

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

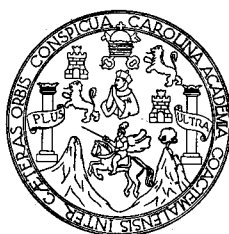
*PROBLEMA MEDICO SOCIAL DEL
TUBERCULOSO CRONICO Y
DEL IRRECUPERABLE*

Tesis presentada a la Junta Directiva de la Facultad de
Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de
Guatemala, por el Bachiller

DAVID HELVIDIO ARROYO HERNANDEZ

en el acto de investidura de

MEDICO Y CIRUJANO



Guatemala, septiembre de 1964

PLAN DE TESIS

INTRODUCCION

GENERALIDADES SOBRE TUBERCULOSIS PULMONAR

CLASIFICACION CLINICO-RADIOLOGICA

PROBLEMA DEL TUBERCULOSO CRONICO: FACTORES
QUE INFLUYEN EN SU EVALUACION

PROBLEMA DEL TUBERCULOSO IRRECUPERABLE

Definición

Patología

Clasificación Anatomoclínica

Cuadro Radiológico

MATERIAL DE ESTUDIO

PORVENIR DEL TUBERCULOSO IRRECUPERABLE

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Es de todos conocido el problema que, en nuestro medio, representa la tuberculosis pulmonar; por lo tanto no quiero insistir analizando detenidamente este terrible mal. Sin embargo, quiero poner énfasis en que el tipo de pacientes que analizamos para efectuar este trabajo, repercute profundamente sobre el nivel social y económico del hogar, constituyendo además un delicado problema de Salud Pública.

La gran mayoría de pacientes irrecuperables tienen prolongadas estancias dentro del ambiente hospitalario, alejándolo lógicamente de su hogar por tiempo indeterminado; producen un duro golpe en el aspecto económico; se pierde, aun cuando sea temporalmente, la integridad hogareña; hay disminución de brazos para la sociedad y no digamos cuando quien falta es el padre o la madre por tantos años; se desquicia la estructura fundamental del hogar repercutiendo grandemente en la formación, unión y amor hacia los hijos; agravándose doblemente cuando la madre ayuda al sostenimiento del hogar.

Si desde el punto de vista hogareño, que es el principal pilar de nuestra sociedad, acarrea grandes trastornos, otro tanto podemos decir en cuanto a Salud Pública se refiere.

El irrecuperable es un paciente que en sus largas estancias y por factores que más adelante se analiza-

rán, evoluciona desfavorablemente y que más tarde, por mayores esfuerzos que se hagan, sólo se conseguirá brindarle una medicina paliativa, la que desafortunadamente no producirá una recuperación ad integrum, siendo la culminación que una infección intercurrente, una hemoptisis u otros factores pongan fin a su existencia.

En realidad para este tipo de pacientes pierden su finalidad práctica los centros sanatoriales, porque las camas ocupadas por tiempo prolongado o indefinido darían mejores frutos para pacientes que ameriten estancias cortas y sobre todo susceptibles de salir inactivos. No quiero con esto pedir que se niegue atención al irrecuperable pero sí, como veremos en el transcurso de este estudio, habilitar pabellones especiales para dichos casos, ya que no es desconocida la gran cantidad de personas tuberculosas que deambulan por las calles, siendo muchas de ellas susceptibles de curación rápida, ya sea médica o quirúrgicamente y que, por no seguir un régimen sanatorial, caminan hacia la irrecuperabilidad, siendo además un peligro de contagio para la sociedad.

Para concluir quiero manifestar que los casos revisados corresponden a pacientes adultos, hospitalizados en este sanatorio "San Vicente" y es mi deseo poder obtener conclusiones tanto para el paciente como para el Sanatorio.

GENERALIDADES SOBRE TUBERCULOSIS PULMONAR

El agente causal de la tuberculosis fue descubierto por Roberto Koch en 1882, pertenece al género *Mycobacterium*. La característica sobresaliente de este género es la "acidorresistencia", refiriéndose ésto a su afinidad particular por ciertos colorantes de anilina, especialmente la fucsina fenicada.

Tuberculosis primaria

Definición: Es el proceso morboso, que sigue directamente y sin interrupción a la primera implantación del bacilo tuberculoso. En la gran mayoría es por inhalación del bacilo. El foco primario se sitúa ordinariamente en las partes inferiores de los lóbulos superiores o en las superiores de las inferiores, en la mayor parte es única pero puede haber focos múltiples.

Durante su primera etapa los bacilos son llevados por los conductos linfáticos hacia los ganglios linfáticos regionales broncopulmonares, produciendo en ellas lesiones caseosas; produciendo en conjunto el "complejo primario" (foco neumónico o neunocaseoso) en el tejido pulmonar y uno o más focos en los ganglios linfáticos tributarios.

Evoluciones que puede sufrir el complejo primario

- 1 Encapsulación por tejido fibroso
- 2 Calcificación o aun la osificación
- 3 En menor número de casos, cuyo por ciento es difícil de estimar, principalmente en niños, el complejo primario se hace progresivo (o tiene una evolución progresiva). En este caso el bacilo tuberculoso puede extenderse por contigüidad, produciendo extensas neumonías en el sitio de infección primaria, a veces con excavaciones. Posteriormente las vías de diseminación pueden ser varias: broncogénica, linfática, hematogénica.

En los casos en que cicatriza, el complejo primario puede dejar dos secuelas:

- 1 Focos calcificados del parenquima y de los ganglios linfáticos regionales, que pueden contener bacilos viables (complejo primario calcificado).
- 2 El organismo queda únicamente alérgico, es decir que sus reacciones al bacilo tuberculoso o a sus productos metabólicos, se han alterado, hecho demostrable con las pruebas tuberculinicas.

Fase de reinfección

La tuberculosis de reinfección es la que suele verse en los adultos, con reacciones histológicas exudativas y productivas, siendo características la casei-

ficación y excavación cuya curación origina a menudo fibrosis en diversos grados de extensión.

Los bacilos reinfectantes pueden derivar de cuatro fuentes potenciales:

- 1 Pueden penetrar al organismo del exterior (infección exógena).
- 2 El foco primario pulmonar puede romperse y descargar bacilos directamente dentro de otras regiones pulmonares.
- 3 El foco primario es un ganglio linfático regional que al caseificarse puede romperse dentro de un bronquio, produciendo bronconeumonía tuberculosa por aspiración.
- 4 Los bacilos de un foco primario activo ganglionar pueden alcanzar el pulmón u otras partes del cuerpo por vía linfática o por el torrente circulatorio, dando focos únicos o múltiples.

Independientemente del mecanismo por el que se produce la reinfección del tejido pulmonar, la primera lesión que se produce consiste ordinariamente en uno o más focos neumónicos. El porvenir de esta lesión se define hacia la progresión o la regresión.

Los progresos se efectúan por extensión, por contigüidad, por degeneración caseosa y por excavación; el peligro de esta última estriba en la producción de descargas bacilíferas que constituyen el vehículo para la diseminación en otras partes de los pulmones, laringe, intestinos, etcétera.

La tuberculosis pulmonar crónica se caracteriza por la diseminación broncogénica; muchas lesiones de nueva formación pueden empezar como focos exudativos. El desarrollo potencial de estas lesiones es hacia la degeneración caseosa, la liquefacción, la excavación o la fibrosis y más raramente la calcificación tardía.



CLASIFICACION CLINICO-RADIOLOGICA

Existen varias clasificaciones tanto clínicas como radiológicas. La que aquí expondremos es la que se utiliza en el sanatorio San Vicente, lo cual nos hará más fácil comprender definiciones que más adelante encontraremos; se usa en casi toda la América y fue hecha por la Asociación Nacional de Tuberculosis de los EE. UU.

Clasificación radiológica

- 1 Tuberculosis pulmonar mínima uni o bilateral.
- 2 Tuberculosis pulmonar moderada uni o bilateral.
- 3 Tuberculosis pulmonar avanzada uni o bilateral.
- 4 En último lugar, puede colocarse la TBC hematógena dado lo esporádico de los casos de este tipo que se hospitalizan.

Mínima

Definición: Ligeras lesiones sin caverna demostrable y limitadas dentro de una pequeña área de uno o ambos pulmones. La extensión total de las lesiones, cualquiera que sea su distribución, no deberá exceder al equivalente del volumen de tejido pulmonar que

queda arriba de la segunda articulación condroesternal y la espina del cuerpo de la cuarta o quinta vértebra dorsal sobre uno de los lados.

Moderada

Pueden estar invadidos uno o ambos pulmones pero la extensión de las lesiones en total no deberá exceder de los siguientes límites:

- 1 Ligeras lesiones diseminadas que se pueden extender sobre no más del volumen de un pulmón o de su equivalente en ambos pulmones.
- 2 Lesiones densas y confluentes que se pueden extender sobre no más del equivalente de una tercera parte del volumen de un pulmón.
- 3 Cualquier graduación dentro de los límites señalados anteriormente.
- 4 Cuando hay cavernas, su diámetro total estimado no debe exceder de cuatro centímetros.

Muy avanzada

Lesiones más amplias que las señaladas en la moderada.

Clasificación clínica

Esta se usa para designar el estado de actividad o dinamismo de la enfermedad.

- 1 Inactivo.
- 2 Activo.

Inactiva

Las lesiones observadas en radiografías seriadas deben ser estables por 6 meses o más y no debe hallarse prueba de excavación ni observarse síntomas. Si hay esputo no debe encontrarse en él bacilo tuberculoso en exámenes repetidos, no sólo por concentración y estudio microscópico, sino también en cultivos e inoculaciones. Si el paciente no expectora, el lavado gástrico o lavado bronquial debe someterse a cultivo o inoculación.

Todas las condiciones anteriores deben haber existido anteriormente durante un lapso mínimo de 6 meses.

Al catalogar de inactivo a un paciente no significa curación radical sino que ha llegado a una fase de estabilidad que le permite mayor actividad personal.

Activa

Las lesiones observadas en radiografías de casos activos suelen ser progresivas o regresivas. El esputo y el contenido gástrico casi siempre demuestran la presencia del bacilo de Koch, aunque a veces no se encuentre ni en exámenes de cultivo e inoculación, posiblemente por que han recibido con anterioridad tratamientos más o menos prolongados.

PROBLEMA DEL TUBERCULOSO CRÓNICO: FACTORES QUE INFLUYEN EN SU EVALUACION

Consideramos que el problema del tuberculoso crónico y del irrecuperable son dos temas que deben estudiarse conjuntamente, dado que el segundo es consecuencia del primero.

¿Qué debemos entender por tuberculoso crónico? Es aquel paciente en quien, a pesar de la terapéutica que se ha mantenido por más de un año, no se ha observado una respuesta favorable; cuya evolución se ha detenido conservando inalterables las imágenes radiológicas y que bacteriológicamente puede también permanecer positivo. Y en quien ese estado se prolonga a dos, tres, cuatro o más años.

¿Qué factores influyen para producir ese estado de cronicidad o mejor dicho que cronifican a estos pacientes?

- 1 En primer término y sin lugar a dudas hay un factor somático, individual, por el que el organismo es incapaz de responder eficazmente a la acción de las drogas, aun a la del reposo y a la de la Cirugía.
- 2 Como segundo factor de cronicidad debemos pensar en la propia terapéutica, ya que los productos farmacéuticos usados en los últimos tres lustros han prolongado la vida de los pa-

cientes y, como decimos antes, un elevado por ciento no responde favorablemente a su acción.

- 3 En tercer término los tratamientos irregulares, es decir los que no son seguidos constantemente y aquí debemos considerar como causa fundamental de esa irregularidad, las faltas a la disciplina que están condicionadas, como nos consta, por la propia conducta del enfermo que muchas veces no se adapta al medio hospitalario en que se desenvuelve.
- 4 Otro factor no menos importante y digno de tomarse en cuenta es la conducta del personal auxiliar, ya que sabemos que dicho personal fomenta la indisciplina, entrándoles bebidas alcohólicas, permitiéndoles la salida fuera del reglamento o por lo menos pasar estas salidas sin reportarlas. En una palabra, tolerando ciertas faltas a los pacientes.
- 5 Otro factor sobre el cual debemos poner mayor atención es el de los tratamientos mal conducidos desde el principio de la enfermedad, dirigidos por médicos no fisiólogos.
- 6 Desde luego y como factor primordial de cronicidad tiene lugar predominante el tipo de lesión; sabemos que las formas mínimas curan en un cien por ciento; las moderadas en un por ciento menor pero siempre por encima del 60 al 70 y las muy avanzadas que durante el primer año de hospitalización no se han resuelto o estabilizado con bacteriología negativa, están condenadas a la cronicidad y en un próximo período a la irrecuperabilidad.

- 7 Hay también otro elemento básico en la producción de la cronicidad, cual es la de aquellos enfermos cuya situación económico-social, sobre la cual no insistiremos, ya que es de todos conocido este grande y grave problema; pero a ello se agrega la ignorancia de los enfermos y sus familiares, que dejan evolucionar una "tosesita" a veces por años, sin buscar el consejo del médico, o en lugares remotos, a alguna persona capaz de guiarlos (párrocos, maestros, etcétera). Este factor nos hace pensar, ya que por ahora es imposible pedir, en el funcionamiento de Centros de Salud con personal idóneo que pueda guiar a estas gentes hacia la búsqueda de un diagnóstico temprano, al menos de probabilidad.
- 8 Las enfermedades asociadas son un factor que necesita ponerse en evidencia y tenerse siempre en la mente, ya que contribuyen a la cronificación de la tuberculosis; podemos citar, como ejemplo: anemia, desnutrición, neumoniosis, silicosis y principalmente diabetes.
- 9 ¿Qué podemos decir del médico? ¿Qué responsabilidad tiene frente a la cronificación del tuberculoso?

Sí la tiene, y a veces grande: cuando prescribe un tratamiento incorrectamente; cuando abandona a su paciente, cuando no se acerca a él para infundirle confianza, para enseñarle que su enfermedad tiene curación, para instruirlo frente a los peligros que representa para su familia y para el mundo que lo rodea; para atenderle en sus problemas de cualquier ín-

dole, tratando de comprenderlos y ayudarle a resolverlos, aconsejándoles, guiándolos.

- 10 En cuanto a la cultura es un factor de tener muy en cuenta, ya que el analfabetismo o el semialfabetismo es el patrimonio de casi 80% de nuestros enfermos.

Y esto no ocurre sólo en nuestro país, ya que en Uruguay publican con extrañeza que entre los tuberculosos pensionados se encontró el 71% de analfabetos; siendo este país de los que cuentan con un alto nivel de alfabetos.

Es posible que algunos factores más, capaces de concurrir a cronificar a nuestros pacientes, hayan escapado a la memoria, pero creemos que los enumerados son suficientes para abrir la gran interrogante:

¿Cómo evitar o al menos disminuir la enorme cantidad de tuberculosos que deambulan por todo el país?

Resumiendo para no entrar en mayores detalles:

- 1 Combatiendo el analfabetismo y la ignorancia en la gran mayoría de la población, es decir, culturizando al pueblo; problema enorme que necesita el concurso de grandes elementos.
- 2 Educando al personal auxiliar de la lucha antituberculosa, de modo que sea un valioso colaborador del cuerpo médico.
- 3 Instruyendo a través de cursos de postgraduados o en cursillos periódicos dedicados al

médico general para que sepa encarar el diagnóstico y tratamiento tempranos de la enfermedad, ya que un tratamiento bien conducido, nos da un por ciento halagador de curaciones efectivas. Evitar esta causa, estará pues, en manos de la cátedra de Tisiología, la cual debe ampliar su campo de acción, ya que si la tendencia actual de la Tisiología es hacia el sanitarismo, no es menos cierto que, en nuestro medio, aún debe persistir de pie la Tisiología Clínica, mientras nuestros índices de morbilidad permanezcan tan elevados.

PROBLEMA DEL TUBERCULOSO IRRECUPERABLE

Definición

Según la Academia Española de la Lengua, enfermo irrecuperable es aquel individuo que sufrió una enfermedad y no tuvo una *restitutio ad integrum* ni anatómica ni funcionalmente. En otros términos, es un organismo que habiendo sufrido el ataque de una enfermedad, tuvo reacciones defensivas leves, sus tejidos atacados no lograron vencer completamente las consecuencias de aquélla y por consiguiente dejaron un funcionamiento defectuoso o nulo.

El término irrecuperable en medicina implica, pues, dos condiciones esenciales: una anatómica y otra funcional, fisiológica. La anatómica está condicionada por las lesiones degenerativas o tal vez por etapas de transformación de los tejidos que no les permiten volver a su estructura normal u original; transformaciones o degeneraciones provocadas por la enfermedad, cuya naturaleza puede ser biológica (infecciones), física (calor, radiaciones, etcétera) o química (antisépticos, cáusticos, etcétera). Los tejidos así dañados, lógicamente no podrán funcionar posteriormente con la misma normalidad con que lo hacían antes de sufrir el ataque biológico, físico o químico.

Según esas consideraciones generales, el tuberculoso irrecuperable será aquel que bajo la influencia del *micobacterium* de Koch en los pulmones, conserve le-

siones degenerativas de tal grado o extensión, que la función respiratoria se halle comprometida en mayor o menor grado y que ese compromiso sea irreversible. En el tuberculoso irrecuperable debemos tomar en cuenta dos elementos de juicio y considerarlos como básicos para afirmar esa condición: la función respiratoria y las imágenes radiográficas. Sabemos que esos elementos son inseparables, que no pueden excluirse mutuamente, porque con cuadros radiológicos severos es imposible que no haya hipofunción respiratoria.

En relación a los cuadros radiológicos debemos considerar que los cuadros crónicos, consecuencia de lesiones fibrosas en parenquima o serosa, dejan deformidades orgánicas de carácter irreversible que influyen desfavorablemente sobre el funcionalismo pulmonar. Sabemos que una toracoplastia sola o acompañada de extirpación total o parcial del pulmón o bien sólo la exceresis parcial o total, contribuyen, al disminuir la cantidad de tejido, a producir el hipofuncionamiento respiratorio.

Una exceresis completa (neumonectomía) es un procedimiento que produce cierto grado de hipofunción respiratoria y es sin lugar a dudas, una de las causas de la irrecuperabilidad del enfermo tuberculoso, pues disminuyendo hasta un 40% de tejido funcional, dejará siempre una insuficiencia respiratoria.

En cuanto a la bacteriología es un medio de laboratorio que debe tomarse muy en cuenta para catalogar a un tuberculoso irrecuperable. La práctica nos enseña que hay pacientes con baciloscopia negativa y con extensas imágenes radiográficas de tipo irreversible y viceversa.

Un elemento que sí influye desfavorablemente, acortando la evolución fatal a que está condenado el

irrecuperable, es la pérdida de la sensibilidad del bacilo a los agentes antituberculosos, ya que, por lo que sabemos, un tuberculoso irrecuperable debe tomar de por vida algún medicamento a guisa de terapéutica protectora. Pero si a pesar de ello, la terapéutica es ineficaz, la cronicidad o irrecuperabilidad del enfermo tendrá que acentuarse paulatinamente.

La clínica también nos da elementos de juicio. Un pulmón seriamente lesionado y crónicamente mantenido en estado de disfuncionamiento tiene que manifestar su compromiso forzando al principio la función que le está encomendada, forzamiento que se traduce por el síntoma al principio y signo después, de disnea; disnea que paralelamente al aumento de las transformaciones de los tejidos va ganando diversos grados hasta llegar a la ortopnea, cuando algún episodio intercurrente no se ha anticipado al epílogo del cuadro.

Patología

La patología encontrada en los pacientes tuberculosos irrecuperables es básicamente la insuficiencia respiratoria. Este síndrome puede variar en mayor o menor escala, siempre dentro de límites subnormales.

La insuficiencia respiratoria se encuentra en los enfermos que presentan los siguientes síndromes:

Síndrome de condensación pulmonar; que comprende: síndromes agudos y síndromes crónicos; entre los agudos mencionamos la neumonía, la bronconeumonía, las congestiones pulmonares activas, etcétera.

Entre los crónicos mencionamos algunas neumoconiosis y la tuberculosis, principalmente en su fase evolutiva hacia la fibrosis, la cual es muy frecuente.

En segundo lugar, desde el punto de vista anatómico, se dividen en condensaciones puras y asociadas según que esté afectado sólo el pulmón, pulmón y pleura y pulmón, pleura y esqueleto.

Puede asegurarse que muchas lesiones tuberculosas conducen a la fibrosis, pero para que esto suceda, se precisa la formación de un foco activo exudativo, es decir que todas las formas fibrosas son secundarias, ya que en la actualidad no se acepta la división en una tuberculosis fibrosa primitiva y otra secundaria.

Clasificación anatomoclínica

Anatomoclínicamente se pueden dividir estas formas evolutivas en cuatro:

Fibrosa localizada
Fibrosa difusa
Tuberculosis fibrosa densa y
Tuberculosis cirrótica.

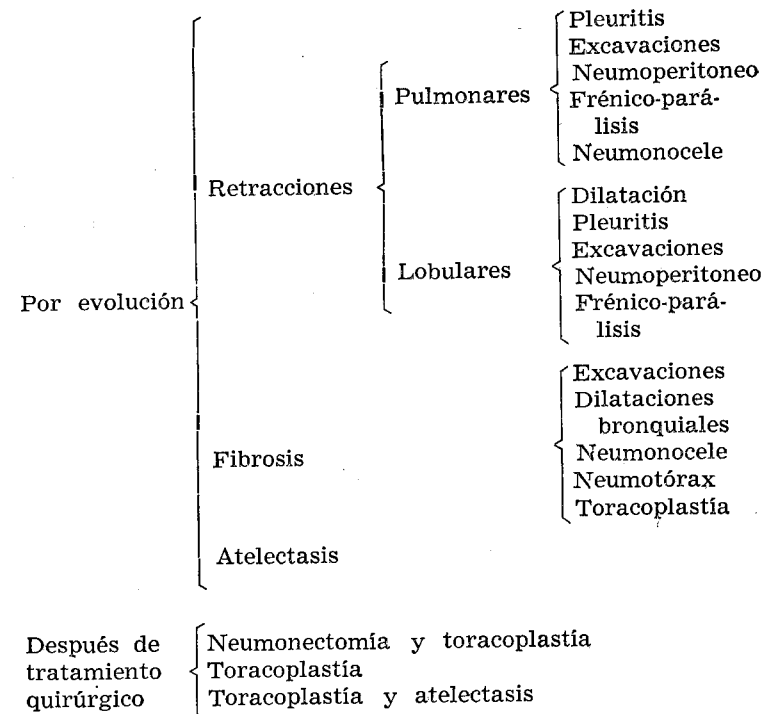
El líquido pleural al reabsorberse da comienzo a una esclerosis que no sólo alcanza la pleura sino también al parénquima, conduciendo con el tiempo a un complejo lesional retráctil con gran desviación mediastínica y neumonocele contra lateral.

En la necropsia encontramos, al levantar el peto externo-costal, el corazón desviado hacia el lado enfermo, la bolsa pericardial engrosada y soldada a la pleura, la cual está esclerosada. El otro pulmón puede no presentar el mismo proceso, pero su aspecto es diferente. Al seccionar el pulmón enfermo encontramos

fibrosis difusa y casi sin aire o bien poca fibrosis con algunas cavernas cuya pared se continúa con el parénquima pulmonar. Los bronquios están dilatados igual que los vasos. Las radiografías de estas formas permiten reconocerlas fácilmente.

Cuadro radiológico

Cuadro sinóptico de las imágenes radiográficas:



Este cuadro nos muestra en una visión global, las diversas imágenes radiográficas que encontramos en los casos estudiados. Bajo el rubro de evolución, agrupamos aquellas imágenes que, ya sea bajo la influencia de tratamientos médicos, de colapso y por el estado inmuno-alérgico de los pacientes, han dado cuadros radiológicos en relación con las transformaciones del tejido pulmonar, la pleura o el esqueleto. En un segundo grupo colocamos las imágenes encontradas como secuela de los tratamientos quirúrgicos.

MATERIAL DE ESTUDIO

Con el fin de lograr el presente trabajo hemos revisado para su debida clasificación y estudio estadístico 365 casos de pacientes hospitalizados en salas de medicina y cirugía, dejando de lado a los reclusos en salas de ortopedia y niños. De ellos 215 son del sexo femenino y 150 del masculino. Para mejor didactismo y comprensión del trabajo presentamos los diversos estudios en forma de cuadros, para luego hacer los comentarios correspondientes a cada aspecto del problema.

CUADRO 1

CLASIFICACION DE INGRESO

	Hombres	%	Mujeres	%
TBC Bilateral muy avanzada activa	128	85.34	204	94.88
" " moderada activa	12	8.00	11	5.12
Unilateral activa	8	5.34	0	0.00
mínima activa	1	0.66	0	0.00
Abceso pulmonar	1	0.66	0	0.00
Totales	150	100.00	215	100.00

En este cuadro podemos observar que en el departamento de hombres el 85.34% se clasifican como formas muy avanzadas activas bilaterales y en el de mujeres el por ciento es aún mayor, pues alcanza 94.88%. El comentario a este cuadro es muy pesimista puesto que globalmente el por ciento de muy avanzada bilateral se redondea en 90.95%. Y es pesimista porque desde el ingreso, este tipo de pacientes son los que contribuyen a aumentar el número de irrecuperables, agregado a otras condiciones que enumeraremos en el curso de nuestro estudio.

CUADRO 2

E D A D

	Hombres	%	Mujeres	%
14 a 20 años	19	12.66	18	8.37
21 " 30 "	36	24.00	75	34.88
31 40	39	26.00	57	26.51
40 más	56	37.34	65	30.24
Totales	150	100.00	215	100.00

El cuadro 2 es muy demostrativo, ya que vemos en él que solamente 12.66% de los hombres y 8.37% de las mujeres están comprendidos en la edad en que el individuo es menos productivo como capital humano. Por ende, encontramos 87.34% de los hombres y 91.63% de las mujeres comprendidos entre las edades en que la productividad humana es más intensa.

CUADRO 3
BACTERIOLOGIA

	Hombres	%	Mujeres	%
Positivos	57	38.00	96	44.65
Negativos	93	62.00	119	55.35
Totales	150	100.00	215	100.00

En el cuadro 3 que se refiere a la bacteriología encontramos que globalmente la positividad de hombres y mujeres llega sólo al 42%, mientras que la negatividad alcanza 58%. El papel que juega la bacteriología en nuestro estudio es importante, máxime si encontramos que algunos pacientes presentan resistencia a los agentes antituberculosos.

CUADRO 4
PROCEDENCIA

	Hombres	%	Mujeres	%
Capital	83	55.34	126	58.61
Departamentos	67	44.66	89	41.39
Totales	150	100.00	215	100.00

El cuadro 4 muestra que el por ciento de pacientes procedentes de la Capital alcanza apenas el 57%, mientras el de los departamentos llega a 43%. Pensamos que el por ciento procedente de los departamentos es bastante elevado, ya que debería ser más elevado o llegar al 100% de enfermos procedentes de la Capital o del departamento de Guatemala.

CUADRO 5

TIEMPO DE HOSPITALIZACION

	Hombres	%	Mujeres	%
— a un año	65	43.63	95	44.18
1 " 2 "	39	26.00	47	21.86
2 3	14	9.33	17	7.90
3 4	8	5.34	13	6.04
4 más	24	16.00	43	20.00
Totales	150	100.00	215	100.00

El cuadro 5 es también bastante demostrativo de la poca operancia del Sanatorio, ya que solamente 43% de los pacientes cumplen una estancia de un año o menor y que 57% la cumplen entre uno, cuatro y más años. El ideal será que por lo menos un 80% tuvieran estancias menores de un año. Consideramos que ello no es posible tanto por la clase de tuberculosis que se hospitaliza como por las condiciones socio-económicas de los enfermos.

Cuadro 6

CUADRO DE IRRECUPERABLES Y RECUPERABLES

	Hombres	%	Mujeres	%
Irrecuperables	45	30.00	72	33.48
Recuperables	105	70.00	143	66.50
Totales	150	100.00	215	99.98

Este cuadro nos muestra que el por ciento de irrecuperables es bastante elevado, ya que el ideal sería tener como irrecuperables un mínimo de 5 a 10%. Con el 5 a 10% sí podríamos decir que nuestro Sanatorio está llenando una función efectiva, aun cuando los por cientos encontrados en la realidad parezcan bajos o medianos, consideramos que, entre los pacientes calificados como recuperables puede haber otro por ciento que, encontrando elementos propicios para ello, puedan llegar a la irrecuperabilidad.

El problema con el tuberculoso irrecuperable, no es propiamente ese estado de irrecuperabilidad, pues ello constituye para él su problema en la insuficiencia respiratoria, secuela de ese estado. El problema es para los Sanatorios y en el nuestro especialmente donde un por ciento bastante elevado de estos pacientes están ocupando camas por tiempos bastante prolongados, siendo ello el principal motivo para que el movimiento de enfermos sea tan reducido. No pensamos ni remotamente eliminarlos del medio hospitalario, pero sí que

debemos buscar una solución a este serio problema haciendo pabellones *ad-hoc*, ya sea aquí o en los departamentos.

Es claro también que, por la índole de la enfermedad, el movimiento de pacientes sea escaso, pero sería un poco mejor si tuviéramos sitios para los irrecuperables y dejáramos el sanatorio o los sanatorios para dar mayor impulso a tratamientos más activos en aquellas formas que son susceptibles de recuperación a corto o mediano plazo.

PORVENIR DEL TUBERCULOSO IRRECUPERABLE

Ante la evolución de la tuberculosis hacia la irrecuperabilidad en cierto número de enfermos, debemos hacernos la pregunta:

¿Cuál es su porvenir?

Y tenemos que contestarla que ese porvenir desemboca hacia las fases siguientes:

- a) ocupar una cama en el Sanatorio por tiempo indefinido
- b) sufrir en una etapa de esa larga evolución de una hemoptisis que pueda ser fatal
- c) llegar a la caquexia tuberculosa, a la tisis crónica y morir, después de una larga agonía
- d) llegar, como llegan todos, a la insuficiencia cardio-respiratoria por haber hecho un cor pulmonar crónico y morir por la misma causa
- e) morir por una enfermedad intercurrente, que es la causa más remota.

Ese es el porvenir de estos enfermos, pero también debemos hacernos otra pregunta:

¿Cuál es el porvenir de los sanatorios en que un por ciento tan elevado de camas está ocupado por esa clase de pacientes...?

Debemos pensar seriamente en buscar una solución a este problema; debemos hacer una revolución, no diremos de los métodos usados actualmente, sino en la selección y diagnóstico para la hospitalización de los enfermos tuberculosos.

Creemos sinceramente que estamos estacionados. Pero también creemos, que habrá y tenemos que encontrar una solución para este problema del tuberculoso irrecuperable.

CONCLUSIONES

I

El enfermo tuberculoso irrecuperable, constituye un serio y enorme problema médico-social y sanitario.

II

Es problema médico, precisamente por esa misma condición de irrecuperabilidad, ya que alcanza una fase en que los medios de que se dispone actualmente llegan a ser ineficaces.

III

Es problema social porque una gran cantidad de las personas así atacadas disminuyen en diverso grado su concurso económico a la nación y a la familia.

IV

Es problema sanitario —que podemos calificar de enorme— porque muchísimos de estos pacientes ambulan por todos lados, diseminando la enfermedad, muchas veces a través de bacilos que ya han perdido la sensibilidad a los agentes antituberculosos.

V

En un por ciento elevado, la irrecuperabilidad está condicionada por la clasificación de ingreso, que es de muy avanzada activa.

VI

Los irrecuperables, en su mayoría, tienen en común: cuadros radiológicos estacionarios e irreversibles, tratamientos específicos muy prolongados y cuadros de insuficiencia respiratoria crónica.

VII

Otro factor que contribuye a aumentar los cuadros radiológicos y clínicos de los pacientes irrecuperables, en un por ciento elevado, es la pérdida de sensibilidad del bacilo a los tuberculostáticos.

VIII

El porvenir de estos pacientes es su cronificación hospitalaria, ya que con los medios actuales de que se dispone, no es posible la regresión de las lesiones. La terapéutica que se instituye es sintomática y específica con medicamentos de bajo costo, ya que deberán tomarlos de por vida.

IX

Con el por ciento elevado (32.08%) de irrecuperabilidad encontrado actualmente en el Sanatorio San Vicente, éste no llena su finalidad práctica y sobre todo la posibilidad de brindar curaciones a corto plazo.

X

La resolución de este problema es, indudablemente de base económica: se necesitan miles de camas para estos pacientes diseminados en el país, camas que deben ser de un costo bajo, de manera que los hospitales que funcionan actualmente, se dediquen a una terapéutica más activa de la tuberculosis pulmonar.

David Helvidio Arroyo Hernández

Dr. Fausto Aguilar Rodríguez
Asesor

Dr. Alfredo Barrascout
Revisor

Vº Bº,
Dr. Carlos Armando Soto
Secretario

Imprímase,
Dr. Carlos M. Monsón Malice
Decano

BIBLIOGRAFIA

- El problema del tuberculoso crónico y del irrecuperable.* Dr. Fausto Aguilar Rodriguez. Trabajo presentado en el II Congreso Médico Social, efectuado del 14 al 19 de julio de 1964.
- Problema del tuberculoso crónico.* Mesa redonda. Hoja Tisiológica. Pág. Nº 47. Tomo XXIII. Nº 1. Marzo 1963.
- Estándares para el diagnóstico y clasificación de la tuberculosis.* Comité Nacional contra la Tuberculosis. México D. F. 1964.
- Enfermedades del Tórax.* Dr. H. Corwin Hiwshaw y Henry Garland. Editorial Interamericana, S. A., 1957.
- Patogenia de la Tuberculosis.* Dr. Rich Arnold. Editorial Alfa, Buenos Aires, 1948.
- Tratado de Tisiología.* Drs. Amadeo Rey, Julio Pangas y Raúl Massé. Editorial El Ateneo.