenos endógenos (11).

Además observaron, que a veces la fiebre va asociada a enfermedad producida por otro tipo de bacterias.

En cuanto al examen físico a la inspección del paciente mostrará el estado enfermo del mismo, a veces no aporta muchos datos.

A nivel pulmonar, se puede encontrar a la palpación, aumento de las vibraciones vocales en el lado de la lesión y matidez a la percusión, a la auscultación puede encontrarse estertores manifiestos, que a veces sólo se pueden percibir después

de poner a prueba al paciente, además se puede percibir pectoriloquia agena y broncofonía.

De ordinario el resto del examen brinda muy poca información acerca de enfermedad pulmonar.

Una vez hecha la revisión anterior, se presentarán los medios diagnósticos, que se mencionaran de acuerdo a su prioridad.

1.- Bacteriología

a-) Baciloscopia

b-) Cultivo

2.- Radiología

a-) Placa simple de tórax

b-) Fluoroscopia

c-) Broncografía

3.- Broncoscopia

4.- Mediastinoscopia

5.- Toracotomía exploradora

El siguiente comentario se hará en base a los estudios bacteriológicos y radiológicos (placa simple de tórax), ya que los otros no se encuentran en el Hospital "Manuel de Jesús Subirana".

Comenzaremos diciendo, que con la baciloscopia se detecta el 80% de los síntomas respiratorios positivos y tan solo en el Hospital el 20-30% se identifica a través de cultivo, además la técnica es más compleja, cara, exige mayor capaci-

tación de personal y más tiempo (13). La indicación del cultivo por el médico puede ser para fines de diagnóstico diferencial, lo que implica esperar el resultado antes de iniciar el tratamiento o para confirmar un diagnóstico clínico. En este caso, lamentablemente el más frecuente, el tratamiento se inicia con base clínico radiológico. Desde un punto de vista técnico y operativo, estos casos han sido designados " No confirmados " en el momento del diagnóstico y el cultivo indicará que este fue correcto, si es positivo, o dejará la duda diagnóstica si es negativo.

Se observa, pues, que el resultado positivo en el examen microscópico directo significa que el esputo contiene por lo menos 5000 bacilos por Ml. (8).

La buena muestra de esputo debe ser:

- 1.- En cantidad suficiente
- 2.- Colocada en envase adecuado
- 3.- Bien identificada
- 4.- Transportada correctamente

La muestra debe ser de 5-10 mililitros, cantidad que se obtiene con 5-10 esputos, tomados preferentemente por la mañana (15)

La radiología, constituye un elemento importante como auxiliar diagnóstico en la clínica, especialmente en casos de enfermedades del tórax; pero tiene sus inconvenientes, como:

- 1.- Costos elevados.
- 2.- Necesita personal con gran experiencia para la interpretación radiológica, lo que implica tiempo prolongado de adiestramiento y mayor costo.
- 3.- Tiene baja especificidad por lo que debe recurrirse a otras técnicas para confirmar el diagnóstico y la actividad de las lesiones tuberculosas.
- 4.- Aún con personal profesional capacitado, hay discrepancias en los resultados de las lecturas de las radiografías.
- 5.- Necesita personal técnico capacitado para el mantenimiento de equipos [13].

El examen radiológico inicial de los enfermos diagnosticados puede ser utilizado como documento clínico en los servicios que cuentan con esa facilidad.

En ese caso, conviene utilizar una clasificación estándar a nivel nacional.

Con relación al control bacteriológico, una vez confirmado el diagnóstico, éste, debe tomar 2 esputos por mes, en los primeros dos meses, luego, hasta el 4to., 6to., 9no., y 12 mes, cada 3 meses en el segundo año y cada 6 meses en el segundo año, y cada 6 meses en el tercer año [10].

En conclusión, el diagnóstico es un proceso al que se llegará a través de :

- 1.- Una Historia Clínica adecuada
- 2.- Obtención de muestras para baciloscopia
- 3.- Cultivo
- 4.- Radiografía

E.-

ESQUEMAS DE TRATAMIENTO

Desde que aparecieron los antituberculosos se han utilizado diversos esquemas de tratamiento, esto se ha hecho con el fin de encontrar un esquema, que brinde los mejores resultados, tanto en su aplicación como en las reacciones adversas que en su mayoría producen los antituberculosos y, en su duración, es así, que mencionaremos algunos de ellos, dosis reacciones adversas, esquemas recomendados por el Ministerio de Salud Pública, esquema utilizado en el lugar del presente estudio.

D R O G A S

- 1.- Isoniacida: Es una de las menos tóxicas. Con una dosis diaria de 5mg por kg de peso, la incidencia total de reacciones adversas es menor de 5% y las reacciones graves no más de 1% (13). en el niño se puede utilizar hasta 10 mg, en el adulto 300mg - 400mg diariamente con dosis intermitente de 800 mg - 900 mg.

Reacción adversa más frecuente la Neuropatía Periférica y Hepatitis, en la tercio da en PH nuevo, en las cavernas pulmonares (8).

- 2.- Estreptomicina: Presenta ototoxicidad y nefrotoxicidad lesión vestibular del VIII par, manifestado por vértigo marcos o pérdida de equilibrio, además leucopenia y

y púrpura. Dosis: 20-30mg. por kg. de peso, de 0.5-10 en adultos diario, intermitente; 0.75-10 (13).

Es bactericida en PH neutro igual que la Isoniacida, no así en ácido que es inactivo (8).

3.- Etambutol: Es una droga en general bien tolerada. La principal toxicidad Neuritis Optica Retrobulbar Dosis: niños 20-25mg. por kg. de peso, adultos 1200mg. diarios intermitente 3a. es bactericida en PH neutro (13).

4.- Flacetasina Produce fiebre, dermatitis exfoliativa (S. STEVEN JOHNSON) y depresión de la médula ósea (8). Dosis: Niños 5-5mg. por kg. de peso, adultos 150mg. diarios presenta de un 2-10% reacciones adversas.

5.- Rifampicina: Puede producir, reacciones cutáneas leves, trastornos hepáticos con incremento de las transaminasas, púrpura, síndrome abdominal. Dosis: Niños. 10-20mg. por kg. de peso, adultos: 450-600 mg. diarios, intermitente 600mg. Es bactericida en PH neutro igual que la isoniacida (13).

6.- Pirazinamida: Es el fármaco más activo contra poblaciones bacterianas pequeñas que se multiplican lentamente en el interior de los macrófagos en medio ácido (8). Dosis: Niños, 25-40mg. por kg. de peso, adultos 1-15g por kg. de peso. Puede producir gota y trastorno hepático.

cos (13).

Una quimioterapia correcta deberá:

- 1.- Iniciarse: Con una fase diaria intensiva para reducir rápidamente la población bacteriana inicial.
- 2.- Asociar drogas para evitar la selección de mutantes resistentes.
- 3.- Ser suficientemente prolongada para obtener la eliminación de la mayoría de los gérmenes persistentes.

Se indicará un tratamiento primario en pacientes que:

- 1.- No hayan obtenido tratamiento previo (virgenes de tratamiento).
- 2.- Hayan cumplido un tratamiento previo completo, con alta médica, y hayan recaído (con confirmación bacteriológica).
- 3.- Hayan abandonado el tratamiento inicial y tengan bacteriología positiva (13).

Existen dos formas de administración del tratamiento:

- 1.- El supervisado
- 2.- El autoadministrado

El primero es aquel que es administrado por el personal de salud y el segundo es aquel en el cual se entregan al pacien-

te para que él mismo las tome (15).

El esquema que recomienda el Ministerio de Salud es el siguiente.

Esquema No. 1

Estreptomicina: 1g. diario 1m. durante 2 meses (8 semanas)

1a. Fase.

Diateben: Un comprimido diario durante 2 meses simultáneamente con la estreptomicina (El diateben contiene 300mg. de Isoniacida y 150mg. de Vitamina).

2da. Fase.

Luego se continúa con estreptomicina: 1g. 1m. Bisemanal, mas Isoniacida: ocho comprimidos de 100mg. por 44 semanas (Bisemanal)

Debe ser supervisado tanto en la primera, como en la segunda fase.

Esquema No. 2

Diateben: Una pastilla diaria durante 1 año.

Estreptomicina: 1g. diario 1m. durante los 2 primeros meses.

Es supervisado en la primera fase durante se esté administrando Estreptomicina (15).

Los dos esquemas de tratamiento son similares, ya que en primero, en el primer día se costaron 15.20 Dolares.

El segundo esquema de tratamiento que se usó fue uno de los motivos para el uso de la droga sinestero de Salaa. Aún y cuando este esquema tiene sus desventajas, porque utilizan la droga en dosis más altas, totalmente se está abandonando por sus efectos secundarios de reacción, pero tiene sus ventajas, como es que se utiliza menor cantidad de pastillas que el paciente, tiene que administrarse y es más manejado por el personal de Salud.

En nuestro país se ha utilizado durante mucho tiempo el esquema de 15 días, pero ahora se ha comenzado a utilizar también se utiliza el esquema de 10 días.

1a. Fase: 10 días de tratamiento (costo por 10 días de tratamiento)

Isoniacid (100 mg) 8 dosis (4 veces al día)

Rifampicina (150 mg) 8 dosis (4 veces al día)

2da. Fase: 10 días de tratamiento (costo por 10 días de tratamiento)

Isoniacid (100 mg) 8 dosis (4 veces al día)

Rifampicina (150 mg)

V.-

V A R I A B L E S

A.- D E F I N I C I O N

En el desarrollo del presente trabajo, se identificarán los factores que influyen en la detección del paciente Sintomático Respiratorio y en el tratamiento del paciente Tuberculoso.

I.- Con relación a la detección;

a.- Paciente Sintomático Respiratorio, (Ver capítulo II).

i.- Sexo

ii.- Edad

iii.- Lugar de Origen

b.- Deficiencia en la atención, por exceso en el volumen de pacientes.

i.- Utilización de medios diagnósticos diferentes a la Baciloscopia.

Otros medios diagnósticos como: Cultivo de esputo en medio de Löwenstein-Jensen, Radiografía de Tórax, aspiración transtraqueal, broncoscopia, biopsia, en nuestro medio consideramos únicamente el uso de parámetros estrictamente clínicos y Radiología (Rx de tórax), ya que los otros medios no se encuentran en el Hospital "Manuel de Jesús Subirana".

ii.- Evaluación del grado de conocimiento acerca de la enfermedad por el personal médico y enfermería.

Definición : Es el nivel de información que se tiene acerca de la Tuberculosis, según las Normas del Ministerio de Salud Pública.

Esto se va a determinar a través de un cuestionario con 7 preguntas, dándosele un porcentaje de 20 puntos.

Grado de conocimiento:	Muy bueno	de 17 a 20 en base a 20			
	Bueno	" 13 a 16 "	"	"	"
	Malo	" menos del 10 "	"	"	"

2.- Con relación al tratamiento

- a.- Abandono del tratamiento, es la falta de comparecimiento al Centro de Salud para el control, la toma o la recepción de las drogas después de 60 días de la fecha de citación.
- b.- Diagnóstico no confirmado y paciente con tratamiento. Esto se considera, como aquel paciente en el cual abandona el tratamiento y se le hizo el diagnóstico en base a criterios diferentes a la baciloscopia.
- c.- Intolerancia medicamentosa por las reacciones adversas ya mencionadas en el tratamiento.
- d.- Mejoría sintomática: es cuando en el paciente hay remisión de los síntomas que provocan sus problemas.
- e.- Lugar de origen: es el accesorio que tiene el paciente se

gún su lugar de origen a los puestos de salud, para recibir su tratamiento esto se denominó, como:

Fácil acceso, los que viven en loro.

Difícil acceso. Los que viven en comunidades comprendidas entre 5-10kms. de la carretera.

Muy difícil: Como aquellos que viven más allá de 10kms.

f.- Suministro de medicamentos. que debe ser dada en forma ininterrompida. Se considera como falla en el suministro a la administración de estos por lo menos una cita.

A.- TIPO DE ESTUDIO

El diseño que se adoptó para presentar, el presente trabajo de investigación, fue el descriptivo, ya que con dicho estudio se puede medir la naturaleza y magnitud de los problemas causados por una determinada enfermedad, así como de la incidencia de ésta, que es una de las variables que mejor se puede observar en que se manifiesta.

La duración del estudio es un año, comprendiendo de enero 1982 a diciembre de 1982, tomamos éste período porque era el tiempo que íbamos a permanecer en el área de estudio, así como de tipo retrospectivo.

B.- AREA DE ESTUDIO

El área de estudio que se eligió fue Hospital Manuel A. Jesús, ubicada en el municipio de Santa Rita, el cual tiene un área total de 100 hectáreas con los siguientes municipios:

Arroyo, Coahuila, Durango, El Paso, Galeana, Saltillo, Victoria, el municipio de Santa Rita y Guerrero. La población de Coahuila es de 1,200,000 habitantes, de acuerdo a nuestro Censo de Población y Vivienda de 1980, Santa Rita,

El Progreso y una línea por razones geográficas y mejores vías de comunicación, concurren a San Pedro Sula y La Ceiba, respectivamente.

El municipio de Yoro tiene un área de 2,323.4 Km²; limita al norte con los municipios de Tela, Esparta y La Masica en el Departamento de Atlántida; al Sur con Victoria, Yoroito, Arenal y Mangulile, estos últimos en los Departamentos de Francisco Morazán; al este con Jocón y Olanchito.

Según el último censo: 1974, la población del municipio de Yoro fué de 24,867 habitantes.

Las vías de accesibilidad permanente son: la carretera que conduce de Santa Rita a Yoro, y la de Yoroito a Yoro, transitables en verano e invierno. Las carreteras de Arenal-Jocón-Yoro y la de Sulaco a Yoroito, son transitables solamente en verano.

El clima de Yoro es cálido; durante la mayor parte del año. En cuanto a saneamiento ambiental, la ciudad de Yoro cuenta con servicio de agua potable permanente, el servicio de luz eléctrica funciona por 6 horas diarias y es suministrado por la C. E. de diesel, servicios que es-

tan a cargo de la Municipalidad. La disposición de excretas se hace a través de una red de alcantarillado que cubre solamente el centro de la ciudad, en los barrios periféricos se hace por fosas sépticas y letrinas. En el área rural predomina el fecalismo al aire libre, pues pocas casas cuentan con letrinas.

La ciudad de Yoro cuenta con Tren de Aseo, que hace la recolecta de basura dos veces por semana.

En Recursos de salud, el Hospital cuenta con los siguientes:

- 1.- Consulta Externa
- 2.- Emergencia
- 3.- Servicios de Internamientos

Cuenta con 53 camas funcionales, distribuidas de la siguiente manera:

Sala de Pediatría.....	12 camas
Ginecobstetricia.....	12 camas
Medicina de Hombres, Medicina de Mujeres y Cirugía de Hombres constan con.....	6 Camas
Respectivamente	
Cirugía de Mujeres.....	4 camas
Aislamiento.....	4 camas
Labor y Partos.....	3 camas

El personal que labora en el Hospital es el siguiente: Cuenta con 7 médicos, de ellos, 1 Pediatra, 3 médicos Generales, de los cuales 2 están becados en el exterior y, 1 funge únicamente como Director del Hospital, 4 médicos en Servicio Social.

El personal de enfermería asciende a 40 siendo 37 Auxiliares y 3 enfermeras Profesionales. Técnicos: 1 técnico en Rx y 1 Licenciado en Microbiología.

C.- POBLACION Y MUESTRA DE ESTUDIO

En cuanto a la población o universo éste consta de 8350 pacientes adultos, que fue la cantidad que llegó a la consulta externa, encontrándose 101 pacientes Sintomáticos Respiratorios que se seleccionaron de los 8350 pacientes adultos.

D.- METODO PARA RECOLECCION DE DATOS

El método empleado fue el de la recolección a través de un esquema en el cual anotaba el número de expediente, sexo, edad, lugar de origen, síntomas, signos; esto de acuerdo al diseño descriptivo.

E.- PROCEDIMIENTO

El procedimiento empleado fue el de la obtención de los datos a través del esquema anteriormente anotado, además a través de cuestionarios y formularios, también de la hoja de consulta externa AT-1, de donde se sacaban los datos y luego eran pasados al esquema de datos.

Lo anterior se inició a partir de Julio del año en estudio.

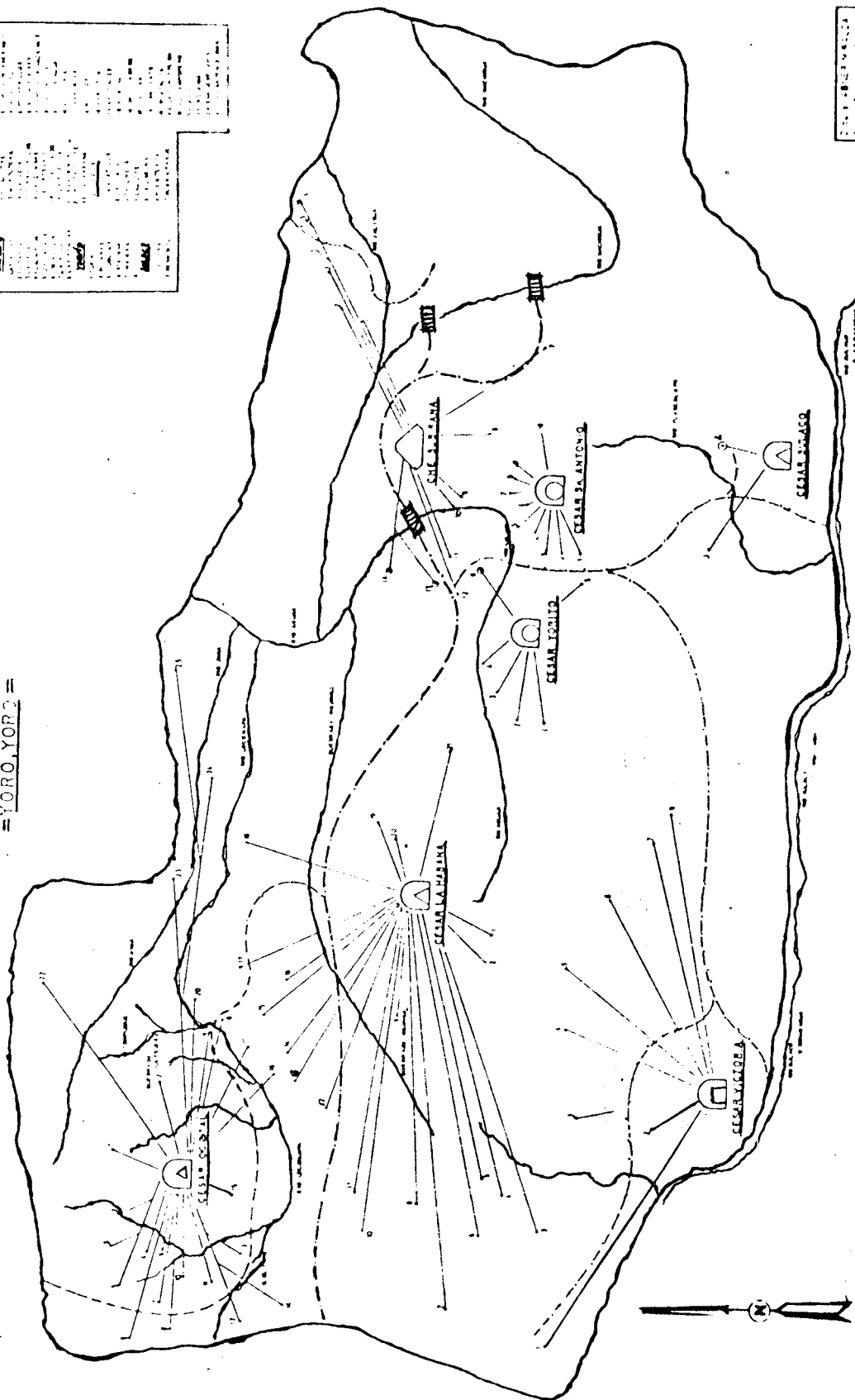
F.- PLAN DE ANALISIS.

Una vez recogida toda la muestra de estudio, se prosedió a la tabulación para luego ser analizados según el método descriptivo.

[illegible]

"Hospital" de J. SUS. RANA" =

==YORO,YORO==



VIII-

R E S U L T A D O S

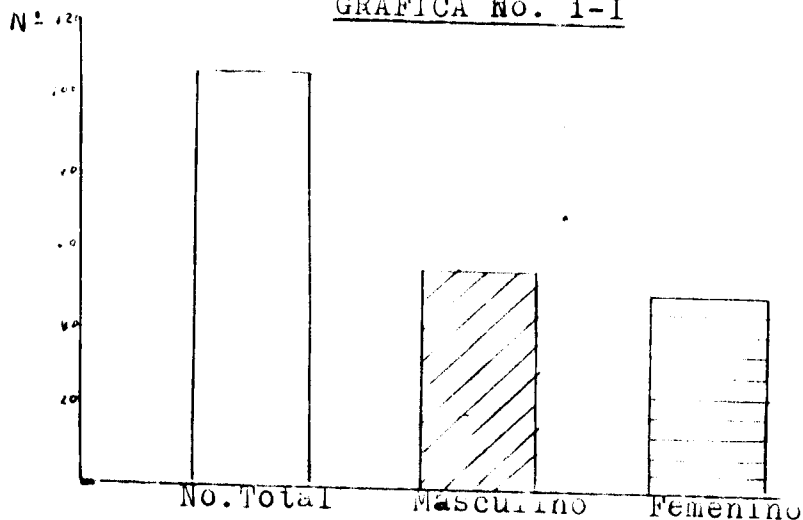
CUADRO No. 1

SINTOMATICO RESPIRATORIO SEGUN SEXO, *HOSPITAL
DE AREA, "M. DE J.S", PERIODO DE ENERO 82-DIC.82

SEXO	No.	PORCENTAJE
MASCULINO	51	50.50
FEMENINO	50	49.50
TOTAL	101	100.00

* M. DE J.S. = MANUEL DE JESUS SUBIRANA

GRAFICA No. 1-1



EN EL CUADRO No.1, SE PRESENTA EL NUMERO DE SINTOMATICOS RESPIRATORIO DETECTADOS EN EL HOSPITAL "MANUEL DE JESUS SUBIRANA DE ENERO A DICIEMBRE DE 1962, ENCONTRANDOSE LOS SIGUIENTES RESULTADOS:

DE 101 SINTOMATICOS RESPIRATORIOS, 51 SON DEL SEXO MASCULINO Y 50 DEL SEXO FEMENINO SIENDO LA DIFERENCIA ENTRE AMBOS POCO IMPORTANTE, ADEMÁS CON UN PORCENTAJE DE 50.50% PARA EL SEXO MASCULINO Y 49.50% PARA EL SEXO FEMENINO.

ADEMÁS SE OBTUVIERON LAS SIGUIENTES TASAS, QUE NO FIGURAN EN EL CUADRO ANTERIOR.

DE 8350 CONSULTANTES ADULTOS QUE ASISTIERON POR MORBILIDAD AL HOSPITAL, SE ENCONTRARON 101 SINTOMATICOS RESPIRATORIOS RESULTANDO UNA TASA DE 1.20%, CON UNA PROPORCION ENTRE LOS CONSULTANTES DE 0.012.%

TAMBIEN SE DETERMINO LA TASA DE SINTOMATICO RESPIRATORIO SEGUN SEXO, ENCONTRANDOSE PARA EL SEXO MASCULINO UNA TASA DE 1.17%, (ESTO DE 4330 SINTOMATICOS RESPIRATORIOS DEL SEXO MASCULINO).- PARA EL SEXO FEMENINO LA TASA FUE DE 1.24% (TOMANDO 4020 SINTOMATICOS RESPIRATORIOS DEL SEXO FEMENINO).

C U A D R O No. 2

NUMERO DE PACIENTES CON BACILOSCOPIAS POSITIVAS SEGUN
EDAD, HOSPITAL "MANUEL DE JESUS SUBIRANA" PERIODO DE
ENERO 82- DIC. 82

EDAD (AÑOS)	* NO. P (+)	%
15-19	2	7.75
20-24	4	14.28
25-29	3	10.72
30 Y MÁS	19	67.85
TOTAL	28	100.00

* BACILOSCOPIAS POSITIVAS

EN CUANTO AL DIAGNÓSTICO, ESPECIFICAMENTE DESDE EL PUNTO DE VISTA BACILOSCÓPICO SE OBTUVIERON LOS SIGUIENTES RESULTADOS: SEGÚN EL CUADRO No. 2, Y TOMANDO LA EDAD COMO PARÁMETRO ENCONTRAMOS QUE EL GRUPO DE EDAD DE 15-19 AÑOS PRESENTÓ EL MENOR NÚMERO DE PACIENTES POSITIVOS, SIENDO ÉSTE DE 2 PACIENTES CON PORCENTAJE DE 7.75% DEL TOTAL, EL GRUPO QUE MÁS CASOS REPORTÓ FUE EL DE 30 Y MÁS CON 19 CASOS POSITIVOS POR BACILOSCOPIA, CORRESPONDIÉNDOLE EL 67.85% DEL TOTAL.

DURANTE EL TRANCURSO DEL AÑO SE HICIERON UN TOTAL DE 300 BACILOSCOPIAS; PERO ÉSTE NÚMERO SE REDUJO A 116, SIENDO EL NÚMERO DE EXÁMENES PRACTICADOS A PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS, ENCONTRÁNDOSE UNA TASA DE POSITIVIDAD DE 24.13%, SI TOMAMOS EN CUENTA QUE DE 116 BACILOSCOPIAS, 28 FUERON POSITIVAS Y SI LA COMPARAMOS CON LA TASA DE LA REGIÓN QUE FUE DE 10.4%, PARA 1979, VEREMOS QUE SE OBTUVO UN RENDIMIENTO DE 24,13%.

CUADRO No. 3

NUMERO DE CASOS DIAGNOSTICADOS POR RADIOGRAFIA SEGUN
EDAD, HOSPITAL DE AREA, "M. DE J.S." PERIODO DE ENERO
82- DIC. 82

EDAD (Años)	RADIOGRAFIA SIMPLE DE TORAX	%
15-19	1	4.00
20-24	4	16.00
25-29	2	8.00
30 Y MÁS	18	72.00
TOTAL	25	100.00

EN EL CUADRO No.3, SE PRESENTAN EL NUMERO CASOS DIAGNÓSTI-
CADOS POR RADIOGRAFÍA, ENCONTRANDOSE LOS SIGUIENTES RE-
SULTADOS:

DE 25 CASOS DETECTADOS POR RADIOGRAFÍA, 18 CORRESPONDEN AL
GRUPO DE 30 Y MÁS, CONSTITUYENDO EL 72.00% DE LOS CASOS
DETECTADOS.

CON UNA TASA DE POSITIVIDAD POR RADIOGRAFIA DE 65.78%, ESTO PARA 38 RADIOGRAFIAS EFECTUADAS, DATO QUE NO APARECE EN EL CUADRO ANTERIOR

ADEMÁS EL GRUPO DE 15-19 FUE EL QUE APORTÓ MENOS NÚMERO DE CASOS CON RELACIÓN A LOS DEMÁS

SEGÚN EL DATO ANTERIOR HAY UN PORCENTAJE DE POSITIVIDAD ALTO EN RELACION A LOS CASOS POSITIVOS (UN NUMERO DE 25), INVESTIGADOS, ESTO PUEDE SER DEBIDO A LA CREENCIA, POR PARTE DEL PACIENTE, A QUE LA RADIOGRAFÍA ES EL EXAMEN MÁS ADECUADO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA TUBERCULOSIS.

C U A D R O No. 4

NUMERO DE CASOS DIAGNOSTICADOS CLINICAMENTE SEGUN EDAD.
HOSPITAL DE AREA "M de J.S." PERIODO DE ENERO 82-DIC! 82

EDAD (Años)	CLINICAMENTE	%
15-19	1	5.00
20-24	1	5.00
25-29	2	10.00
30 y más	<u>16</u>	80.00
TOTAL	20	100.00

Otro parámetro importante , es el número de casos diagnosticados clinicamente, en el Cuadro No. 4 ,se presentan 20 casos diagnosticados, positivos, de los cuales 16 corresponden al grupo de 30 y más, con un 80.00%, siendo los demás grupos de edad poco numerosos.

C U A D R O No. 5

RELACION ENTRE MEDIOS DIAGNOSTICOS UTILIZADOS, HOSPITAL
DE AREA "M. de J.S." PERIODO DE ENERO 82-DIC. 82

EDAD (Años)	BACILOSCOPIA		Rx		CLINICA			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
15-19	2	2.73	1	1.36	1	1.36	4	5.48
20-24	4	5.47	4	5.47	1	1.36	9	12.32
25-29	3	4.10	2	2.73	2	2.73	7	9.58
30 y más	19	26.02	18	24.65	16	21.91	53	72.61
TOTAL	28	38.32	25	34.21	20	27.36	73	100.00

En general (CUADRO No. 5), se puede ver, que siendo la baciloscopia el examen mas adecuado para la detección de casos positivos, sólo se utilizó en 28 casos de 73 casos positivos lo que constituye un 38.32%, siendo diagnosticados por clinica 20, para un porcentaje de 27.36% y por radiología 25 casos lo que constituye un 34.21%, haciendo un total entre ambos medios diagnósticos de 45 casos y si sumamos los por-

centajes obtendremos 61.57%, como se puede ver se utilizaron medios diagnósticos diferentes a la Baciloscopia en un porcentaje alto.

Además de 101 Sintomático Respiratorio investigados 28 fueron diagnosticados por Baciloscopia, con una Tasa de Detección por Baciloscopia de 27.72%, además con Tasas de 24,75% para Radiología esto para 25 casos detectados y de 19.80% para la Clínica de 20 casos diagnosticados, datos que no aparecen en el cuadro anterior.

También es de hacer notar, que a los 101 Sintomático Respiratorio se les hizo 116 baciloscopías que equivale a 1.14 exámenes por paciente, es decir una baciloscopia por paciente y 0.14% para la segunda baciloscopia.

C U A D R O N O . 6

INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS SEGUN SEXO Y GRUPOS DE EDAD
HOSPITAL DE AREA "M.de J.S." REGION SANITARIA No.3, PERI
ODO DE ENERO 82-DIC. 82

EDAD (Años)	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
15-19	2	5.12	1	2.94	3	4.10
20-24	4	10.26	4	11.76	8	10.95
25-29	1	2.57	4	11.76	5	6.84
30 y más	32	82.05	25	73.53	57	78.09
TOTAL	39	100.00	34	100.00	73	100.00

En el Cuadro No.6, se presentan los datos relacionados con la incidencia de Tuberculosis, según sexo y edad, de acuerdo al mismo, el grupo de 30 y más, tanto del sexo masculino, como del sexo femenino fue en el que hubo mayor número de casos. En el sexo masculino se presentaron 32 casos que corresponden al 82.05%, en el sexo femenino hubo 25 caso con un 73.53% del total de 57 casos para éste grupo de edad, dandonos un porcentaje de 78.09%.

EN NUESTRO ESTUDIO LA TASA DE POSITIVIDAD FUE DE 72.27% ESTO SE OBTUVO DE LOS 73 POSITIVOS ENTRE LOS 101 SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS DETECTADOS.

ESPECIFICAMENTE EN EL HOSPITAL "MANUEL DE JESÚS SUBIRANA" LA TASA DE INCIDENCIA ANUAL DE TUBERCULOSIS PARA LOS CONSULTANTES ADULTOS ES DE: 8.7/1000 HABITANTES, O SEA APROXIMADAMENTE 8 PACIENTES POR CADA 1000 CONSULTANTES ADULTOS, LO QUE SIGNIFICATIVO SI TOMAMOS EN CUENTA LA POBLACIÓN DE YORO QUE ES DE 24,867 HABITANTES, LO QUE EQUIVALDRÍA A 3 PACIENTES POSITIVOS POR CADA 1000 CONSULTANTES.

C U A D R O No. 7

INCIDENCIA DE SINTOMATICO RESPIRATORIO SEGUN LUGAR DE
PROCEDENCIA; HOSPITAL DE AREA "M de J.S." REGION SANI
TARIA No. 3. PERIODO DE ENERO 82-DIC. 82.

PROCEDENCIA	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
YORO	57	56.43
YORITO	7	6.93
SULACO	7	6.93
NEGRITO	9	8.91
MORAZAN	13	12.88
HABANA	8	7.92
TOTAL	101	100.00

- En el Cuadro No. 7, observamos que el porcentaje mayor de
- pacientes Sintomáticos Respiratorios examinados procede de Yoro con 57 casos, correspondiéndole 56.43%, incluidas 10 aldeas, luego está Morazán con un porcentaje de 12.88%, luego están los demás porcentajes que resultan ser menores, esto se explica porque son los lugares más distantes al

hospital, además son los municipios con las carreteras más difíciles .

C U A D R O No. 8

PORCENTAJE DE TUBERCULOSO ADULTO SEGUN PROCEDENCIA
HOSPITAL DE AREA "M. de JIS." REGION SANITARIA No.3
ENERO 82-DIC. 82

PROCEDENCIA	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
YORO	37	50.69
YORITO	6	8.22
SULACO	5	6.85
MORAZAN	12	16.45
HABANA	6	8.22
NEGRITO	7	9.58
TOTAL	73	100.00

Con relación al porcentaje de Tuberculoso Adulto, en el Cuadro No. 8, se puede ver que el municipio de Yoro presentó 37 casos positivos de 57 examinados, lo que equivale al 50.69% del total positivos, luego está Morazaán con 12 casos positivos de 13 casos examinados lo que equivale a un 16.45%

del total positivos, el resto presentó porcentajes menores
probablemente por los factores anteriormente expuestos

C U A D R O No. 9

SINTOMAS Y SIGNOS MAS FRECUENTES ENCONTRADOS. HOSPITAL
DE AREA "M. de J.S." REGION SANITARIA No.3 ENERO 82-PIC
82

SINTOMAS	No.	%	SIGNOS	No.	%
TOS CON EXPECTORACION	83	82.17	HEMOPTISIS	20	19.80
ADINAMIA	7	6.93	CREPITANTES	18	17.82
ASTENIA	7	6.93	RONCUS	4	3.97
FIEBRE	3	2.98	SIBILANCIAS	3	2.97
DIAPHORESIS NOCTURNA	1	0.99	SIN SIGNOLO GIA RADIOLOGICA	25	24.75
TOTAL	101	100.00	SIN SIGNOLOGIA PULMONAR	31	30.69
			TOTAL	101	100.00

En el Cuadro No. 9, se presentan los síntomas y signos más frecuentemente encontrados, siendo la tos la que se presentó con mayor frecuencia obteniéndose un porcentaje de 82.17% o sea que de 101 S.R. detectados, 83 presentaron tos y la Diaforesis la que menos se presentó
 Dentro de los signos, la Hemoptisis se presentó en 20 casos,

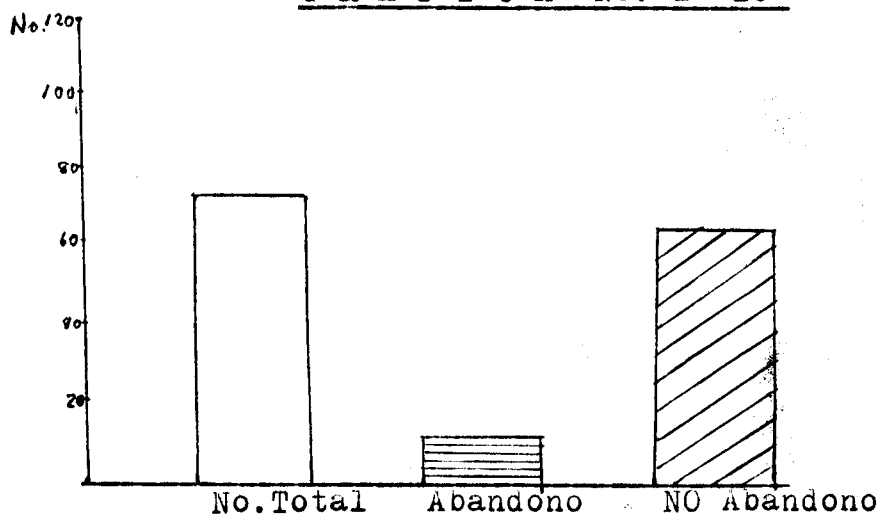
lo que constituye un 19.80% y en 31 casos no hubo signología pulmonar, ni radiológica, lo que equivale al 30.69% con signología radiológica se presentaron 25 casos que corresponden al 24.75%.

C U A D R O No. 10

INCIDENCIA DE ABANDONO O NO ABANDONO AL TRATAMIENTO
SEGUN EDAD, HOSPITAL DE AREA "M. de J.S." REGION SA
NITARIA No. 3, ENERO 82-DIC. 82

EDAD (Años)	ABANDONO		NO ABANDONO		TOTAL	%
	No.	%	No.	%		
15-19	0	0	3	4.60	3	4.12
20-24	1	12.5	8	12.31	9	12.32
25-29	0	0	5	7.69	5	6.84
30 y más	7	87.5	49	75.39	56	76.72
TOTAL	8	100.00	65	100.00	73	100.00

G R A F I C A No. 2- 10



En el Cuadro No. 10, correspondiente al tratamiento y el abandono, o no al mismo, según la definición de abandono al tratamiento (Ver Cap.V), se obtuvieron los siguientes resultados, de 73 casos en tratamiento 8 abandonaron el tratamiento y 65 continuaron el mismo, lo cual corresponde a una Tasa de abandono al tratamiento de 10.9% (dato que no aparece en el cuadro), comparado con la Tasa de la Región que fue de 18% para el año de 1979, por lo que se puede decir que hay una buena comparasencia por parte del paciente para obtener sus drogas.

Probablemente los abandonos que se reportaron fueron producto de la dificultad por parte del paciente de recoger sus mdicamentos, porque viven en lugares muy distantes al hospital y por cuestiones de tipo económico, como ya lo habíamos apuntado anteriormente.

C U A D R O No. II

ESQUEMA DE TRATAMIENTO UTILIZADOS (INDICADOS)

ENTRE 1981-1982

HOSPITAL DE AREA "M.de J.S!" REGION SANITARIA No.3

PERIODO DE ENERO 82-DIC. 82

ESQUEMA	1981		1982		TOTAL	%
	No.	%	No.	%		
H.E.M.	20	35.73	38	52.05	58	44.96
D.E.	31	55.35	22	30.13	53	41.98
H.R.E.	5	8.92	13	17.82	18	13.96
TOTAL	56	100.00	73	100.00	129	100.00

E.- ESTREPTOMICINA

D.- DIATEBEN (ISIONASIDA, TIAZETAZONA)

R.- RIFAMPICINA

M.- MYAMBUTOL

H.- HAIN (ISIONASIDA)

En el Cuadro No. II se describen los esquemas de tratamiento indicados por médicos tratantes. Entre los años de 1981 y 1982 obteniéndose los siguientes resultados: El número de pa-

cientes en 1981, en tratamiento por T.B. fue menor 56 pacientes, comparado con 1982 que fue de 73 .

El esquema más utilizado en los dos años fue el de H.E.M., con 58 pacientes, constituyendo el 44.9% del total de pacientes tratados, luego tenemos el esquema D.E. con 53 pacientes que equivale al 41.0% del total por último tenemos el esquema H.R.E., que se uso más en 1981 comparado con 1982.

Es de hacer notar que el último esquema se utiliza en muchos países de Latinoamérica y en algunos lo han incorporado como el esquema más conveniente; pero se requieren estudios más específicos para dar un dato mas concluyente.

Además con relación al tratamiento hay que aclarar que no se hicieron estudios con relación a la toxicidad de los tratamientos.

VIII.

D I S C U S I O N

En el presente capítulo se hace un análisis según los resultados obtenidos, estableciendo relaciones con aspectos teóricos que se trataron en las páginas anteriores.

Establecida la anterior aclaración diremos que, según el manual de Normas del Programa de Control de la Tuberculosis existe un 5% a 10% de casos positivos dentro de los S.R. mayores de 15 años, esto significa que de 100 S.R., 5 sean tuberculosos con una proporción de 0.05, en nuestro estudio encontramos que de 101 S.R. detectados 73 resultaron positivos, lo que equivale a un 72% y una proporción de 0.72, viendo los dos datos veremos que el porcentaje de positividad para S.R. es elevado en el Hospital M. DE J.S.

Este puede deberse a que hay una alta incidencia de tuberculosis entre los consultantes con síntomas respiratorios que asisten a la Consulta Externa del Hospital M. DE J.S., o puede ser a que el Hospital es el único que cuenta con laboratorio y microbiólogo, por lo que la mayor parte de los Centros de Salud, inclusive el de Morazán y El Negríto, que tienen que remitir sus pacientes al C de S. de El Progreso, estos asisten al Hospital M. DE J.S.

Además existe un parámetro importante el cual es la proporción de S.R. en el total de consultas a pacientes mayores de 15 años que es de 0.1, en nuestro estudio esto ~~no~~ se cumple, ya que de 101 S.R. detectados entre 8350 adul-

tos, se encontró una proporción de 0.012 que ^{no} va de acuerdo con el parámetro anterior (ver Normas del Programa de control de la T.B.) Otro dato importante y que va ligado con el S.R. es el de la baciloscopia, siendo el número promedio de muestras para el diagnóstico por cada S.R. de 2, esto no se cumple en el Hospital " M.DE.J.S. ya que a los 101 S.R. se les practicaron 116 baciloscopías, o sea 1.14 baciloscopías por paciente, siendo detectados 80% con la primera baciloscopia y 95% con la segunda baciloscopia, con lo que se puede inferir que, de 20 baciloscopías positivas, que corresponden a 22.4 (o sea el 80%), con la primera baciloscopia y 5.6 con la segunda baciloscopia (que equivale al 20%) en conclusión que si se hubiesen hecho la segunda baciloscopia el porcentaje de positividad hubiera sido mayor.

Se encontró una tasa de positividad por este medio de 24.13% comparado con la tasa de positividad por Rx., que fue de 65.78%, observando una diferencia notable en cuanto a utilización de medios diagnósticos.

En cuanto a los síntomas y signos, la tos con expectoración es el síntoma característico no patognómico de la T.B. y si va seguida de Hemoptisis refuerzan más el diagnóstico de T.B. ya que en nuestro medio así se considera hasta que no se demuestre lo contrario.

Con relación al tratamiento y específicamente al abandono del mismo en el Hospital M. DE J.S., se encontró una tasa de abandono del 10.9% comparada con la Tasa de abandono de la Región que fue de 18% en el año de 1979, considera-

mos, que a pesar de las dificultades en cuanto al acceso para aquellos pacientes que viven alejados del Hospital, esta tasa es buena.

Se introducirá un apartado que por su carácter teórico debe ser analizado de esa forma y es el que corresponde: a los problemas y las deficiencias con relación a la captación del S.R. en el Hospital " M. D. I.S. "

En primer lugar comenzaremos diciendo que en el Hospital no se cuenta con una programación adecuada para la localización de casos, ya que el paciente tosedor se trata como cualquier paciente que asiste a la C.I. debiéndosele dar un trato especial porque es un paciente especial, además que el programa de Tuberculosis es llevado por enfermeras y no por médicos.

Y se llevó a la práctica sólo en los primeros meses del año, realizándose encuestas para la localización de casos en barrios de Yoro; porque luego fueron canceladas. Debido a esto es que se inició el presente estudio, para tratar de mejorar dicho programa, introduciendo la baciloscopia como examen de emergencia y de esa forma evitar que pacientes que llegan de lugares distantes al no haber aprovechados, ya que estos pacientes no iban a regresar solo por un examen.- Con la ayuda del Microbiólogo se mejoró el control de calidad de las baciloscopías.

Otro inconveniente que nos encontramos fue en el registro de pacientes con Tuberculosis en tratamiento, el cual no se lleva en las tarjetas que recomienda el Ministerio de Salud, sino que se llevan en papel de oficio, habiendo casos en que los expedientes no se encontraban, además que

la enfermería de la sala del Departamento de Neumología sabe muy poco acerca del programa ya que no se les brinda curso de actualización, lo anterior se confirmó como un examen que se le administró, obteniendo un puntaje de 5.7 de una puntuación de 20, también que en dicha sala hacen rotaciones cada 2 meses persistiendo dicha anomalía.

El anterior examen también se les administró al personal médico y enfermeros profesionales, obteniéndose los siguientes resultados.

De 7 médicos los resultados oscilaron entre 14.28 a 17.14 de una puntuación de 20, teniendo un nivel de conocimientos acerca del programa de bueno a muy bueno.

Dentro de las enfermeras los resultados oscilaron entre 11.14 a 5.7, teniendo conocimientos poco regular.

En general se sabe poco acerca de los conocimientos acerca del programa; pero no se le da la práctica.

Otro de los problemas de conocimiento, fue con la escasez de material para la aceptación de muestras de esputo, ya que en el transcurso del año se recogió una muestra de esputo en un recipiente inadecuado, por lo que se recomiendan las Normas también a veces problemas con el suministro de medicamentos, ya que como se sabe en la sala aproximado del número de pacientes S.F. que se atienden llegan a la C.E. del Hospital estos se terminan, por lo consiguiente perjuicio para los pacientes, como sucedió en el presente, que no fue administrado de acuerdo a los planes del año habiéndose cambiado el esquema de tratamiento a Myambutol, Hain y Estreptomicina que por el momento predominó.

En el laboratorio se presentaron problemas, ya que no se lleva un registro adecuado de las Baciloscopías, en donde tuvimos muchas dificultades para poder determinar el número de Baciloscopías hechas en el año.

Con todo y lo anterior se llevó a cabo dicho estudio porque consideramos que una enfermedad que diezma a la población y conlleva pérdida de dinero, si no hay una planificación adecuada, merece el trato que merece.

IX.-

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A.- CONCLUSIONES

El presente estudio ha permitido analizar el problema del paciente Tuberculoso, estudiándolo desde su focalización hasta su confirmación por laboratorio, radiografía y clínica.

Encontrándose un porcentaje ^{NO} adecuado de localización de casos. en nuestro estudio fue de 0.012% que ^{NO} va de acuerdo a las normas; pero que éste podría ser mayor si hubiese más supervisión por parte de la División de Epidemiología, encargada del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis a Nivel Nacional.

B.- Que de 8350 adultos que llegaron a la Consulta Externa. 101 fueron Sintomáticos Respiratorios y de estos 73 fueron Tuberculosos lo que nos da una tasa de Incidencia anual de 1.20% S.R. detectados y una tasa de Incidencia anual de Tuberculosis entre los adultos que asisten a la C.E. de 8.7/1000 habitantes. Además una tasa de mortalidad entre los S.R. de 72% los datos anteriores nos revelan el estado actual de la Tuberculosis en el Hospital " M. de J.S. "

C.- Laboratorialmente se utilizó la Baciloscopia como el examen más apropiado para el estudio de la Tuberculosis en el " H. de J.S. " en el Hospital " M. de J.S. "

solo se hizo una Baciloscopia por cada S.R. lo que equivale a 1.14 para 101 S.R. detectados, es decir el 0.14% es el porcentaje que se encontro para la segunda Baciloscopia.

Además dicho examen se subutilizó, ya que de 73 positivos solo 28 fueron detectados por Baciloscopia con una tasa de positividad de 24.1%, para 116 Baciloscopias que se practicaron a los 101 S.R. detectados.

Visto lo anterior observamos que la Baciloscopia se utilizó con un porcentaje de 38.3%, comparado con los otros medios diagnósticos que obtuvieron un porcentaje de 61.7% entre la Clínica y la Radiografía. Aparentemente existe más confianza, de parte de los médicos del Hospital M. de J.S. a la clínica y a la Radiografía, esto puede deberse a la dificultad para el reporte de las baciloscopias, por lo que se hicieron diagnósticos en base a estos medios que se consideran como no confirmados.

- D.- Que el esquema que predominó en el tratamiento anti-tuberculoso fue el de Hain, Estreptomicina y Myambutol; pero que los resultados de su aplicación no fueron analizados, solo descritos y que pueden dar la pauta para otro estudio en relación al mismo.
- E.- Que el problema de la T.B. en esta área es serio, si tomamos en cuenta que, probablemente, algunos hospitales incluyendo el de Yoro, no cuentan con una pro-

gran cantidad de material para determinar la cantidad necesaria de material y los materiales que se utilizaran durante el estudio.

- F - El costo del plan de tratamiento no es tan serio como el de "D.S." aparentemente hay poca dificultad en la obtención de sus medicamentos, los que agotan a los que han conciencia de su enfermedad. La tasa de atención en el Hospital "M. de J. S." es de 1.000 por día, con la tasa para la Región No. 1 de 1.000 por día, lo que se puede considerar un buen resultado.

RECOMENDACIONES

- A.- Fomentar campañas por parte de la División de Epidemiología para concientizar al público de la ventaja que tiene el examen de esputo comparada con la radiografía.
- B.- Realizar estudios relacionados con el programa de Tuberculosis en los diferentes hospitales del país, por parte del Ministerio de Salud, a través de la División de Epidemiología, para que de esa forma ahorren recursos como: Medicamentos, laboratorio y Radiografías.
- C.- Organizar un grupo multidisciplinario en el cual se involucren: Hospitales, Neumólogos, Epidemiólogos, Médicos, Enfermeras, Maestros y Gobierno para de una vez por todas atacar el problema de la Tuberculosis en una forma general.
- D.- Evaluar los esquemas de tratamiento anualmente por parte de la División de Epidemiología, encargada del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis a nivel Nacional, dependiente del Ministerio de Salud, para determinar sus ventajas y desventajas.
- E.- Mejorar el suministro de medicamentos por parte del Almacén o de la oficina encargada de la distribución de medicamentos, para mantener la cantidad necesaria en los Hospitales y de esa forma no descontinuar el tratamiento en los pacientes.

F.- Implementar proprogramas dirigidos al sector agrícola ya que TORO cuenta con grandes extensiones de tierra fértil.

También programas educacionales, para alfabetizar al campesino y pueda obtener los beneficios de la Educación.

Además programas que involucren al sector Salud para mejorar el nivel de salud del campesino.

X.-

R E S U M E N

A pesar de que la frecuencia y mortalidad de la Tuberculosis han presentado un sustancial descenso a nivel mundial, (5% anual, ver Cap. IV), en nuestro país no sucede así, ya que sí hay un descenso; pero porque ha disminuido la detección de casos y el problema siempre existe, o sea el descenso en nuestro medio es ficticio.

Esta enfermedad mantiene un importante reto diagnóstico, su reconocimiento rápido, a través de la localización de caso y el examen de esputo respectivo, comporta generalmente la cura con una mínima ruptura del trabajo y compromisos familiares del paciente.

El paso más importante en el establecimiento del diagnóstico de la Tuberculosis es pensar en la enfermedad como del mal del paciente.- Una vez se ha incluido la Tuberculosis en la lista de diagnósticos diferenciales, entonces se puede emprender los pasos adecuados para establecer su presencia o excluirla.

Como se puede ver en la nota anterior la forma secuencial para llegar al diagnóstico de la Tuberculosis es importante ya que si se desconoce cualquiera de los mismos, en la mayor parte de los casos se dará un diagnóstico desacertado, además es básico conocer su evolución desde el punto de vista del cuadro clínico.

En nuestro estudio se detectaron 101 Sintomáticos Respiratorios de un total de 8350 consultantes adultos que asistieron a la Consulta externa del Hospital "Manuel de Jesús Su birana", en el Departamento de Yoro, de entre los 101 S.R. 73 resultaron positivos, los cuales fueron diagnosticados por Baciloscopia en número de 28, por Radiología 25 y por Clínica 20.

Además de lo anterior, se obtuvo la tasa para Sintomático Respiratorio que fue de 1.20% con una proporción de 0.012, que nos revela una proporción baja de detección, para un porcentaje de positividad de 72.27%, lo que significa, que hubo problemas para la captación del Sintomático respiratorio en el Hospital, no así para el diagnóstico.

El anterior estudio se llevo a cabo en el año de 1982, haciéndolo de una forma retrospectiva y con un método Descriptivo.

Expongo el presente trabajo para que sea analizado y estudiado en la mejor forma y él que lo haga saque sus propias conclusiones.

XI.- CUESTIONARIO PARA VALORAR EL GRADO DE CONOCIMIENTOS DE LAS
NORMAS DEL PROGRAMA DE LA TBC PARA MEDICOS Y ENFERMERAS

1-) Conoce de la existencia del control del programa de la
T.B.C. en el Hospital M. de J.S. Si No.

I N S T R U C C I O N E S

Encierre en un circulo la alternativa que considere correcta,
solo una es correcta.

2.- Se considera como sospechoso respiratorio por Tuberculosis pulmonar a:

a-) Paciente mayor de 15 años de edad con tos productiva de 5 días de evaluación.

b-) Pariente de cualquier compañero de trabajo de paciente tuberculoso.

X-) Paciente mayor de 15 años con tos productiva de más de 15 días de evolución.

d-) Paciente mayor de 15 años de edad con tos productiva de más de un mes de evolución.

3.- Al paciente que se considera sospechoso de T.B.C. pulmonar en nuestro medio se le debe investigar inicialmente:

a-) Rayos "X" de tórax

★-) Baciloscopía de esputo

c-) Fotofluoroscopía

d-) Tuberculina

e-) Cultivo de esputo

4.- De acuerdo a las normas de tratamiento de T.B.C. al paciente virgen, se le puede indicar el siguiente tratamiento:

★-) Estreptomina 1g. 1m. durante 8 semanas, más diateban un comprimido diario por dos meses y luego se continua con Estreptomina e INH hasta completar 12 meses, bisemanal.

b-) Estreptomina 1g. 1m. más PAS 12g. más 300mg. diarios por un año.

c-) INH 300mg. rifampicina 300mg. Bid, más Etambutol 1200mg. por 6 meses.

d-) Estreptomina por 1g. diario mas 1 tableta de diateben diaria por un año.

5.- Al paciente diagnosticado por T.B. Pulmonar y que recibe tratamiento se le debe practicar el siguiente seguimiento:

a-) Rayos "X" de tórax cada 6 meses

b-) Baciloscopía y Rayos "X" cada cuatro meses

- c.- Baciloscopia cada 3 meses en el primer semestre y luego un examen el siguiente semestre
- ✕.- Baciloscopia cada dos meses en el primer semestre y cada 3 meses en el segundo semestre.
- e.- Ninguna de las anteriores.

6.- La Quimioprofilaxis se administra de la siguiente forma:

- a.- Estreptomicina 1g. 1m. diario por 6 meses
- b.- INH 10mg./kg diario por 3 meses
- ✕.- INH 10mg. /kg diario por 6 meses
- d.- Diateben 1 tableta diaria por 6 meses
- e.- Ninguna de las anteriores

7.- En relación al cambio de droga, éste debe ser de la siguiente forma:

- a-) Si el paciente se queja de náuseas y vómito durante los 3 primeros meses
- b-) Si el paciente continúa con esputo positivo a los 3 meses despues de consultar con el neumologo de la Región.
- ✕-) Si el paciente continúa con esputo positivo a los 6 meses despues de consultar con el neumologo de la Región.

TOMADO DEL TRABAJO DE TESIS DEL BR. GERARDO A. CAMORIANO

XII.-

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

LIBROS Y REVISTAS

- 1.- AMERICAN THORACIC SOCIETY ADOPTED BY THE ATS EXECUTIVE COMMITTEE, NOVEMBER 1980. " Diagnostic Standard and Clasificación of Tuberculosis and other Mycobacterial Diseases (14Th Edición) Am. Rev. Resp. Dis. 123 (2): 343-58, March. 1981.
- 2.- BRITISH MEDICAL RESEARCH COUNCIL STUDY EAST AFRICA.
" Controlled Clinical trial of five short course (4 month) Chemo therapy regimens in Pulmonary Tuberculosis" AM.Rev. Resp. Dis. 123(2) 165-170, Feb 1981.
- 3.- BULLA, A. " Revisión de la Morbilidad y de la Mortalidad por Tuberculosis en el Mundo (1967-1971-1977), Basada en las Informaciones Oficiales" Boletín de la Unión Internacional contra la tuberculosis, 56(3-4): 121-127, Sep.-Dic. 1981.
- 4.- BOLETIN EPIDEMIOLO. OPS/OMS. " Tuberculosis en las Americas" 2 (56): 1981. Tegucigalpa

- 5.- BERTINI, M. CETRANGELO, C. CICONETTI J.S. DEODATO, F. FRIEDMAN, S. D'ORTO R. SLOBODIANIK, N. " Interacción Entre Estado Nutricional e Infección Tuberculosa", Estudio en Adultos a través de Indicadores Bioquímicos MEDICINA (Buenos Aires); 40(1): 15-20, Enero-Feb. 80.
- 6.- CECIL-LOEB. Tratado de Medicina Interna México, D.F. Editorial Nuevo Editorial Interamericana, S.A. de C.V. Décima Tercera Edición 1972.
- 7.- DR. DANIEL, T.M. " The Immune Spectrum in Patients with Pulmonary Tuberculosis ", Am. Rev. Resp. Dis. 123(2): 556-559 Feb. 1981.
- 8.- DR. GARCIA, YANUARIO. Situación de la Tuberculosis Pulmonar en Honduras y Evaluación de las Actividades del Programa de Control, año 1979 Tegucigalpa, Ministerio de S.P. y A.S. Departamento de Enfermedades Transmisibles Crónicas, Programa de Control de Tuberculosis, 1980.
- 9.- HARRISON. Medicina Interna México D.F. Cuarta Edición Español 1973.

- 10.- JING-JIA, HAN & SHENG LI, LONG. "Tuberculosis Control"
American Journal of Public Health, 72(9): 48-49, Sept.
1982.
- 11.- KIBLAWI, S.O. SALEM JAY STEPHINS, S. NORTON JAMES STONE
HILL ROBERT H. "Chest Response of Patients on Therapy
for Pulmonary Tuberculosis " Am. Rev. Resp. Dis. 123(5)
120-24, Feb. 1981.
- 12.- LEEFF, ALAN P. "Tuberculosis Chemotherapy Practices in
major Metropolitan Health Departments in the United
States. Am. Rev. Resp. Dis. 123(2): 176-180, Feb 1981.
- 13.- DR. LUELMO, FABIO. Control de Tuberculosis en América
Latina. Manual de Normas y Procedimientos para programas
Integrados OPS/OMS, #2715, año 1979.
- 14.- MARADIAGA, F. GERARDO MARCIAL. Evaluación de las Acti-
vidades de Detección y Tratamiento de la Tuberculosis
Pulmonar en la Consulta Externa del Hospital Tela Inte-
grado en el período comprendido de julio 1979-1981 Te-
guicigalpa, 1981.

- 15.- MANUAL DE NORMAS. Programa de Control de la Tuberculosis División de Epidemiología del Ministerio de S.P. y A.S. 1982
- 16.- OFICINA DE ESTADISTICAS, HOSPITAL " MANUEL DE JESUS SUBIRANA", Yoro 1982.
- 17.- YANEZ, ALVARO VALENZUELA PEDRO. " Tratamiento abreviado de la tuberculosis una experiencia en grandes ciudades. OPS/OMS 92(2): 127-142 Feb. 1982.