

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

MIL CASOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR EGRESADOS DEL
PABELLON ANTITUBERCULOSO ANEXO AL HOSPITAL DE A-
MATITLAN

Trabajo de Tesis presentado por:

Gregorio Nery Sandoval Ramos

Previo a optar el título de:

MEDICO Y CIRUJANO

Asesor: Dr. Julio César Mérida de León.

Revisor: Germán Martínez de Paz.

Guatemala, Noviembre de 1965.-

PLAN DE TESIS

- a) INTRODUCCION, ANTECEDENTES Y OBJETIVOS.
- b) MATERIAL Y METODOS.
- c) CUADROS.
- d) RESULTADOS: INTERPRETACION DE CUADROS.
- e) DISCUSION.
- f) SUMARIO.
- g) BIBLIOGRAFIA.

A) INTRODUCCION, ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

A-1 INTRODUCCION:

Durante los cuatro años que tengo de trabajar como Practicante Interno en el Hospital Nacional de Amatitlán he podido observar que la Tuberculosis Pulmonar en nuestro medio es una de las enfermedades más frecuentes; la cual en un elevado porcentaje de casos está asociada a otras entidades patológicas como Son: La Desnutrición La Anemia, El Parasitismo Intestinal, La diabetes Mellitus, etc.; y la gran mayoría de nuestros pacientes son personas de escasos recursos económicos.

Al hacer el presente estudio traté de investigar las causas de egreso de los pacientes, baciloscopia negativa o positiva al egreso del paciente, condición o estado del paciente a su salida; en mil casos registrados en el Pabellón Antituberculosis del Hospital de Amatitlán. De ello puede constatar que la mayoría de estos enfermos se encuentran entre los 15 y 39 años de edad, o sea en la época más productiva del hombre y que además son los jefes o responsables de numerosa familia por lo cual su estancia hospitalaria es en un porcentaje elevado entre los tres meses; no pudiendo llevar a cabo por lo tanto un tratamiento adecuado y de resultados satisfactorios y por ser formas clínico radiológicas, moderadas o avanzadas en su mayoría.

Al investigar la baciloscopia en estos pacientes egresados es de gran interés el saber si son positivos o negativos, ya -- que si son positivos serán foco de contaminación y de diseminación de la enfermedad, como se dijo anteriormente por ser padres o responsables de numerosa familia y vivir en íntimo contacto -

con personas de corta edad debido a su bajo nivel económico los obliga a vivir en promiscuidad y hacinamiento, creando un ambiente propicio para la transmisión de la enfermedad.

A-2 ANTECEDENTES:

Durante los nueve años de funcionamiento del pabellón Antituberculoso anexo al Hospital de Amatitlán, se han realizado varios trabajos de tesis entre los que podemos mencionar: "Broncoscopias en el diagnóstico de la Tuberculosis Pulmonar". Dr. Mario Chicas Rendón. 1964., "Nuestra experiencia en el tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar en el Hospital de Amatitlán". Dr. José Orlando Quiroz Rivera. Abril de 1964.

Y en los distintos pabellones antituberculosos y dispensarios se han llevado a cabo muchos trabajos de investigación que sería interminable enumerar; por lo que me permito citar sólo algunos de ellos llevados a cabo en el Hospital San Vicente de esta capital, ellos son: "Tratamiento quirúrgico de la Tuberculosis Pulmonar en niños". Dr. Marco Antonio Acevedo. 1963. "Consideraciones sobre Tuberculosis de reinfección en niños menores de 14 años". Dr. Guillermo Cantón. 1959. "Tratamiento quirúrgico de la Tuberculosis Pulmonar". Dr. Juan Rafael Minera. Noviembre de 1964.

A-3 OBJETIVOS:

Uno de los objetivos principales al hacer el presente trabajo de investigación, fué de la de contribuir en algo al estudio de la Tuberculosis Pulmonar en nuestro medio; investigar las causas por lo que en un elevado porcentaje egresan los pacientes sin tener un tratamiento prolongado lo cual sería de desear; y -

en condiciones bajo el rubro de solamente mejorados y en algunos casos no mejorados; esto como queda explicado en párrafos anteriores es debido a muy distintas causas que tienen como común denominador los factores económico por un lado e ignorancia por el otro. No se dan cuenta estos enfermos del mal que se ocasionan a sí mismos y del que pueden causar a todos aquellos que dentro o fuera de su hogar se pongan en contacto con ellos.

Otro de los objetivos primordiales del presente trabajo, es divulgar parte de lo que se ha hecho en el Pabellón Antituberculoso de Amatitlán en su lucha contra la Tuberculosis pulmonar que es un problema de urgente solución.

Dar a conocer así mismo la labor y el beneficio que el paciente internado en estos centros logra cuando lleva a cabo el tratamiento en un tiempo más o menos largo y adecuado; esto no siempre es posible y el problema se agudiza en el caso de enfermos del sexo femenino, debido a que son ellos las encargadas del hogar; así vemos en el cuadro "Causas del Alta", Cuadro No. 7 que son ellas las que con mayor frecuencia piden su egreso al corto tiempo de estar internadas.

También es de suma importancia hacer una evaluación del tratamiento médico, durante el tiempo que lleva funcionando el Pabellón Antituberculoso de Amatitlán, así como también el tratamiento médico-quirúrgico, el cual expongo más adelante.

B- MATERIAL Y METODO:

En el presente trabajo tomé como material el número total de pacientes ingresados y egresados al Pabellón Antituberculoso anexo al Hospital de Amatitlán desde su fundación o sea durante -

nueve años, también obtuve la Asesoría del Médico Jefe de dicho Pabellón.

Al ingreso del paciente al Pabellón Antituberculoso de Amatitlán se le practica examen clínico general, estudio radiológico de tórax, baciloscofia, exámenes complementarios, y así, si el caso lo amerita se practican exámenes especiales; todo esto se hace con el objeto de clasificarlo.

Clasificación del Enfermo Tuberculoso

Sabido es que las lesiones tuberculosas se presentan de -- muy diversas maneras tanto en su apreciación radiológica, como en sus manifestaciones clínicas, no existiendo actualmente ningún sistema que nos permita dar una idea descriptiva completa de las lesiones pulmonares; sinembargo forzosamente tenemos que -- clasificarla de alguna manera, con el objeto de agruparla en ~~de~~ terminada categoría y poder así evaluar, revisar o archivar según sea el caso.

Está aceptada mundialmente la división de la Tuberculosis Pulmonar en tres categorías principales o básicas, las cuales -- pueden subdividirse para describirnos el estado de la enfermedad del paciente en el momento mismo de hacer el diagnóstico y -- en cualquier otra oportunidad que haya necesidad de evaluar el caso.

Además de las clasificaciones principales o básicas para -- todos los casos diagnosticados hay otras clasificaciones secundarias o adicionales que serán usadas para darnos una mayor información que será de suma importancia si se encuentra ordenada; esta será beneficiosa desde todo punto de vista tanto para el ~~pa~~

ciente como para los centros asistenciales donde se elaboren y posteriormente podrán usarse en forma comparativa con las de otros centros de la misma índole o bien para estudio e investigación de estas mismas instituciones. La clasificación debe tener un significado y una definición precisa, sobre todo cuando hay evidencia cierta de Tuberculosis Pulmonar activa.

Las clasificaciones principales dependerán de la extensión total y según la localización de la enfermedad. Las lesiones que pueda presentar el paciente se precisan con exámenes radiológicos de tórax que en la mayoría de las veces son suficientes las placas radiológicas antero-posteriores aunque en algunas ocasiones son necesarias por distintas causas hacer pruebas radiográficas para estudios más completos, incluyendo placas laterales-oblicuas, penetradas con buchy para establecer en una forma más precisa la parte enferma del pulmón, en lo que se refiere a extensión, distribución y carácter de la lesión tuberculosa. También nos ayuda a descartar o confirmar la presencia o ausencia de cavernas. Por lo tanto según el examen clínico radiológico - las formas principales o básicas deben ser: mínima, moderada y avanzada.

Después de hacer la clasificación clínico-radiológica del paciente, debemos confirmar el diagnóstico por medio del laboratorio, investigando el *mycobacterium tuberculosis* en el esputo y cuando por distintas razones no se puede hacer este, se hace por medio del lavado gástrico que son las formas más corrientes de investigación con que se cuenta en los laboratorios de nuestros hospitales regionales; desafortunadamente en el área rural no contamos con todas las facilidades de investigación de otros

centros de la república mejor equipados como son: medios de cultivo especiales, inoculación en animales sensibles, etc. etc.

Los exámenes rutinarios; y los complementarios o específicos cuando hay necesidad de ellos, así como el examen clínico, nos indicarán las entidades patológicas asociadas como: Anemia Parasitismo Intestinal, Desnutrición, Diabetes Melitus, etc., en esta forma también podemos evaluar el estado general del enfermo.

En algunos casos especiales en los cuales los síntomas y signos así como cuando las manifestaciones radiológicas lo ameriten se tendrá necesidad de practicar exámenes complementarios como Broncoscopías y al mismo tiempo se puede obtener material para hacer investigaciones bacteriológicas, inspeccionando a la vez la superficie endotraqueobronquial para llegar a un diagnóstico definitivo.

En los casos quirúrgicos es necesario practicar antes de la operación broncogramas para saber que segmento de pulmón está enfermo.

Tratamiento:

Después de diagnosticar y clasificar al enfermo el siguiente paso debe ser el tratamiento. Para el desarrollo de este punto, me permito dividir el total de pacientes ingresados al Pabellón Antituberculoso de Amatitlán en dos formas terapéuticas a saber:

- 1o. Con tratamiento médico únicamente.
- 2o. Con tratamiento médico-quirúrgico.

Entre los primeros he analizado 975 egresados del Pabe-

llón Antituberculoso de Amatitlán, los cuales expongo en los cuadros del 1 al 8.

El tratamiento médico que se administra en el dicho Pabellón, no difiere en forma esencial al efectuado en otros centros similares y se encamina a cumplir los siguientes aspectos:

a) Reposo absoluto o relativo dependiendo de la forma clínico-radiológica y de la actividad o pasividad de la enfermedad; se recomienda que el reposo sea absoluto mientras haya actividad, dando un mínimo de dos meses.

b) Se efectúa control cuidadoso de las siguientes curvas: temperatura, pulso, peso, sedimentación.

c) Quimioterapia: En todos los casos tratados en el Pabellón de Amatitlán se han usado fármacos siguientes en formas combinadas:

c-1) Estreptomicina en forma de fosfato, a dosis de 20 mgls. por kilo de peso, o bien para un adulto 1 gr. I.M. diario por 20 días y luego 1 gramo diario dos veces por semana. La mayoría de fisiólogos y autores recomiendan esta forma terapéutica porque así produce menos lesiones tóxicas en el organismo, y nos da un margen de tiempo suficientemente largo en el cual el *mycobacterium tuberculosis* no produce resistencia a la droga.

c-2) La siguiente droga que se usa en el Pabellón Antituberculoso de Amatitlán asociada a la Estreptomicina es la Isoniacida (INH) a razón de 8 a 10 mg por kilo de peso y por día, o bien para adulto se usa a dosis de

100 migs. tres veces al día por vía oral; el uso de esta combinación de medicamentos ha dado magníficos resultados ya que el *Mycobacterium tuberculosis* tarda más tiempo en adquirir resistencia, también se ha notado una mejoría clínica-radiológica manifiesta. Las únicas manifestaciones que se han observado durante el tratamiento han sido polineuritis, que han desaparecido con la administración de vitamina B6 y B1 o bien suprimiendo la Isoniacida; esta complicación ha sido muy rara.

c3) Como tercer medicamento tenemos las sales sódica y potásica del ácido paraminosalicílico --- (PAS) a dosis de 12 grs. diarios por vía oral, estas sales sólo se han usado en raros casos por lo incómodo de su administración

c4) Hay además otros medicamentos como la viomicina, la Kanamicina y la ciclocerina que podemos -- llamarlas drogas de segunda línea, debido a que su eficiencia es relativa y su toxicidad que la de los fármacos apuntados anteriormente, por lo tanto su uso está restringido a cortos períodos de tiempo o cuando el *Mycobacterium tuberculosis* es resistente a la droga de primera lista.

d) Es necesario desde todo punto - vista incluir en el tratamiento antituberculoso la dieta y el aspecto higiénico. En cuanto a dieta sólo diré que debe ser balanceada y en cantidades suficientes.

e) No está por demás decir que estos pacientes se siguen controlando radiológicamente cada 2 meses y bacteriológicamente cada 15 días.

Siguiendo este esquema terapéutico se ha logrado en primer

lugar una mejoría clínica y radiológica de los enfermos; en segundo lugar la negativización de un alto porcentaje del esputo de estos pacientes y en tercer lugar y es lo más importante a mi juicio el egreso de un número elevado de pacientes bajo el rubro de muy mejorados e incluso de aparentemente curados, en cuanto a tuberculosis pulmonar se refiere.

2o.) Pacientes con tratamiento médico-quirúrgico:

El tratamiento médico quirúrgico de la tuberculosis pulmonar ha desarrollado un progreso notable en los últimos años gracias a la adquisición de nuevos tuberculostáticos, así como también el apareamiento de técnicas quirúrgicas más depuradas, exámenes funcionales previos más precisos, métodos de anestesia mejores y a un mejor conocimiento del pre y post-operatorio a pesar que el tratamiento médico ha dado buenos resultados, hay casos en los cuales si bien es cierto que experimentan una notable mejoría no es posible llegar a una curación completa y su problema se resuelve en una forma definitiva apelando a la cirugía.

La Experiencia quirúrgica que me ha tenido en el Pabellón Antituberculoso del Hospital de Amatitlán, no puede llegar a determinar el resultado a largo plazo ya que dicha experiencia data de 1957, fecha en la cual se practicó la primera lobectomía, sin embargo en todos los casos médico-quirúrgicos tratados hasta el momento los resultados son satisfactorios.

INTERPRETACION DE CUADROS.

Análisis de mil casos de Tuberculosis pulmonar egresados del Pabellón Antituberculoso anexo al Hospital de Amatitlán, en

el curso de nueve años de funcionamiento, de Septiembre de 1946 a Septiembre de 1965.

- a) Clasificación
- b) Edad
- c) Sexo.

En el presente capítulo espongo el estudio verificado sobre el total de mil enfermos con diagnóstico de tuberculosis - pulmonar que en el curso de nueve años de funcionamiento han pasado por el Pabellón Antituberculoso anexo al Hospital Nacional de Amatitlán, los cuales aparecen distribuidos por forma clínico-radiológica, sexo y edad en el cuadro No. 1.

Creo útil recordar en este momento que en este centro anti tuberculoso usamos para la clasificación de los enfermos la nomenclatura recomendada por la Asociación Americana de la tuberculosis, que las divide en formas: Mínima, Moderadas y Avanzadas. Quiero recordar a la vez que tal como lo recomiendan estos organismos internacionales, esta clasificación debe ser usada al momento del diagnóstico y como esquema útil, tanto para la admisión, clasificación, como para el tipo de tratamiento a instituir. Algunas escuelas y algunos fisiólogos y sanitaristas usan esta clasificación para juzgar la evolución de los casos; pero creo que esta actitud a la par de ser poco apropiada al carácter evolutivo de la enfermedad y a la diferente forma con que se presenta la sombra radiológica, tiene el inconveniente de originar -- confusiones taxonómicas de los casos y por lo tanto creo que debe mantenerse el principio de que se trata de una clasificación o diagnóstico y nunca para juzgar la evolución clínico-radiológica.

co de la enfermedad.

Mínima: Se entienden por lesiones mínimas aquellas que son de muy ligera o moderada densidad, pero que no presentan cavitación de ostrable. Pueden abarcar una pequeña parte de uno o ambos pulmones, pero su extensión total precindiendo de su distribución, no debe exeder de un volumen de pulmón equivalente al que se haya por encima de la segunda articulación condroesternal y la espina de la cuarta o el cuerpo de la quinta vértebra torácica de un solo lado. No debe darse una interpretación errada al término mínima en el sentido de que la enfermedad no posee peligro en esta etapa (6).

Moderada: Las lesiones en esta categoría pueden estar presentes en uno o ambos pulmones; pero la extensión total en ellos no debe exeder de los siguientes límites: lesiones diseminadas de ligera o moderada densidad que pueden extenderse no más del volumen de un pulmón o su equivalente en ambos pulmones, lesiones densas o confluentes que no se extienden más del equivalente de un tercio de volumen de un pulmón, en el caso de encontrarse cavidades estas deben tener menos de cuatro centímetros (6).

Avanzadas: Este término se emplea para describir lesiones más extensas que las moderadas (6).

Bajo estas bases y con estas líneas de conducta e interpretación que son generales para toda la lucha contra la tuberculosis en Guatemala, procedí a hacer la distribución de los mil casos de Tuberculosis Pulmonar que han egresado del Pabellón Antituberculoso anexo al Hospital de Amatitlán desde su fundación; cuya distribución general aparece a continuación:

1) Aparentemente curados	111	11.1%
2) Mejorados y muy mejorados	274	27.4%
3) No mejorados	504	50.4%
4) Fallecidos	111	11.1%

Total..1000	100 %
-------------	-------

Sobre cada uno de estos rubros he elaborado un cuadro estadístico y además expongo a continuación de ellos los "mil casos" en función del "Tiempo de Hospitalización", en relación con "Causas del egreso" y en relación con la presencia o no de mycobacterium tuberculosis al momento del egreso.

Distribución de 1,000 casos de T.B.C. : pulmonar
aprovechados del Tabellón Antituberculoso de Asen-
titación en relación con "Diagnóstico de Ingreso"
edad, sexo y Formas Clínicas Radiológicas.

	FORMA CLINICA RADIOLOGICA						TOTALES			
	MINIMAS SEXO		MODERADAS SEXO		AVANZADAS SEXO		SUB-TOTAL SEXO			
des:	m	f	m	f	m	f	m	f		%
19	9	4	19	18	14	30	42	60	102	10.2
24	12	8	28	50	26	48	66	114	180	18.-
29	8	6	37	35	36	67	83	108	191	19.1
34	2	2	23	17	25	33	50	52	102	10.2
39	3	5	24	19	41	23	68	47	115	11.5
44	-	1	18	13	15	24	33	30	71	7.1
49	2	2	13	5	17	15	32	22	54	5.4
54	-	1	12	9	21	16	33	26	59	5.9
59	4	1	14	9	11	14	29	24	53	5.3
más	4	-	14	6	23	26	41	32	73	7.3
s:	44	30	202	189	231	304	477	523	1000	100
les:	74		371		535		1,000			
	7.4		39.1		53.5		100			

INTERPRETACION DEL CUADRO NUMERO 1

Este cuadro nos informa que el 7.5% fueron clasificados como portadores de formas mínimas a su ingreso, que el 39.1% fueron formas moderadas y que el 53.5% eran portadores de formas avanzadas de la enfermedad. En relación con el sexo vemos que las diferencias son poco significativas y no plantean ninguna conclusión, sin embargo se nota cierto predominio del sexo femenino sobre el masculino. La edad de los enfermos al momento del ingreso es un aspecto de mucho valor y así vemos que más de 57% estaban comprendidos entre las edades de 15 a 34 años, aspecto que nos lleva a concluir en que la tuberculosis pulmonar en nuestro medio sigue siendo una enfermedad de la gente joven, en la época más productiva del hombre, con sus consecuencias desquiciantes sobre la familia, la sociedad y la economía. Vemos también que enfermos con más de 50 años no representan más que el 1.18% de el total de ingresos al Pabellón Antituberculoso de Amatitlán en el curso del tiempo analizado en el presente trabajo.

Con el material expuesto en el cuadro anterior, procedí a hacer la clasificación de los egresos en:

- a) Aparentemente curados
- b) Mejorados
- c) No mejorados
- d) Fallecidos

Luego se analizan la totalidad de egresos en las siguientes relaciones.

- a) Tiempo de hospitalización
- b) Causa de salida
- c) Facioscopia: Positiva o negativa o ausencia de ella al egreso del paciente.

Cuadro No. 2

Distribución de 1,000 casos de T.B.C. pulmonar
egresados del Tabellón Antituberculoso de Asen-
titlán en relación con "Aparentemente curados"
edad, sexo y Forma Clínica Radiológica.-

Edades:	FORMA CLINICA RADIOLOGICA						TOTALES		TOTAL GRAL.	%
	MINIMAS SEXO		MODERADAS SEXO		AVANZADAS SEXO		SUB-TOTAL SEXO			
	m	f	m	f	m	f	m	f		
19	3	2	4	6	-	-	7	8	15	13.5
24	6	3	5	14	1	1	12	18	30	27.1
29	3	2	6	5	-	1	9	8	17	15.3
34	1	1	3	4	1	1	5	6	11	9.9
39	2	2	4	5	-	-	6	7	13	11.7
44	-	-	3	3	-	-	3	3	6	5.4
49	1	1	1	2	-	-	2	3	5	4.5
54	-	-	2	2	-	-	2	2	4	3.6
59	2	1	1	2	-	-	3	3	6	5.4
más	1	-	-	3	-	-	1	3	4	3.6
Totales:	19	12	27	46	2	2	30	62	111	100
Edades:	31		75		5		111			
	27.25		67.57		4.5		100			

INTERPRETACION DEL CUADRO NUMERO 2

En el cuadro de "Aparentemente curados" he incluido 111 enfermos cuyo estado clínico, radiológico y bacteriológico permitieron juzgar a este grupo como resuelto en cuanto se refiere a la Tuberculosis Pulmonar que padecían. Esto es decir que los pacientes incluidos en este cuadro egresaron por indicación médica. Podemos observar que el 67.57 por ciento, eran portadores de formas moderadas de la enfermedad; que el 27.93% fueron formas mínimas y que solamente el 4.53% de los enfermos padecían formas avanzadas de tuberculosis pulmonar. Cabe advertir que en el total de 111 enfermos contenidos en este cuadro están incluidos los 25 casos que recibieron además del tratamiento médico, tratamiento quirúrgico, grupo que será analizado posteriormente.

El sexo no marca diferencia especial a no ser el fenómeno general de un ligero predominio de las mujeres sobre los hombres. La misma consideración se puede hacer sobre la edad en el sentido de que más del 55% de este grupo estaban comprendidos entre los 15 y 39 años. En forma más particular vemos que enfermos portadores de formas moderadas y comprendidos entre los 20 y los 24 años de edad representan las cifras mayores dentro del grupo analizado.

Distribución de 1,000 casos de T.B.C. pulmonar
agrupados del Tabalón Antituberculoso de Asso-
tución en relación con " Mejorados ",
edad, sexo y Forma Clínica Radiológica.-

	FORMA CLINICA RADIOLOGICA						TOTALES		TOTAL GRAL.	%
	MINIMAS SEXO		MODERADAS SEXO		AVANZADAS SEXO		SUB-TOTAL SEXO			
des:	m	f	m	f	m	f	m	f		
19	5	2	9	9	4	2	18	13	31	11.32
24	5	4	11	30	4	4	30	38	68	21.17
29	5	2	18	14	4	5	27	21	48	17.52
34	1	1	9	5	6	4	16	10	26	9.66
39	1	3	12	9	4	-	17	12	29	10.59
44	-	1	8	5	-	1	8	7	15	5.47
49	1	1	4	1	1	3	6	5	11	4.01
54	-	1	5	3	2	4	7	8	15	5.47
59	2	-	11	2	4	4	17	6	23	8.39
más	3	-	11	1	2	1	16	2	18	6.56
as:	23	15	98	79	32	28	152	122	274	100
les:	38		177		59		274			
	13.87		64.60		21.53		100			

INTRODUCCIÓN DEL INSTITUTO

"Mejorados". Bajo el epígrafe de "mejorados" y "Muy mejorados" he incluido un total de 274 enfermos en los cuales la mayoría ha sido en primer lugar de recuperación clínica, en segundo lugar de negativización de mycobacterium tuberculosis en la expectación y en tercer lugar la mejoría radiológica que puede ir desde un 25% a un 75% de borramiento de sombras pulmonares bien sea por absorción o fibrosis pero que todo caso persistían sombras -- de actividad indeterminadas o predominantemente inactivas.

Estos 274 casos representan el 27.4% del total de ingresos y dentro de ella la cifra mayor corresponde a las formas moderadas - 64.60%; le siguen las formas avanzadas y del grupo de mínimas hubo solamente el 13.67%; es necesario recordar en este momento que el ingreso al pabellón de formas mínimas es siempre muy escaso, - debido al propósito mismo para el que ha sido construido este sanatorio.

En cuanto se refiere a la edad de los enfermos dados de alta bajo el rubro de mejorados, más del 70% de ellos estaban comprendidos dentro de las edades de 15 a 39 años y según el sexo las altas fueron mayores las mujeres sobre los hombres.

Distribución de 1,000 casos de T.B.C. pulmonar
agregados del Hospital Antituberculoso de Asma-
titlán en relación con "No mejorados",
edad, sexo y Forma Clínica Radiológica.-

	FORMA CLINICA RADIOLOGICA						TOTALES			%
	MINIMAS SEXO		MODERADAS SEXO		AVANZADAS SEXO		SUB-TOTAL SEXO			
des:	m	f	m	f	m	f	m	f		
19	1	-	6	3	7	27	14	30	44	8.8
24	1	1	11	14	14	32	26	47	73	14.6
29	-	2	12	15	24	47	36	64	100	19.7
34	-	-	10	8	13	21	23	28	51	10.2
39	-	-	6	5	29	17	35	22	57	11.4
44	-	-	7	5	12	17	19	32	41	8.3
49	-	-	8	2	13	9	21	11	32	6.3
54	-	-	5	4	17	10	22	14	36	7.1
59	-	-	2	5	6	9	8	14	22	4.3
más	-	-	3	2	20	22	23	24	47	9.3
s:	2	3	70	63	153	211	227	277	504	100
les:	5		133		366		504			
	0.99		26.38		72.62		100			

INTERPRETACIÓN DEL CUADRO NÚMERO 4

"No mejorados". Es innegable que llame mucho la atención que el 50.4 % de los egresos sean bajo el epígrafe de no mejorados, cuyo fenómeno será adecuadamente complicado al interpretar los cuadros de "Tiempo de hospitalización" y "Causas de egreso". En todo caso estimo que deben hacerse todos los esfuerzos para mejorar esta cifra toda vez que el resultado positivo del tratamiento no es superior al 40% de enfermos.

El cuadro de no mejorados está naturalmente cargado sobre las formas avanzadas y moderadas de uno y otro sexo y la distribución por edades sigue el orden observado en los cuadros anteriores; esto es predominio de enfermos comprendidos entre los 15 y 39 años.

Distribución de 1,000 casos de T.B.C. pulmonar
agregados del Tabellón Antituberculoso de As-
titución en relación con " Fallidos ",
edad, sexo y Forma Clínica Radiológica.-

	FORMA CLINICA RADIOLOGICA						TOTALES		TOTAL GRAL.	%
	MINIMAS SEXO		MODERADAS SEXO		AVANZADAS SEXO		SUB-TOTAL SEXO			
des:	m	f	m	f	m	f	m	f		
19	-	-	-	-	3	9	3	9	12	10.8
24	-	-	1	-	7	11	8	11	19	17.2
29	-	-	1	1	10	14	11	15	26	23.4
34	-	-	1	-	5	7	6	7	13	11.7
39	-	-	2	-	8	6	10	6	16	14.4
44	-	-	-	-	3	6	3	6	9	8.1
49	-	-	-	-	3	3	3	3	6	5.4
54	-	-	-	-	2	2	2	2	4	3.6
59	-	-	-	-	1	1	1	1	2	1.8
más	-	-	-	-	1	3	1	3	4	3.6
s:	0	0	5	1	43	62	48	63	111	1000
les:	0		6		105		111			
	0		5.4		9.6		100			

INTERPRETACION DEL C.A. NO NUM. 5

Una cifra siempre de mucho interés es la representada por la letalidad de la tuberculosis pudiendo que en nuestro estudio es de 11.1%; cifra que podríamos calificar de baja y que nos daría una impresión falsamente optimista del trabajo desarrollado. Digo - que esta cifra no está apegada a la realidad por la gran cantidad de enfermos que mueren alta como no mejorados y que es equivalente a decir que han envejecido en su enfermedad, en su hospitalización y en su hogar; cifra que por lo menos la podemos igualar a la registrada en el Pabellón y que nos elevaría a 22.2%. Es perfectamente conocido el hecho en nuestro medio de la constante exigencia de los familiares por llevarse al enfermo cuando comprueban que no ha mejorado como ellos desearían en tan poco tiempo.

Las derivaciones del estudio del cuadro de fallecidos son sólo para insistir en que el 94% de ellos eran portadores de formas avanzadas de Tuberculosis Pulmonar con predominio del sexo femenino y comprendidos entre los 15 y 39 años.

Cuadro No. 6

Distribución de 1,000 casos de T.B.C. pulmonar
 agrupados del Tabalón Antituberculoso de con-
 titión en relación con "Tiempo de Hospitaliza-
 ción," Sexo y Forma Clínica Radiológica.-

Tipo de Hospitali- zación	Mínima Sexo		Moderada Sexo		Avanzada Sexo		Sub-Total Sexo		Total	%
	m	f	m	f	m	f	m	f		
ta- tes	12	12	62	70	92	134	166	226	302	30.2
6 s	9	7	47	46	49	60	105	113	218	21.8
ses año	15	8	47	21	39	50	101	97	198	19.8
de o.	8	3	46	42	51	52	105	97	202	20.2
s	44	30	302	189	231	304	477	523	1000	100
es	74		321		535		1,000			
	7.4		32.1		53.5		100			

II. DISTRIBUCION DEL C.A. NO. 6

"Tiempo de Hospitalización". En el cuadro No. 6 se han distribuido los mil enfermos dados de alta en el Pabellón Antituberculoso anexo al Hospital nacional de Amatitlán, en relación con el tiempo que tardaron internados en dicho Centro, sexo y forma clínica radiológica. El 60% de los enfermos no tardaron más de 6 meses de internamiento y el 38% estuvieron internados en el Pabellón Antituberculo tres meses o menos. Este fenómeno es digno de hacerlo resaltar; y toda muy cerca el aspecto socioeconómico y cultural de los enfermos, no se tiene la menor idea de la importancia que representa el tratamiento regular y prolongado de la Tuberculosis Pulmonar. Muchos pacientes quisieran verse curados en un corto espacio de tiempo: la desorganización familiar guatemalteca y las malas condiciones económicas en que viven hacen que el paciente tenga necesidad de volver a trabajar y por lo tanto volver al seno de la familia. Llama mucho la atención que 382 enfermos hayan permanecido tres meses o menos en el Pabellón y otro hecho comprobatorio de la integración familiar es que las mujeres son las menos constantes en su tratamiento; sin embargo es estimulante que el 40% de los enfermos persistan seis meses o más en el Pabellón. Otro hecho que se confirma de nuevo es que proporcionalmente hablando son los pacientes con formas avanzadas de Tuberculosis Pulmonar los que persisten menos en el tratamiento.

Distribución de 1,000 casos de T.B.C. pulmonar
agrupados del Hospital Antituberculoso de Asen-
tación en relación con "Causas del Alta",
Sexo y Forma Clínica Radiológica.-

CAUSAS DEL ALTA	FORMAS CLINICAS RADIOLOGICAS						SUMAS	%
	MINIMS SEXO		MODERADA SEXO		AVANZADA SEXO			
	m	f	m	f	m	f		
Pidio alta.	5	3	68	90	96	172	434	43.4
se fugó	-	2	23	3	20	18	66	6.6
Indisci- plina	-	-	24	5	35	29	93	9.3
traslado	20	13	53	44	35	30	185	18.5
alta por Ind. Med.	19	12	29	46	2	9	111	11.1
Falleció	-	-	5	1	43	62	111	11.1
Sumas	44	30	202	189	231	304	1000	100
Totales	74		391		535		100	
%	7.4		39.1		53.5			

INTERPRETACION DEL CUADRO NUMERO 7

"Causas de egreso". El análisis de este cuadro nos sirve para confirmar la argumentación expuesta anteriormente, este es que los enfermos que insistentemente piden alta, se fugan o hay que egresarlos por indisciplina, representan el mismo 60% que tienen una corta estancia en el Pabellón. La distribución por formas clínicas y sexo siguen siendo predominantes las mujeres o sea el sexo femenino y son portadoras de formas avanzadas de la enfermedad.

Distribución de 1,000 casos de T.B.C. pulmonar
agrupados del Tabulón Antituberculoso de As-
tituda en relación con " Baciloscofia ",
sexo y Forma Clínica Radiológica.-

Clasificación	Mínima Sexo		Moderada Sexo		Avanzada Sexo		Sub-Totales Sexo		Total	%
	m	f	m	f	m	f	m	f		
Activo	9	1	36	25	104	134	133	160	293	29.3
Inactivo	37	29	170	161	111	155	318	345	663	66.3
BK	4	-	6	9	16	15	26	18	44	4.4
Totales	44	30	202	199	231	304	477	523	1000	
	74		371		535		1,000			
	7.4		37.1		53.5					100

INTERPRETACION DEL CUADRO NUMERO 8

"Facioscopia: Positivos, Negativos y sin H." En el cuadro número ocho se analizan los mil casos egresados del Pabellón Anti-tuberculoso anexo al Hospital Nacional de Amatlán, en relación con la baciloscopía; y es muy satisfactorio exponer que a pesar de todos los inconvenientes anotados en páginas anteriores, el 65.3% de los pacientes salen con baciloscopía negativa particularmente - si tomamos en cuenta que el 56 de la totalidad son portadores de formas avanzadas de Tuberculosis Pulmonar. Llama también la atención que cuatro enfermos tres hombres y una mujer, egresaron del pabellón con baciloscopía positiva y portadores de formas mínimas de la enfermedad.

CLAS. No. 9

VEINTICINCO CASOS CON TRATAMIENTO MEDICO-QUIRURGICO

1.- Lobectomia superior derecha	11 casos
2.- Lobectomia superior izquierda	8 casos
3.- Resección segmentaria	2 casos
4.- Neumonectomia izquierda	2 casos
5.- Decorticaciones	1 caso
6.- Lobectomia media derecha	<u>1 caso</u>
total	25 casos.

Edades:

de 20 a 30 años	18 casos
de 30 a 40 años	7 casos.

Sexo:

Femenino	18 casos
Masculino	7 casos.

DISCUSIÓN:

El tema que he escogido para el presente trabajo de tesis se presta poco para discusión de tipo científico; sin embargo creo que el tratamiento imparcial debe considerarlo aisladamente, el -- grupo con tratamiento médico del grupo que ha sido sometido tanto a tratamiento médico como quirúrgico, cuya conclusión es en forma definitiva, beneficiosa para el grupo quirúrgico porque ha resuelto en forma radical el complejo lesional palmar y sus consecuencias anatómico-patológicas. El punto esencial observado en el curso del presente estudio y que me ha impresionado más, es el referente al caso de hospitalización que por ser tan escaso es a todos luces insuficiente; si comparamos los resultados obtenidos con -- los casos que han persistido internados en el pabellón seis meses o más que son siempre favorables a un alto porcentaje de curaciones o estabilizaciones de la enfermedad; no podemos sino lamentar que el 50% de nuestros enfermos tardan menos de los seis meses en tratamiento. Por supuesto que este aspecto no es simple sino que -- constituye un complejo cultural, social y económico, común a la mayoría de nuestros pacientes.

El paciente tuberculoso desearía verse curado o muy mejorado -- en forma rápida. El aspecto emocional en el sentido del internamiento se pone muy rápidamente de manifiesto; no hay la menor comprensión sobre la necesidad de la estancia prolongada a pesar de las -- múltiples explicaciones y ruegos por parte del personal técnico administrativo.

Y por último debemos reconocer que en muchos lugares de por sí desorganizados se desquician más ante la falta del Jefe de familia

y las necesidades económicas todas las sabemos, con un número considerable de casos sumamente precaria y aún paupérrima. El alcoholismo a pesar de ser una causa no muy predominante constituye uno de los factores colaterales en la evasión de los enfermos internados.

Con las consideraciones anteriores queda explicado aunque no justificado el fundamental problema de la inconformidad de los pacientes con tratamiento prolongado en el pabellón; sin embargo y a pesar de todo los resultados desde el punto de vista sanitario los podemos calificar como buenos; la inmensa mayoría de enfermos salen con baciloscopia negativa, muchos de ellos prácticamente curados o detenidos, mejorados o muy mejorados.

El tratamiento quirúrgico, es indiscutiblemente un recurso de alto valor cuando se hace con el equipo y las técnicas requeridas. En el caso del Pabellón de Amatitlán se han efectuado 25 casos operatorios sin mortalidad y con persistencia de la curación hasta de cinco casos.

SUMARIO:

Con el afán de contribuir aunque sea en forma modesta en la lucha contra la Tuberculosis Pulmonar en Guatemala, se procede a hacer el análisis clínico-estadístico-sanatorial, de 1000 enfermos -- que han salido del Pabellón Antituberculoso anexo al Hospital de Amatitlán en el curso de nueve años que lleva de funcionamiento.

Desde el punto de vista clínico, radiológico y bacteriológico la Tuberculosis Pulmonar que me ha tocado tratar o incluir en el -- presente tesis ha sido en su inmensa mayoría sobre casos moderados y avanzados, los cuales presentan condiciones físicas muy deficientes con desnutrición, anemia y parasitismo intestinal; imágenes radiológicas extensas y mutilantes con fuerte componente destructivo y fibrótico; la baciloscopía generalmente es positiva o con intermitencias de negatividad.

El tipo de paciente estudiado es como fácilmente se puede inferir de la clase campesina cuyo tipo de trabajo lo podemos calificar de muy fuerte; cuya alimentación no solamente es escasa sino también desbalanceada y cuyo tipo de vivienda se caracteriza por la -- falta completa de higiene individual y familiar con los grandes agravantes de la promiscuidad y super población.

Los pacientes han sido tratados con quimioterápicos antituberculosos y 25 de ellos con tratamiento quirúrgico.

Expongo en cuadros estadísticos los resultados obtenidos hasta la fecha los cuales en términos generales los podemos calificar de medianos, cuya causa eficiente y fundamental es el escaso tiempo de hospitalización que siguen los enfermos. Con tratamiento prolongado y con el complemento de la tisiocirugía los resultados los podemos

calificar de muy buenos.

Es de urgente necesidad establecer sistemas que permitan la prolongación del tratamiento sanatorial del enfermo de tuberculosis pulmonar empleando para ello todos los elementos de tipo educativo y de persuasión e inclusive con sistemas más obligatorios para persistir en el tratamiento. Por supuesto que este aspecto es sumamente complejo y toca de cerca y en forma directa al desarrollo socio-económico de nuestras poblaciones.

Creo muy útil dejar constancia en el presente trabajo, tomando en cuenta los resultados obtenidos, que es muy necesario proporcionar todos los elementos en personal y equipo para incrementar el tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar.

BIBLIOGRAFIA:

- 1) Acevedo, Marco Antonio. "Tratamiento quirúrgico de la Tuberculosis Pulmonar en niños. Tesis de Graduación, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1963-34p.
- 2) Cantón Gutiérrez, Guillermo. "Consideraciones sobre tuberculosis de reinfección en niños menores de 14 años"; (Estudio de 233 casos en el Sanatorio Antituberculoso de San Vicente. - Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1959. 32 p.
- 3) Cecil & Loeb. Tratado de Medicina Interna. ITomo. Décima Edición. Editorial Interamericana. México. 1962. 233-286 pp.
- 4) Chicas Rendón, Mario. "Broncoscopias en el diagnóstico de la Tuberculosis Pulmonar". Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1964. 31 p.
- 5) Minera, Juan Manuel. "Tratamiento quirúrgico de la Tuberculosis pulmonar". (Revisión de 100 casos de resección). Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas 1964. 113 p.
- 6) Organización Mundial de la Salud. Normas para el diagnóstico y clasificación de la Tuberculosis. Publicación científica. No. 97. Marzo 1964. 82 p.
- 7) Quirzós Rivera, José Orlando. "Nuestra experiencia en el tratamiento de la Tuberculosis pulmonar en el Hospital de Amatitlán". Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1964. 43 p.
- 8) Santos Barrios Guillermo. Tratamiento médico-quirúrgico de la Tuberculosis pulmonar de reinfección en menores de 14 años. -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas 1965. 28 p.

BIBLIOGRAFIA:

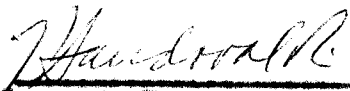
- 1) Acevedo, Marco Antonio. "Tratamiento quirúrgico de la Tuberculosis Pulmonar en niños. Tesis de Graduación, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1963-34p.
- 2) Cantón Gutiérrez, Guillermo. "Consideraciones sobre tuberculosis de reinfección en niños menores de 14 años"; (Estudio de 233 casos en el Sanatorio Antituberculoso de San Vicente. - Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1959. 32 p.
- 3) Cecil & Loeb. Tratado de Medicina Interna. 10mo. Décima Edición. Editorial Interamericana. México. 1962. 233-286 pp.
- 4) Chicas Rendón, Mario. "Broncoscopias en el diagnóstico de la Tuberculosis Pulmonar". Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1964. 31 p.
- 5) Minera, Juan Manuel. "Tratamiento quirúrgico de la Tuberculosis pulmonar". (Revisión de 100 casos de resección). Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas 1964. 113 p.
- 6) Organización Mundial de la Salud. Normas para el diagnóstico y clasificación de la Tuberculosis. Publicación científica. No. 97. Marzo 1964. 82 p.
- 7) Quirzóz Rivera, José Orlando. "Nuestra experiencia en el tratamiento de la Tuberculosis pulmonar en el Hospital de Amatitlán". Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1964. 43 p.
- 8) Santos Barrios Guillermo. Tratamiento médico-quirúrgico de la Tuberculosis pulmonar de reinfección en menores de 14 años. -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas 1965. 28 p.

H- BIBLIOGRAFIA:

ADICIONAL:

- 9) Amatitlan, Hospital Nacional (Consulta de libros de archivo del hospital 1956- 1965. An publicar.)

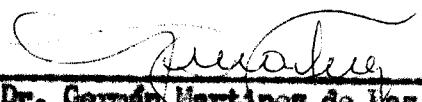
DEPARTAMENTO DE MEDICINA:

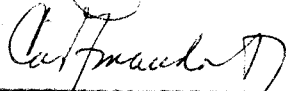

Gregorio Rery Sandoval Ramos.

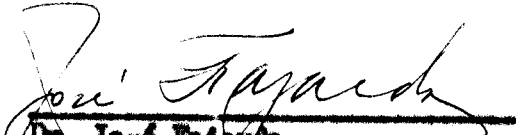
Asesor:


Dr. Julio César Mérida.

Revisor:


Dr. Germán Martínez de Iraz.


Dr. Carlos Armando Soto
Secretario


Dr. José Fajardo
Director del Depto. de Medicina


Dr. Carlos Monson Malice
Decano