

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

RESULTADOS COMPARATIVOS DEL TRATAMIENTO
DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR DEL ADULTO
EN SANATORIOS, DISPENSARIOS y A DOMICILIO

TRABAJO DE TESIS PRESENTADO POR
JOSE DEL VALLE MONGE
PREVIO A OPTAR EL TITULO DE

MEDICO Y CIRUJANO

ASESOR: DR. JULIO CESAR MERIDA
REVISOR: DR. MAURICIO GUTIERREZ

GUATEMALA, AGOSTO DE 1966

I N D I C E

1.- Introducción, Antecedentes y Objetivos

2.- Material y Métodos

3.- Resultados

a) Cuadros

b) Interpretación

4.- Discusión

5.- Conclusiones

6.- Sumario

7.- Bibliografía

INTRODUCCION, ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Mi interés por analizar el tratamiento de la Tuberculosis pulmonar, a nivel institucional, partió de mi trabajo como Interno del Sanatorio San Vicente. Conforme el problema de la Enfermedad fue haciendo nacer ese interés, también la duda, respecto a qué sea el mejor método para tratarla, tuvo origen.

Estamos en un país en vías de desarrollo; y entre las sacudidas de esa erupción, también se escuchan las voces apagadas de los pacientes. Han salido muchas veces a la publicidad las cifras de casos de tuberculosis encontrados en las encuestas. Pero luego, ¿qué vía siguen los Casos Clínicos?.

Hay en nuestras instituciones, sistemas para completar el diagnóstico, e iniciar distintos tipos de tratamiento. Pero ¿cuántos enfermos llegan?. Luego, ¿hasta dónde permiten llegar a ser conocidos en su mal? ¿colaboran en el aporte de los datos solicitados?. Esto es la primera parte de nuestro análisis.

Y son muchos los elementos que analizar cuando se quiere evaluar los resultados del tratamiento. Más cuando hemos intentado hacerlo a nivel de instituciones.

Hay la tendencia actual, en todas partes del mundo, a guiar la curación de la Tuberculosis en el Consultorio y en el propio hogar del paciente. Se conserva, sin embargo, como de gran valor, el encamamiento, que según podremos concluir ha

tenido también su parte en éxito.

En el ambiente del Hospital, conocimos algunas características del paciente tuberculoso. Nada nuevo: su estado físico, el progreso que puede seguirse con la simple observación, su forma de reaccionar ante el médico, la institución y sus compañeros. Estas mismas características, en los otros tipos de tratamiento, varían, según las condiciones, por sí distintas.

Pero hacen falta factores constantes a donde referir nuestros datos. Y estos los encontramos en los grupos étnicos y de procedencia, en lo que podrían llamarse datos personales, que caracterizan los individuos analizados.

El tratamiento farmacológico, se encuentra hoy día estandarizado, gracias a estudios de laboratorio y análisis clínicos presentados en los congresos de Tisiología. De ahí que nuestro enfoque respecto a Tratamiento, va dirigido a establecer si con esos medicamentos tuberoulestáticos, se han obtenido los resultados deseados, dando importancia al manejo institucional, a la regularidad del paciente, y otros factores ambientales.

La tuberculosis pulmonar sigue originando fuerte número de enfermos, que de acuerdo a los datos que ha podido recabar, la prevalencia en los distintos países tiene una amplia variación. Así, hemos podido encontrar cifras del 2 por millar de habitantes; hasta cifras del 3 por ciento, según los distintos ambientes y grado de desarrollo.

Esta magnitud del problema, hace que cada día se incrementen los esfuerzos, se aúnen las voluntades y se soliciten más recursos para que, una vez que contemos con un tratamiento eficaz, se puedan descubrir más enfermos; y lo que es más importante: tener los medios y la organización que permitan lograr un tratamiento regular y continuo, que como es fácil darse cuenta, constituye uno de los objetivos fundamentales de la lucha antituberculosa.

El sistema de creación de Sanatorios y camas de tipo barato para internamiento de los enfermos, podría constituir un método ideal. Pero bien sabemos los 3 factores que hacen a esta meta, ser lograda: por una parte el muy alto número de enfermos que existen en países como el nuestro; por otra, el tratamiento del enfermo de tuberculosis pulmonar, aún es prolongado y requiere un cierto grado de cultura individual. Y por último el alto costo de cama-enfermo por año.

Estos 3 factores han hecho que se emprendan experiencias de tipo internacional bien reguladas y perfectamente supervisadas sobre los resultados de ampliar el tratamiento ambulatorio del enfermo, a pesar de la consabida falta de reposo, irregularidad en el tratamiento, y riesgo en la pérdida de enfermos.

Los resultados preliminares de estas experiencias llevadas a cabo por organismos internacionales son elocuentemente optimistas, llegándose a afirmar en algunas regiones y países que

los resultados del tratamiento ambulatorio podrían ser inclusive superiores a los del tratamiento en Sanatorios, y desproporcionadamente de mas bajo costo.

Esta situación es la que me ha movido a verificar, aunque en forma modesta, y talvez incompleta, un estudio semejante en nuestro país.

MATERIAL Y METODOS

Para el desarrollo del presente trabajo, me propuse el análisis Clínico, Bacteriológico y Radiológico de un número de pacientes tratados en forma Ambulatoria (Dispensario Antituberculoso Central, en la Capital). Otro grupo de pacientes tratados en su Domicilio, y por último un número comparable de enfermos tratados en el Sanatorio Antituberculosis San Vicente.

El análisis, pormenorizado, se dirige a juzgar: sintomatología clínica; envejecimiento de las lesiones, edad y sexo de los enfermos, clasificación radiológica, examen bacteriológico, tiempo de evolución y resultados del tratamiento.

El método seguido es el analítico y la exposición de los resultados es de tipo estadístico, bajo la forma de cuadros que tienen como base la edad, clasificación y Baciloscopía.

He contado con la colaboración de los Archivos del Servicio de Admisión y Control Post-Sanatorial del Sanatorio Antituberculoso San Vicente y del Dispensario Anti-Tuberculoso Central.

Con base mínima, he tomado la de un año de tratamiento tanto en los pacientes Sanatoriales como Dispensariales.

Para el juicio de los resultados, hemos analizado los casos en tres grandes grupos:

a) Casos Curados: englobando en este grupo la recuperación

clínica completa, el borramiento total de las sombras radiológicas y la persistencia a través de 3 cultivos, de la negatividad del *Mycobacterium tuberculosis*.

b) Catalogué como Casos Mejorados y Muy Mejorados, todos aquellos enfermos en los que hubo recuperación clínica completa, borramiento de sombras pulmonares, desde 25 a 75%, y baciloscopia generalmente negativa. Estos enfermos pueden presentar persistencia de sombras residuales del tipo de Bronquiectasias, fibrosis, e inclusive lesiones excavadas detérgidas.

c) Bajo el nombre de No Mejorados, he reunido los enfermos que clínica, radiológica y bacteriológicamente persisten en igual estado que el presentado al diagnóstico, e inclusive empeorados.

El tratamiento efectuado en todos los pacientes, objeto de este estudio, ha sido Medicamentoso; y pasará a describir el sistema seguido para el Tratamiento Ambulatorio, Domiciliario y Sanatorial.

TRATAMIENTO AMBULATORIO:

Una vez efectuado el diagnóstico, que incluye el estudio económico-social de cada paciente, se establece, de acuerdo al mismo, la posibilidad del tratamiento ambulatorio o Domiciliario. Los enfermos incluidos bajo el régimen del Tratamiento Ambulatorio, se le indica Terapia Asociada: de doble o de triple droga. Generalmente 2 de las drogas de primera línea: Isoniazida y Estreptomina. La primera a dosis de 8-10 miligramos por kilo de peso, para ingesta diaria en 2 tomas. La Estreptomina bajo

el sistema de 2 inyecciones semanales, de 1 gramo cada una.

La Estreptomina usada es el Sulfato, que se estima relativamente menos tóxica para el VIII Par Craneano, que la Dihidroestreptomina. El paciente concurre 2 veces por semana al Dispensario, y cuando se completan 50 gramos de Estreptomina, se efectúa el Primer reexamen clínico, bacteriológico y radiológico.

El régimen de Tratamiento Domiciliar sigue los mismos principios técnicos; con la excepción de que una enfermera visitadora concurre al domicilio de cada uno de los enfermos 2 veces por semana para la administración de Estreptomina, y desde luego para insistir en el reposo indicado.

El Tratamiento Sanatorial sigue esquemas fijos, con la diferencia que en el sanatorio se exige a los enfermos el mayor reposo posible. Se tiene la seguridad de la ingesta y la administración de la droga, y existe relación médico-paciente en forma constante. Las drogas se administran en igual forma a los regímenes anteriores, aunque en algunos pacientes del Sanatorio San Vicente ya se ha puesto en marcha el sistema de Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar en 2 fases que consiste en la administración de Estreptomina diaria a dosis de 20 miligramos por Kilo de peso, hasta completar una cantidad no mayor de 120, o máximo 150 gramos.

En forma esporádica, y por demás insuficiente, se ha usado alguna droga de 2a. línea, como Ethionamida o Cicloserina.

RESULTADOS

De acuerdo al método seguido en la elaboración de la presente Tesis, los resultados del Estudio verificado, los expresamos a través de cuadros estadísticos en la forma siguiente:

Los cuadros Números 1, 2, 3, y 4, corresponden a los enfermos tratados en forma Ambulatoria en el Dispensario Antituberculoso Central, de la Capital.

Los cuadros 5, 6, 7 y 8, expresan los resultados obtenidos por el Método de tratamiento Domiciliario.

Los cuadros 9, 10, 11 y 12 dan los resultados del tratamiento Sanatorial.

Se analizan estos datos en forma individual, para luego hacer la interpretación global de cada sistema de tratamiento estudiado.

En una última parte de este capítulo, se hace una comparación de los mismos.

DIAGNOSTICO Y CLASIFICACION DE 121 CASOS DE TB PULMONAR, EN

TRATAMIENTO AMBULATORIO

E D A D	MINIMA		MODERADA		AVANZADA		SUB-TOTAL		T O T A L	%
	Baciloscopia		Baciloscopia		Baciloscopia					
	Posit.	Negat.	Posit.	Negat.	Posit.	Negat.	Posit.	Negat.		
15-24	9	14	11	3	6	3	26	20	46	38.0
25-34	2	8	7	5	5	4	14	17	31	26.2
35-44	2	4	3	4	4	3	9	11	20	16.0
45-54	2	5	0	6	2	1	4	12	16	13.0
55-64	1	2	0	9	3	1	4	3	7	6.0
65 y más	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0.8
S U M A	16	33	22	18	20	12	58	63	121	100
T O T A L	49		40		32					
%	40.0		33.5		26.0		48.0	52.0	100	

47 PACIENTES DE TRATAMIENTO AMBULATORIO, DADOS DE

ALTA COMO CURADOS

E D A D	MINIMA		MODERADA		AVANZADA		Sub-Total		T O T A L	%
	Masc .	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.		
15-24	4	8	3	4	2	0	9	12	21	44.68
25-34	2	5	4	2	0	5	6	12	18	38.29
35-44	0	2	2	2	0	5	2	4	6	12.76
45-54	1	2	2	2	0	5	1	0	1	2.12
55-64	0	1	0	0	0	0	0	1	1	2.12
65 y más	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S U M A	7	16	9	8	2	5	18	29	47	100%
T O T A L	23		17		7					
%	48.93		26.17		14.89		38.29 61.7		100%	

63 PACIENTES DE TRATAMIENTO AMBULATORIO, DADOS DE

ALTA COMO MEJORADOS Y MUY MEJORADOS

E D A D	MINIMA		MODERADA		AVANZADA		Sub-Total		T O T A L	%
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.		
15-24	7	3	6	1	3	2	16	6	22	34.92
25-34	2	3	1	4	2	2	5	8	13	20.63
35-44	0	2	2	1	3	3	5	6	11	17.46
45- 54	1	5	2	1	1	1	4	7	11	18.46
55-64	1	1	0	0	0	3	1	4	5	1.93
65 y más	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1.58
S U M A	11	13	12	7	9	11	32	31	63	100 %
T O T A L	24		19		20					
%	38.09		30.15		37.74		50.79 49.21		100 %	

11 PACIENTES DE TRATAMIENTO AMBULATORIO, DADOS DE

ALTA COMO NO MEJORADOS

E D A D	MINIMA		MODERADA		AVANZADA		Sub-Total		T O T A L	%
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.		
15-24	0	1	0	0	2	0	2	1	3	27.27
25-34	0	0	1	0	0	0	1	0	1	9.09
35-44	1	0	0	0	0	0	1	0	1	9.09
45-54	0	0	3	0	0	2	3	2	5	45.45
55-64	0	0	0	0	1	0	1	0	1	9.09
65 y más	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S U M A	1	1	4	0	3	2	8	3	11	100 %
T O T A L	2		4		5					
%	18.18		36.36		45.45		72.72	27.27	100 %	

C U A D R O No. 1

El 40% de los enfermos fueron clasificados como portadores de formas Mínimas de tuberculosis pulmonar (Clasificación de la Asociación Americana de Tuberculosis); de los cuales solamente el 30% de ellos tuvieron Baciloscofia Positiva de admisión; 40 enfermos (33.5%) fueron clasificados como portadores de formas Moderadas. Ya en esta forma, el 45% de los mismos, tuvieron confirmación bacteriológica para el *Mycobacterium tuberculosis*. Y por último, 32 enfermos tuvieron la forma de tuberculosis Avanzada; de los cuales, 60% presentaron baciloscofia Positiva.

El hecho de que la mitad de los enfermos fueran clasificados y tratados como portadores de tuberculosis pulmonar a pesar de no haberse comprobado en ellos la presencia del *Mycobacterium*, obedece a múltiples causas, entre las que podemos mencionar: el alto número de formas Mínimas, la relativa frecuencia con que los enfermos rehuyen la extracción del contenido gástrico, e inclusive la impuntualidad para llevar la expectoración. Y en último término, al número siempre importante de enfermos que: o no tienen tos, o ésta no tiene expectoración.

Más de la mitad de los enfermos estuvo comprendida entre los 15 y 34 años; y solamente el 0.8% eran mayores de 65 años, lo cual nos confirma que la tuberculosis pulmonar sigue siendo una enfermedad de la juventud y del adulto joven, en nuestro medio.

C U A D R O No. 2

El tratamiento Ambulatorio instituido en este grupo de enfermos, nos produjo un total de 47 de ellos que fueron dados de alta en la categoría de Curados. Estos 47 pacientes, representan el 38.8% del total de enfermos sometidos a este tipo de tratamiento.

21 enfermos estaban comprendidos entre 15 y 24 años, y la mayoría de ellos, catalogados como formas Mínimas de tuberculosis pulmonar. En el análisis de este cuadro, el 61% de los pacientes fueron del sexo femenino.

C U A D R O No. 3

Expresamos en el capítulo de Material y Métodos, que el Dispensario Antituberculoso Central de la capital, cataloga como Mejorados y Muy Mejorados, a los enfermos que han tenido una recuperación clínica más o menos completa, y borramiento de las sombras pulmonares a la radiología, desde un 25 a 75%. Se incluyen aquí también las sombras residuales parenquimatosas, pleurales o mediastínicas.

El cuadro número 3 nos informa que 63 enfermos de los 121 analizados, fueron dados de alta en estas condiciones, lo que constituye el 52% del total; la mayoría comprendidos entre las edades de 15 y 24 años; sin variantes en el sexo, pero siguen predominando los enfermos clasificados como portadores de formas Mínimas de tuberculosis pulmonar.

C U A D R O No. 4

Es muy estimulante comprobar que sólo hubo una proporción de 9.1% de enfermos que no mejoraron con el tratamiento Ambulatorio establecido. Estos 11 enfermos, eran en su mayoría de 45 a 54 años, la mayor parte con formas Avanzadas de tuberculosis pulmonar, y la mayoría del sexo masculino.

DIAGNOSTICO Y CLASIFICACION DE 65 CASOS EN

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

E D A D	MINIMA		MODERADA		AVANZADA		SUB-TOTAL		T O T A L	%
	Baciloscopia		Baciloscopia		Baciloscopia					
	Posit.	Negat.	Posit.	Negat.	Posit.	Negat.	Posit.	Negat.		
15-24	5	2	6	2	6	3	17	7	24	37.0
25-34	6	1	4	2	3	1	13	4	17	26.0
35-44	1	2	4	0	2	0	7	2	9	14.0
45-54	0	0	1	1	4	1	5	2	7	11.0
55-64	0	1	1	1	1	1	2	3	5	7.0
65 y más	0	0	1	0	0	2	1	2	3	5.0
S U M A	12	6	17	6	16	8	45	20	65	100
T O T A L	18		23		24					
%	28.0		35.0		37.0		69.0	31.0	100	

21 PACIENTES DE TRATAMIENTO DOMICILIARIO, DADOS DE

ALTA COMO CURADOS

E D A D	MINIMA		MODERADA		AVANZADA		Sub-Total		T O T A L	%
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.		
15-24	3	3	1	2	0	1	4	6	10	47.62
25-34	1	0	0	1	0	3	1	4	5	23.8
35-44	1	0	1	0	0	0	2	0	2	9.5
45-54	0	0	0	0	2	0	2	0	2	9.5
55-64	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
65 y más	1	0	1	0	0	0	2	0	2	9.5
S U M A	6	3	3	3	2	4	11	10	21	100 %
T O T A L	9		6		6					
%	42.85		28.57		28.57		52.38	47.62	100 %	

38 PACIENTES DE TRATAMIENTO DOMICILIARIO, DADOS DE
ALTA COMO MEJORADOS Y MUY MEJORADOS

E D A D	MINIMA		MODERADA		AVANZADA		Sub-Total		T O T A L	%
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.		
15-24	0	1	1	3	3	3	4	7	11	28.94
25-34	1	3	3	3	1	0	5	6	11	28.94
35-44	0	2	1	1	0	1	1	4	5	13.15
45-54	0	0	1	0	1	2	2	2	4	10.52
55-64	0	1	0	2	0	2	0	5	5	13.15
65 y más	0	0	0	0	0	2	0	2	2	5.26
S U M A	1	7	6	9	5	10	12	26	38	100 %
T O T A L	8		15		15					
%	21.0		39.7		39.7		31.5	68.4	100 %	

6 PACIENTES DE TRATAMIENTO DOMICILIARIO, DADOS DE
ALTA COMO NO MEJORADOS

E D A D	MINIMA		MODERADA		AVANZADA		Sub-Total		T O T A L	%
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.		
15-24	1	0	0	0	3	0	4	0	4	66.66
25-34	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
35-44	0	0	0	0	0	1	0	1	1	16.66
45-54	0	0	1	0	0	0	1	0	1	16.66
55-64	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
65 y más	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S U M A	1	0	1	0	3	1	5	1	6	100 %
T O T A L	1		1		4					
%	16.66		16.66		66.66		83.33	16.66	100 %	

C U A D R O No. 5

Hemos indicado que el tratamiento Domiciliario se indica a fin de obtener el beneficio del reposo; y el cuadro número 5 nos informa que el número de pacientes vistos, con formas Mínimas, Moderadas y Avanzadas, es prácticamente el mismo.

Es digno de hacer notar, que en este tipo de tratamiento, el 69% de los enfermos tenían confirmación bacteriológica del *Mycobacterium tuberculosis*, corroborando lo expresado en la descripción del cuadro número 1.

En relación con la edad, siguen predominando las personas menores de 34 años.

C U A D R O No. 6

En el capítulo de enfermos sometidos a tratamiento Domiciliario, hacíamos ver que la mayoría de ellos eran portadores de formas avanzadas de tuberculosis pulmonar, y los resultados obtenidos con el mismo, nos informan que el 32.3% fueron dados de alta como CURADOS. La mayoría comprendidos entre los 15 y 24 años de edad. El sexo en igual proporción para hombres y mujeres. Es de notar, que en el cuadro número 6, de tratamiento Domiciliario, la mayoría de enfermos curados, eran portadores de formas Mínimas de tuberculosis pulmonar.

C U A D R O No. 7

38 de los 63 enfermos sometidos a tratamiento Domiciliario fueron dados de alta bajo el rubro de MEJORADOS y MUY MEJORADOS, que representa el 58.4% del total. La gran mayoría de ellos entre 15 y 24 años de edad; con predominio de las formas Moderadas y Avanzadas, y mayoría de enfermas del sexo femenino.

C U A D R O No. 8

La proporción de enfermos No Mejorados, equivalente a decir enfermos empeorados, es prácticamente la misma en este tipo de tratamiento, que la observada en los enfermos con régimen Ambulatorio. Las cifras directas expresan que 6 de los enfermos tratados bajo este sistema, no mejoraron con el tratamiento; la mayoría entre 15 y 24 años de edad, de sexo masculino, y portadores de formas Avanzadas de tuberculosis pulmonar.

DIAGNOSTICO Y CLASIFICACION DE 104 CASOS EN

TRATAMIENTO SANATORIAL

E D A D	MINIMA		MODERADA		AVANZADA		Sub-Total		T O T A L	%
	Basiloscopia		Basiloscopia		Basiloscopia					
	Posit.	Negat.	Posit.	Negat.	Posit.	Negat.	Posit.	Negat.		
15-24	0	1	3	2	9	11	12	14	26	25.4
25-34	0	2	2	7	10	8	12	17	29	28.0
35-44	0	0	1	2	10	6	11	8	19	18.0
45-54	0	0	1	0	11	5	12	5	17	16.0
55-64	0	0	1	0	7	4	8	4	12	12.0
65 y más	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1.0
S U M A	0	3	9	11	47	34	56	48	104	100
T O T A L	3		20		81					
%	3.0		19.0		78.0		54.0	46.0	100	

14 PACIENTES DE TRATAMIENTO SANATORIAL, DADOS DE

ALTA COMO CURADOS

E D A D	MINIMA		MODERADA		AVANZADA		Sub-Total		T O T A L	%
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.		
15-24	0	1	0	0	1	3	1	4	5	35.70
25-34	0	1	1	2	0	1	1	4	5	35.70
35-44	0	0	0	0	1	1	1	1	2	14.2
45-54	0	0	1	0	1	0	2	0	2	14.2
55-64	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
65 y más	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S U M A	0	2	2	2	3	5	5	9	14	100 %
T o t a l	2		4		8					
%	14.2		28.9		56.9		35.70	64.28	100 %	

51 PACIENTES DE TRATAMIENTO SANATORIAL, DATOS DE

ALTA COMO MEJORADOS Y MUY MEJORADOS

E D A D	MINIMA		MODERADA		AVANZADA		Sub-Total		T O T A L	%
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.		
15-24	1	0	2	1	5	5	8	6	14	27.4
25-34	0	2	0	3	4	4	4	9	13	25.5
35-44	0	0	1	2	1	6	2	8	10	19.6
45-54	0	0	0	0	6	0	6	0	6	11.76
55-64	0	0	0	1	5	1	5	2	7	13.72
65 y más	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1.96
S U M A	1	2	4	7	21	16	26	25	51	100 %
T O T A L	3		11		37					
%	5.88		21.56		72.54		50.98	49.01	100 %	

40 CASOS DE TRATAMIENTO SANATORIAL, DATOS DE
ALTA COMO NO MEJORADOS

E D A D	MINIMA		MODERADA		AVANZADA		Sub-Total		T O T A L	%
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fe.m	Masc.	Fem.		
15-24	0	0	0	1	2	4	2	5	7	17.5
25-34	0	0	0	2	4	6	4	8	12	30.5
35 -44	0	0	0	0	3	4	3	4	7	17.5
45-54	0	0	0	0	5	4	5	4	9	22.5
55-64	0	0	0	0	3	2	3	2	5	12.5
65 y más	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S U M A	0	0	0	3	17	20	17	23	40	100 %
T O T A L	0		3		37					
%	0		7.5		92.5		42.5	58.5	100 %	

C U A D R O No. 9

En forma inmediata llama la atención que solamente el 3% de los enfermos tratados en el Sanatorio, eran portadores de formas Mínimas y que el 78% lo eran de formas Avanzadas.

A pesar de este fenómeno, todavía vemos que hay un fuerte número de enfermos que no presentaron baciloscopia Positiva al ingreso (46%); pero cabe hacer notar que en estos pacientes, la confirmación bacteriológica se obtuvo en épocas posteriores.

La tuberculosis pulmonar en Guatemala sigue siendo una enfermedad invalidante en la época más productiva del hombre, de acuerdo a la edad de los tratados en el Sanatorio Antituberculoso San Vicente.

C U A D R O No. 10

El total de casos analizados y sometidos a tratamiento Sanatorial (Sanatorio Antituberculoso San Vicente) fue de 104. De los cuales únicamente 14 de ellos, que representa el 13.4%, fueron dados de alta como CURADOS. La mayoría comprendidos entre los 15 y 24 años de edad; del sexo Femenino, y portadores de formas Avanzadas de tuberculosis pulmonar.

C U A D R O No. 11

El 49% de los enfermos tratados en el Sanatorio fueron dados

de alta como MEJORADOS y MUY MEJORADOS. La mayoría entre 15 y 24 años; sin predominio de alguno de los 2 sexos, pero sí con inmensa mayoría (72.54%) portadores de tuberculosis pulmonar Avanzada.

C U A D R O No. 12

Es muy llamativo el hecho que 40 enfermos que representan el 37.6% del total tratados en forma Sanatorial, egresaron en condiciones de NO MEJORADOS. Hay que hacer notar, por justicia, que el 92.5% de ellos eran portadores de formas Avanzadas de tuberculosis pulmonar, con ligero predominio del sexo femenino; la mayor parte comprendidos entre los 25 y 34 años de edad.

DISCUSION

Dijimos en la introducción de la presente Tesis, que el objetivo central de nuestro estudio concurría a evaluar en forma comparada los resultados del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar en forma Ambulatoria, con los tratados en su Domicilio, y luego uno y otro tipo de tratamiento, con la forma tradicional que es la terapia a través de Sanatorios Antituberculosos.

A este respecto quiero hacer una primera aclaración de fondo y que consiste en que: al Sanatorio Antituberculoso San Vicente, se ingresan generalmente enfermos portadores de Tuberculosis Avanzada corrientemente en estado de gravedad clínica, muchos de ellos con accesos hemoptoicos y desde luego, sin la menor posibilidad económico-social de proyectar el tratamiento en su domicilio. Contrario a lo anterior, se decide tratamiento Domiciliario o Ambulatorio, siempre que las condiciones Clínico-radiológicas y económico-sociales lo permitan.

Estos dos aspectos hacen que se queden con tratamiento Domiciliario o Ambulatorio, un número proporcionalmente mayor de enfermos portadores de formas Mínimas de tuberculosis pulmonar. La quimioterapia empleada en uno y otro campos, es prácticamente la misma, lo usual es el régimen de 2 drogas: Isoniacida y Estreptomocina.

Siguiendo con el orden establecido para la exposición de los resultados de los distintos tipos de tratamiento, vemos claramente que el mayor porcentaje de curaciones se obtuvo con el tratamiento AMBULATORIO, que la Mejoría desde un 25 a un 75%, de acuerdo a nuestra escala de juicio, en la interpretación clínica, radiológica y bacteriológica de los casos, el mayor porcentaje corresponde al tratamiento DOMICILIARIO. Y por último, los enfermos que no mejoraron con el tratamiento instituido que en Tuberculosis equivale a decir: empeoramiento, o inclusive imposibilidad de recuperación, el mayor porcentaje correspondió a los tratados en forma SANATORIAL.

Cabe repetir en este momento, que estas cifras globales, tanto en el sentido favorable constituido por los enfermos dados de alta como CURADOS y MUY MEJORADOS, como en el sentido desfavorable de los enfermos que persistieron en igual estado o empeoraron, está directamente influido por el grado de las lesiones: ésto es, que los mejores resultados se han obtenido sobre las formas Mínimas y Moderadas de tuberculosis pulmonar; que los casos avanzados siguen constituyendo un problema muy grave de tratamiento, en cualquiera de los sistemas de administración del mismo.

Para poder concluir con más claridad sobre los resultados obtenidos, podemos expresar que en el tratamiento Ambulatorio se obtuvo el 90% de resultados favorables.

Muy semejante es la cifra obtenida en el tratamiento Domiciliario. Pero es muy digno de hacer notar que en el tratamiento Sanatorial, de acuerdo al tipo y gravedad de las lesiones, los resultados favorables son un poco más bajos, no más del 65%.

La preocupación de todos los países en su lucha Antituberculosa, está de acuerdo en forma directa a la magnitud que la tuberculosis representa como problema de salud pública, y a la disponibilidad de recursos tanto en personal como equipo e instituciones. Sabido es que existe un fuerte número de enfermos que tienen lesiones de tuberculosis pulmonar muy avanzadas con baciloscopia positiva y estado general muy deficiente. Esta cifra en nuestro país, según he podido informarme, está en los alrededores del 12 a 15% en relación con la totalidad de enfermos, sin embargo, esta cifra por sí sola, sigue justificando la existencia desde el punto de vista de la salud pública, de Centros de Aislamiento. Es de conocimiento general, a la vez, que los esfuerzos en toda lucha Antituberculosa, deben dirigirse si no a la curación de la totalidad de enfermos existentes, por lo menos a la negativización de la expectoración para que éstos dejen de constituir fuentes de contagio, y consecuentemente obtener la reducción de casos nuevos de la enfermedad. Por otra parte, los éxitos actuales con los antibióticos y quimioterápicos de la tuberculosis, hacen que las promesas de la reducción de casos, (descenso de las cifras de prevalencia de la enfermedad) sea un hecho adquirido en una proporción has-

ta del 96% de los enfermos, siempre y cuando el tratamiento se efectúe en forma regular y continua. Las recomendaciones internacionales insisten en hacer todos los esfuerzos para ir transformando el tratamiento Sanatorial en aras del Ambulatorio y Domiciliario, por las siguientes razones:

a) El tratamiento en Sanatorios sigue siendo muy costoso.

(Hasta 20 veces más que el tratamiento Ambulatorio).

Factor que para los países en vías de desarrollo debe ser tomado muy en cuenta. Además, experiencias internacionales bien reguladas, demuestran que el tratamiento Ambulatorio puede ser tan bueno, si no mejor que el Sanatorial. El estudio presentado en esta Tesis, confirma estas recomendaciones.

Por otra parte, el tratamiento Sanatorial, tiene la ventaja de que, el mismo va a ser efectuado en forma regular y continua, pero tiene a la vez el inconveniente de los trastornos familiares, sociales y económicos que produce en el enfermo el internamiento y que origina que un fuerte número de enfermos no persista en el Sanatorio.

b) Los factores en favor del tratamiento Ambulatorio y Domiciliario están en función de un menor costo del mismo; el enfermo no se separa de su familia, los resultados pueden ser muy buenos, pero a la vez tiene los inconvenientes de la frecuente irregularidad del tratamiento y de la potencial persistencia de la fuente de contagio.

Poniendo en la balanza unos y otros factores, creo que el tratamiento Ambulatorio y Domiciliario, es mejor que el tratamiento Sanatorial, si se cuenta con un servicio de enfermeras visitadoras y trabajadoras sociales, bien organizado y supervisado, en el entendido que el menor costo de este tratamiento, permite abarcar mayor número de enfermos y por lo tanto tratar a la Tuberculosis Pulmonar de acuerdo con las cifras epidemiológicas que cada región o país tenga.

CONCLUSIONES

1. La Tuberculosis Pulmonar del adulto, constituye en nuestro país, si no el primero, uno de los primeros problemas desde el punto de vista clínico y de salud pública.
2. Los Antibióticos y Quimioterápicos con que actualmente se cuenta para el tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar son de una alta eficacia.
3. Los tipos de tratamiento utilizados en Guatemala, son en Sanatorios, en Dispensarios y a Domicilio.
4. El presente estudio nos sirve para concluir que ante un juicio sereno y ecuánime, el tratamiento Ambulatorio y Domiciliario es tan bueno como el Sanatorial y a mucho menor costo que el mismo.
5. Es necesario que trabajos y experiencias nacionales sobre este importante capítulo de la lucha Antituberculosa, se lleven en forma rutinaria en todos los centros para que a un corto plazo puedan haber más experiencias nacionales, y en función de ella dirigir la lucha contra la Tuberculosis.
6. Para tener la base económica que determine la conducta a seguir en los distintos tipos de tratamiento, creo urgente la elaboración de un estudio socio-económico de la Tuberculosis Pulmonar en Guatemala.

7. Las líneas generales de este planteamiento hecho en base a todos los factores concurrentes, sería la de intensificar el tratamiento Ambulatorio y Domiciliario a escala nacional, a través de Dispensarios, Clínicas de Tórax y Centros de Salud, sin olvidar que a pesar de todo, y hasta el momento actual, todavía será necesario mantener cierto número de camas para el aislamiento de enfermos irrecuperables con baciloscopia positiva.

S U M A R I O

Con la presente Tesis me propuse tener el conocimiento directo y exponer ante las autoridades respectivas un estudio comparado de los resultados del tratamiento Ambulatorio y Domiciliario, en relación con el Sanatorial.

Se exponen datos generales sobre la Tuberculosis Pulmonar como enfermedad de salud pública, tratando de resaltar la importancia de la misma dentro de nuestros programas de conservación y recuperación de la salud.

Se hizo el estudio de 104 casos de enfermos tratados en el Sanatorio Antituberculoso San Vicente; de 65 casos tratados en el Domicilio del enfermo, y de 121 casos tratados en forma Ambulatoria en el Dispensario Antituberculoso Central de esta capital.

Se exponen los resultados en 12 cuadros estadísticos, que expresan las cifras obtenidas.

Se entra a considerar en el capítulo de Discusión las ventajas e inconvenientes de cada uno de los sistemas de tratamiento, concluyendo que es necesario por múltiples razones, impulsar en la mayor forma posible los tratamientos Ambulatorio y Domiciliario.

BIBLIOGRAFIA

- GUATEMALA, SANATORIO ANTITUBERCULOSO "SAN VICENTE". ARCHIVOS DEL SANATORIO: 1,961.
- GUATEMALA, ARCHIVOS DEL DISPENSARIO. 1,961 . DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO CENTRAL.
- OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. NORMAS PARA EL DIAGNOSTICO Y CLASIFICACION DE LA TUBERCULOSIS, WASHINGTON, MARZO 1,964. 82 PAG. - (Publicación Científica No.97.)
- TUBERCULOSIS: SEMINARIO REGIONAL DE TUBERCULOSIS, INFORME FINAL Y DISCUSIONES DE TRABAJO, MARACAY Y CARACAS, VENEZUELA, 22 DE - NOVIEMBRE - 5 DE DICIEMBRE DE 1,964 - WASHINGTON, O. S. P. JUNIO 1,965. 148 P. (Publicación Científica No.112).
- REY, AMADEO JOAQUIN, Y OTROS. TRATADO DE FISIOLOGIA. 6A. ED. MEXICO UTENA, 1,959, PP. 690 - 700.
- RICH ARNOLD R., PATOGENIA DE LA TUBERCULOSIS, ED. ALFA, BUENOS AIRES. 1,946 - PP. 610-689.

Va. B.

Ruth K. de Amaya

RUTH DE AMAYA
BIBLIOTECARIA

