

ENRIQUE EUGENIO DUARTE SAENZ DE TEJADA



Guatemala, Junio de 1975

INDICE

	Página
I. Introducción, Antecedentes y Objetivos.....	1
II. Material y Métodos.....	5
III. Resultados:.....	7
a) Cuadros	7
b) Interpretación	7
IV. Discusión	29
V. Conclusiones	37
VI. Sumario.....	39
VII. Bibliografía	41

INTRODUCCION, ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Este trabajo es resultado directo del interés que ha suscitado en mí, la polémica surgida, a partir de 1966 con la publicación de los estudios realizados en Madras, sobre si es aconsejable o no, la realización de tratamientos ambulatorios en los pacientes tuberculosos de nuestro medio.

Con ese interés y con el objeto de conocer la situación real de este tipo de pacientes hospitalizados, se llevó a cabo el trabajo esperando con ello contribuir en mínima forma, al conocimiento de los problemas que nos impiden alcanzar los éxitos que se han obtenido en otras latitudes.

Con esta base y sabiendo que en nuestro país es tan descuidados los procedimientos para la detección y seguimiento de los casos de Tuberculosis, sobre todo en los casos nuevos que es donde se centra el mayor interés de los programas de otros países, buscando con ello un verdadero impacto epidemiológico sobre la enfermedad.

En 1968-1969 pese al sub-registro observado en las estadísticas, la tuberculosis representó 68,000 defunciones y 180,000 casos nuevos en 265 millones de Latino Americanos y del Caribe.

Todos los estudios desarrollados en otros países,

hacen énfasis sobre la importancia que tienen en el tratamiento ambulatorio y su éxito las siguientes condiciones:

- a) El diagnóstico hecho en base a la baciloscopia.
- b) La educación y concientización del enfermo.
- c) La supervisión metódica y completa por personal bien entrenado.
- d) El tratamiento totalmente gratuito.

En nuestro medio esas condiciones no se dan, lo que origina que se siga dando importancia a los casos crónicos que llenan nuestros sanatorios y así seguir desperdiciando los escasos recursos con los que contamos.

Es alarmante la renuencia del médico en dejar los tratamientos en manos de personal paramédico bien entrenado y ejercer solo la supervisión de los mismos, considerando que en ello influye el sentimiento paternalista que todo médico desarrolla hacia sus pacientes y el convencimiento de que solo él está capacitado para llevar bien el tratamiento.

Lo anteriormente expuesto condiciona que los sanatorios de nuestro país se encuentren llenos de pacientes crónicos con formas avanzadas de la enfermedad, que ya han tenido tratamientos previos y que, en algunos casos, son irrecuperables. A esto se debe agregar la solicitud constante de empleo, en esos mismos casos, de drogas secundarias que no están a nuestro alcance y que distraen la atención y no dejan atender bien los casos nuevos.

Falta un verdadero programa de salud nacional que resuelva el total divorcio que existe entre los distintos servicios de salud, cosa que evitará la duplicación de esfuerzos y el desperdicio de nuestros magros recursos.

El médico general, cree que la tuberculosis sigue siendo motivo para aislar al paciente y que su curación requiere reposo y "Especialistas", cosa que además de ser falsa es dañina; pues condiciona que casos que pudieron ser tratados precozmente pasen largos períodos sin tratamiento antes de acudir a los centros "Especializados".

Es necesario, pues educar para quitarle a la enfermedad el romanticismo en que aún la envolvemos y ser más agresivos, y evitar así continuar en los extremos.

MATERIAL Y METODOS

a) MATERIAL

1) Se investigó a 428 pacientes hospitalizados en el Sanatorio San Vicente, Hospital de Neumología del IGSS y el Pabellon Anti-tuberculoso del Hospital Militar, en el período comprendido del 3 al 21 de Abril de 1975.

2) Ficha Médica de los mismos.

3) Ficha Social elaborada al ingreso de los pacientes.

4) Datos proporcionados por los propios pacientes en el curso de la entrevista.

5) Todos los datos obtenidos fueron trasladados al cuestionario previamente elaborado (VER ANEXO).

b) METODOS

1) Revisión de la historia médica para obtención de los datos concernientes a la procedencia, tratamientos previos, como llegó al sanatorio, evolución, etc.

2) Entrevista con los pacientes para obtener datos que no aparecen en la ficha.

3) Revisión de las radiografías de los pacientes, desde su ingreso hasta la época actual, para clasificarlas.

4) Para la clasificación radiológica se tomaron los patrones de Asociación Norte Americana de Tuberculosis:

3-3; 3-2; 3-1; 3-0; 2-3; 1-3; 0-3: forma AVANZADA,
 2-2; 2-1; 2-0; 1-2; 0-2: forma MODERADA,
 1-1; 1-0; 0-1: forma MINIMA.

5) Los exámenes bacteriológicos de los pacientes que fueron referidos por los hospitales nacionales: Roosevelt, Sn. Juan de Dios, etc., no fueron tomados en cuenta por considerarlos falsos.

Se siguió la evolución bacteriológica a partir del primer resultado en el Sanatorio.

6) Tabulación de los datos obtenidos, elaboración de cuadros y comparación con los resultados de otras latitudes.

CUADRO No. 1

CLASIFICACION DE LOS PACIENTES SEGUN EDAD Y SEXO				
E D A D	S E X O		SUB TOTAL	%
	MASCULINO	FEMENINO		
1 - 5 años	13	2	15	3.5
6 - 10 "	3	1	4	0.9
11 - 15 "	7	10	17	3.9
16 - 25 "	55	56	111	25.9
26 - 35 "	47	44	91	21.2
36 - 50 "	59	50	109	25.4
50 - 60 "	24	15	39	9.1
60 - 70 "	15	13	28	6.5
70 ó más "	8	6	14	3.2
T O T A L E S	231	197	428	100.00

Este cuadro muestra que la población mayormente afectada, está comprendida entre los 16 y 25 años de vida.

CUADRO No. 2

PACIENTES SEGUN SU PROCEDENCIA				
SANATORIO SAN VICENTE--1975				
P R O C E D E N C I A	S E X O		S U B T O T A L	%
	M A S C U L I N O	F E M E N I N O		
Municipio	61	52	113	26.4
Aldea	37	47	84	19.6
Caserio	17	22	39	9.1
SUB TOTAL AREA RURAL	115	121	236	55.14
Ciudad	94	54	148	34.5
Cabecera	22	22	44	10.3
SUB TOTAL AREA URBANA	116	76	192	44.86
T O T A L E S	231	197	428	100.00

Hay que hacer la advertencia, que muchos pacientes del area rural emigran al centro urbano por motivo de su enfermedad, y para justificar su ingreso dan la dirección de algún pariente o amigo que vive en la ciudad. A pesar de lo anterior, en la población hospitalaria es más frecuente observar pacientes provenientes del area rural.

CUADRO No. 3

CLASIFICACION DE LOS PACIENTES SEGUN GRUPO ETNICO				
SANATORIO SAN VICENTE--1975				
R A Z A	S E X O		S U B T O T A L	%
	M A S C U L I N O	F E M E N I N O		
Ladina	221	180	401	93.6
Indigena	9	16	25	5.8
Negra	1	1	2	0.6
T O T A L E S	231	197	428	100.00

Para la clasificación del grupo étnico se toma como base las resoluciones del seminario de integración económica de Guatemala.

CUADRO No. 4

PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES, POR ZONAS DEL PAIS				
SANATORIO SAN VICENTE--1975				
P R O C E D E N C I A	S E X O		S U B T O T A L	%
	M A S C U L I N O	F E M E N I N O		
CAPITAL	91	60	151	35.2
ZONA CENTRAL	29	26	55	12.8
ZONA SUR	40	33	73	17.0
ZONA SUR OCCIDENTAL	13	9	22	5.1
ZONA SUR ORIENTAL	4	4	8	1.8
ZONA NORTE	13	18	31	7.2
ZONA ORIENTAL	27	40	67	15.6
ZONA OCCIDENTAL	13	7	20	4.9
OTROS PAISES (HONDURAS)	1	0	1	0.2
T O T A L E S	231	197	428	100.00

Mayor número de personas provenientes de la capital. Debe tomarse en cuenta el factor MIGRACION apuntado en el cuadro No. 2.

CUADRO No. 5

INSTRUCCION DE LOS PACIENTES				
SANATORIO SAN VICENTE--1975				
I N S T R U C C I O N	S E X O		S U B T O T A L	%
	M A S C U L I N O	F E M E N I N O		
PRIMARIA	138	90	228	53.2
OTRA INSTRUCCION	12	6	18	3.8
SIN INSTRUCCION	93	107	200	46.8
T O T A L E S	231	197	428	100.00

En el grupo "SIN INSTRUCCION" se incluyo a los niños menores de 7 años.

CUADRO No. 6

TIPO DE VIVIENDA DE LOS PACIENTES SANATORIO SAN VICENTE--1975				
	SEXO		SUB TOTAL	%
	MASCULINO	FEMENINO		
CONSTRUCCION	172	135	307	71.7
RANCHO O COVACHA	45	59	104	24.2
CON AGUA	219	82	301	70.3
CON LUZ	104	90	194	44.8

En 17 de los casos no se pudo obtener los datos deseados por ser niños pequeños, cuyos padres no fueron entrevistados oportunamente.

Mayor número de personas provenientes de la capital. Debe tomarse en cuenta el factor migración apuntado en el cuadro No. 2.

CUADRO No. 7

NUCLEO FAMILIAR DE LOS PACIENTES SANATORIO SAN VICENTE--1975				
NUCLEO FAMILIAR	SEXO		SUB TOTAL	%
	MASCULINO	FEMENINO		
Vive solo	27	12	39	9.1
1 - 3 Personas	50	46	96	22.4
4 - 6 "	92	88	180	42.0
7 - 10 "	42	43	85	19.6
10 o más "	6	5	11	2.5

T O T A L E S

217

194

411

95.6

17 de los pacientes (4.6 %) no pudieron dar la información por la misma causa apuntada en el cuadro No. 6.

CUADRO No. 8

TIPO DE TRABAJO DE LOS PACIENTES ANTES DE SU INGRESO				
SANATORIO SAN VICENTE--1975				
T R A B A J O	S E X O		SUB TOTAL	%
	MASCULINO	FEMENINO		
JORNALERO	66	0	66	15.4
Piloto AUTO.	10	0	10	2.4
OFICIOS DOMESTICOS	0	152	152	35.5
OTROS	125	36	161	37.6
NO TRABAJAN	29	10	39	9.1
T O T A L E S	231	197	428	100.00

En el grupo "NO TRABAJAN" estan incluidos los niños.

Debe aclararse que en "OTROS" quedan comprendidos los oficinistas, vendedores de helados, estudiantes, etc.

CUADRO No. 9

INGRESO MENSUAL DE LOS PACIENTES, ANTES DE SU INTERNAMIENTO				
SANATORIO SAN VICENTE--1975				
I N G R E S O S	S E X O		SUB TOTAL	%
	MASCULINO	FEMENINO		
Q. 5 - 10	1	4	5	1.2
Q. 11 - 20	25	22	47	10.9
Q. 21 - 30	19	12	31	7.2
Q. 31 - 50	60	14	74	17.2
Q. 51 - 100	64	5	69	16.1
Q. 100 ó más	11	3	14	3.2
SIN SUELDO FIJO	22	128	150	35.1
T O T A L E S	202	188	390	90.9

Puede decirse que predominan los pacientes "SIN SUELDO FIJO": Amas de casa, Vendedores Ambulantes, Agricultores, Vendedores de Helados, etc.

CUADRO No. 10

LUGAR DE TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES, PREVIO A SU INGRESO				
SANATORIO SAN VICENTE--1975				
LUGAR	SEXO		SUB TOTAL	%
	MASCULINO	FEMENINO		
D.A.C ó D.A.I	22	12	34	15.3
DISP. DEPARTAMENTALES	10	17	27	12.1
SERVICIOS PRIVADOS	13	10	23	10.5
PABELLONES DEPARTAMENTALES	36	26	62	28.0
SANATORIO SAN VICENTE	37	39	76	34.1
T O T A L E S	118	104	222	100.00

Se observa que la mayoría de los pacientes han recibido tratamiento previo en este mismo sanatorio, es decir, que predominan los Reingresos.

CUADRO No. 11

LUGAR DE TRATAMIENTO DEL GRUPO FAMILIAR				
SANATORIO SAN VICENTE--1975				
LUGAR	SEXO		SUB TOTAL	%
	MASCULINO	FEMENINO		
D.A.C ó D.A.I	1	4	5	10.4
DISP. DEPARTAMENTALES	1	1	2	4.2
SERVICIOS PRIVADOS	1	2	3	6.2
PABELLONES DEPARTAMENTALES	3	3	6	12.6
SANATORIO SAN VICENTE	9	6	15	31.3
IGNORAN DONDE	10	7	17	35.3
T O T A L E S	25	23	48	100.00

A los familiares de muchos de los pacientes se les dió tratamiento, como casos de T.B. que fueron, en este sanatorio. La mayoría no saben donde fueron tratados sus parientes y, en algunos casos, si lo fueron ó no.

CUADRO No. 12

REGIMEN DE TRATAMIENTO PREVIO DE LOS PACIENTES				
SANATORIO SAN VICENTE--1975				
REGIMEN	SEXO		SUB TOTAL	%
	MASCULINO	FEMENINO		
HOSPITALARIO	79	69	148	66.7
AMBULATORIO	39	35	74	33.3
TOTALES	118	104	222	100.00

Coincide con el dato arrojado por el cuadro No. 10.

CUADRO No. 13

REGIMEN DE TRATAMIENTO DE LOS FAMILIARES				
SANATORIO SAN VICENTE--1975				
REGIMEN	SEXO		SUB TOTAL	%
	MASCULINO	FEMENINO		
HOSPITALARIO	14	10	24	50.0
AMBULATORIO	1	6	7	14.5
LO IGNORAN	10	7	17	35.5
TOTALES	25	23	48	100.00

Coincide con el cuadro No. 11.

CUADRO No. 15

EPOCA DE LOS TRATAMIENTOS PREVIOS DEL GRUPO FAMILIAR				
SANATORIO SAN VICENTE--1975				
EPOCA	SEXO		SUB TOTAL	%
	MASCULINO	FEMENINO		
1960 - 1970		1	1	2.1
1970 ó Después	5	11	16	33.3
NO SABEN CUANDO	24	7	31	64.6
TOTALES	29	19	48	100.00

La información dada por los pacientes es muy pobre.

CUADRO No. 14

EPOCA EN QUE FUERON TRATADOS LOS PACIENTES				
SANATORIO SAN VICENTE--1975				
EPOCA	SEXO		SUB TOTAL	%
	MASCULINO	FEMENINO		
1940 - 1960	6	4	10	4.5
1961 - 1970	21	26	47	21.2
1970 ó Después	82	54	136	61.2
NO SABEN CUANDO	9	20	29	13.1
TOTALES	118	104	222	100.00

Se observa que la mayoría de los tratamientos previos son recientes.

CUADRO No. 16

TIPO DE DROGAS USADAS EN LOS TRATAMIENTOS PREVIOS DE LOS PACIENTES

SANATORIO SAN VICENTE--1975

DROGAS	SEXO		SUB TOTAL	%
	MASCULINO	FEMENINO		
PRIMARIAS	78	72	150	68.0
SECUNDARIAS	14	11	25	11.0
NO SABEN	25	22	47	21.0
TOTALES	118	104	222	100.00

CUADRO No. 17

TIPO DE DROGAS USADAS EN LOS TRATAMIENTOS DEL GRUPO FAMILIAR

SANATORIO SAN VICENTE--1975

DROGAS	SEXO		SUB TOTAL	%
	MASCULINO	FEMENINO		
PRIMARIAS	29	18	47	97.8
NO SABEN	0	1	1	2.2
TOTALES	29	19	48	100.00

En los cuadros 16 y 17 se hace evidente que las drogas "primarias" fueron usadas en la mayoría de los casos.

CUADRO No. 18

INSTITUCION QUE REFIRIO A LOS PACIENTES AL SANATORIO

SANATORIO SAN VICENTE--1975

REFERIDO POR:	SEXO		SUB TOTAL	%
	MASCULINO	FEMENINO		
HOSPITAL NACIONAL	105	83	188	43.9
CENTRO DE SALUD	6	11	17	3.9
D.A.C. ó D.A.I.	70	98	168	39.3
SERVICIO PRIVADO	50	5	55	12.9
TOTALES	231	197	428	100.00

Los hospitales generales, de los departamentos y de la capital, son los que más pacientes han referido al Sanatorio.

CUADRO No. 19

SINTOMAS DE LOS PACIENTES A SU INGRESO

SANATORIO SAN VICENTE--1975

SINTOMAS	SEXO		SUB TOTAL	%
	MASCULINO	FEMENINO		
TOS	188	172	360	84.1
PIEBRE	162	143	305	71.2
DOLOR TORACICO	87	65	152	35.2
HEMOPTISIS	43	29	72	17.1
ESPUTOS HEMOPTOICOS	15	16	31	7.2
ASINTOMATICOS	22	11	33	7.8

La TOS es el síntoma más frecuente que presentan los pacientes a su ingreso.

CUADRO No. 20

EVOLUCION BACTERIOLOGICA DE LOS PACIENTES AL FROTE											
SANATORIO SAN VICENTE 1975											
HOMBRES	INGRESO	%	1er.MES	%	2do.MES	%	3er.MES	%	4to.MES		
POSITIVO	105	24.6	36	8.4	20	4.6	21	4.7	19	4.5	
NEGATIVO	104	24.4	106	24.9	96	22.8	85	19.8	85	19.9	
NO SE SABE	22	5.2	89	20.9	115	26.8	125	29.7	127	29.8	
T O T A L E S	231	54.2									
MUJERES											
POSITIVO	139	32.4	60	14.0	62	14.4	38	9.4	27	6.1	
NEGATIVO	44	10.2	88	20.4	96	22.4	59	13.9	46	10.7	
NO SE SABE	14	3.2	49	11.4	39	9.0	100	23.5	124	29.0	
T O T A L E S	197	45.8									

Cuadro No. 21

EVOLUCION BACTERIOLOGICA DE LOS PACIENTES AL CULTIVO											
SANATORIO SAN VICENTE 1975											
HOMBRES	INGRESO	%	1er.MES	%	2do.MES	%	3er.MES	%	4to.MES		
POSITIVO	70	16.3	36	9.7	31	7.3	20	4.7	7	1.7	
NEGATIVO	43	10.4	50	12.7	52	12.3	51	11.9	38	8.9	
NO SE SABE	118	3.2	145	31.9	148	34.6	160	37.6	186	43.6	
T O T A L E S	231	54.2									
MUJERES											
POSITIVO	13	3.0	17	3.9	18	4.1	14	3.2	12	2.8	
NEGATIVO	11	2.4	8	1.9	15	3.5	30	7.0	43	10.0	
NO SE SABE	173	40.4	172	40.0	164	38.2	153	35.2	142	33.0	
T O T A L E S	197	45.8									

Hay que aclarar que, entre los casos anotados como " NO SE SABE " se encuentran los pacientes de reciente ingreso, aquellos otros a quienes no se les practicó examen en esa fecha de control y los pacientes cuyo resultado esta pendiente.

GRAN TOTAL CUADRO No. 21 428 Pacientes 100 %

CUADRO No. 22

RAZON DE HOSPITALIZACION DE LOS PACIENTES				
SANATORIO SAN VICENTE--1975				
R A Z O N	S E X O		SUB TOTAL	%
	MASCULINO	FEMENINO		
HEMOPTISIS	22	19	41	9.5
NEUMOTORAX	2		2	0.4
T.B. EXTRA PULMONAR	10		10	2.3
SOLO T.B.C.	215	187	402	94.0
OTRAS ENFERMEDADES	16	10	26	6.0
T O T A L E S	231	197	428	100.0

Por razones de su condición SOCIAL, solo se hospitalizaron 3 pacientes (0.7 %). La gran mayoría ingresan solo por el hecho de tener T.B. Entre "OTRAS ENFERMEDADES" se encuentran los pacientes que ya tenían un ingreso previo por T.B. y que en 1975 regresaron con otro cuadros: Diabetes, Desnutrición, etc.

CUADRO No. 23

RAZON DE QUE CONTINUEN HOSPITALIZADOS LOS PACIENTES				
SANATORIO SAN VICENTE--1975				
PARA USO DE DROGAS DE 2a. LINEA	S E X O		SUB TOTAL	%
	MASCULINO	FEMENINO		
SI	36	19	55	12.8
NO	195	178	373	87.2
POR COMPLICACIONES				
SI	18	19	37	8.6
NO	213	178	391	91.4

ESTANCIA MAYOR DE 3 MESES SIN COMPROBAR B.K.				
SANATORIO SAN VICENTE--1975				
T I E M P O	S E X O		SUB TOTAL	%
	MASCULINO	FEMENINO		
DE 3 A 4 MESES	25	14	39	9.2
DE 5 A 6 MESES	8	4	12	2.8
DE 7 A 8 MESES	5	2	7	1.6
DE 9 A 10 MESES	2		2	0.4
DE 11 A 12 MESES	3	1	4	0.9
DE 12 MESES O MAS	2	1	3	0.8
T O T A L E S	45	22	67	15.6

Desde su ingreso hasta cumplir 3 meses de hospitalización los pacientes permanecen en el servicio de observaciones donde se efectúan los estudios Dx. necesarios.

TIEMPO DE PERMANENCIA DESPUES DE LA NEGATIVIZACION BACTERIOLOGICA				
SANATORIO SAN VICENTE--1975				
T I E M P O	S E X O		SUB TOTAL	%
	MASCULINO	FEMENINO		
De 3 a 4 MESES	36	35	71	16.5
De 5 a 6 MESES	26	15	41	9.6
De 7 a 10 MESES	26	26	52	12.2
De 11 a 12 MESES	9	10	19	4.4
De 13 a 18 MESES	8	13	21	4.9
De 19 a 24 MESES		1	1	0.3
De 24 MESES O MAS	1	1	2	0.4
T O T A L E S	106	101	207	48.3

Del total de pacientes hospitalizados (428) permanece el 48.3 % después de 3 meses de negatividad bacteriológica.

CUADRO No. 27

CLASIFICACION RADIOLOGICA DE LOS PACIENTES: ACTUAL
SANATORIO SAN VICENTE--1975

C L A S I F I C A C I O N	S E X O		SUB TOTAL	%
	MASCULINO	FEMENINO		
MINIMA	25	22	47	10.9
MODERADA	60	42	102	23.8
AVANZADA	91	86	177	41.5
NO TIENE	55	47	102	23.8
T O T A L E S	231	197	428	100.0

CUADRO No. 26

CLASIFICACION RADIOLOGICA DE LOS PACIENTES: AL INGRESO
SANATORIO SAN VICENTE--1975

C L A S I F I C A C I O N	S E X O		SUB TOTAL	%
	MASCULINO	FEMENINO		
MINIMA	16	5	21	4.9
MODERADA	37	31	68	15.8
AVANZADA	171	157	328	76.8
NO TIENE	4	7	11	2.5
T O T A L E S	231	197	428	100.0

DISCUSION

El problema de la Tuberculosis continua siendo en Guatemala un verdadero problema social, un estigma que no abandona al paciente ni aun cuando solicita atención en otro tipo de hospital por problemas no tuberculosos. Esto es por el desconocimiento del personal y también por el temor que la enfermedad provoca en ellos; también aún en la familia o nucleo familiar donde el rechazo se hace más evidente y crea así el abandono social en que caen este tipo de pacientes.

El hecho de estar aislados en un sanatorio a la par de una población de "indeseables", ya es de por sí traumatizante y crea la sensación de encarcelamiento.

La separación de un paciente de su nucleo familiar y de trabajo, es una situación que debería desaparecer, porque no se justifica toda esa cantidad de tiempo y energias perdidas en la vida de un ser humano, que mediante otro sistema de tratamiento dispondría, actualmente, de medicamentos efectivos. Falta la organización necesaria para hacerlos llegar hasta los últimos rincones del país.

La piramide de población en Guatemala tiene un predominio de gente joven y esto coincide también en el caso presente (Cuadro No. 1). Se esta tratando en el Sanatorio San Vicente personas en su edad más

productiva. Es representativo el porcentaje (15,6%) de pacientes que permanecen entre 3 meses y más de un año sin comprobárseles bacteriológicamente la enfermedad, lo que desde el punto de vista epidemiológico es injustificable, puesto que no son contaminantes (Cuadro No. 24).

Aunque el Sanatorio San Vicente tiene entre su población representantes de todas las zonas del país, así como de las distintas magnitudes de población (Cuadros Nos. 2 y 4), llama la atención que solo el 4,9% sean de la zona Occidental. ¿Será por que la población es eminentemente indígena y busca preferentemente al brujo que a los servicios de salud?

Como una continuación al comentario anterior, puede decirse que la mayoría de la población del país es Indígena y Analfabeta, y es toda esta mayoría la que no busca los servicios oficiales de salud, de allí que la población del sanatorio tenga pocos representantes de estos grupos y quienes han buscado atención, tienen instrucción primaria (Cuadro No. 5). Sería de esperar que, en un futuro próximo, la División de Tuberculosis promueva la pesquisa de casos en la población indígena, analfabeta y rural.

Un colofón de lo anterior es el tipo de vivienda declarado por los pacientes (Cuadro No. 6).

Las familias Guatemaltecas del campo suelen ser numerosas. Nos encontramos así un 42% de pacientes con núcleos familiares compuestos entre 4 y 6 personas (Cuadro No. 7).

66 pacientes eran jornaleros y 152 mujeres se dedicaban solo a los quehaceres de su casa (Cuadro No. 8). Esto coincide con lo analizado en el cuadro No. 2 en donde vemos que la población es eminentemente rural.

En el cuadro No. 9 se demuestra que la población rural en Guatemala tiene un ingreso económico bajo. Solo el 3,2% perciben Q100,00 o más por mes.

¿Por qué reingresan los pacientes? El cuadro No. 10 nos plantea toda una serie de interrogantes:

¿Fueron los pacientes tratados adecuadamente desde el principio?

¿Hubo un buen seguimiento de los casos a través del control post-sanatorial?

¿Fueron referido los casos provenientes del campo al servicio de salud más cercano a su domicilio? ¿Cuanto influye el factor socioeconómico en la producción de la enfermedad?

La solución a todas esas interrogantes estaría en la organización de la lucha Anti-Tuberculosa a través de los servicios de salud de todo el país.

Era interesante analizar tratamientos del grupo familiar (Cuadros Nos. 11, 13 y 15), desgraciadamente solo pudimos constatar el desconocimiento de parte de los pacientes a este respecto.

En relación al fracaso en el tratamiento sana-

torial previo al ingreso durante el cual se realizó el presente estudio, vemos en el cuadro No. 14 que ese tratamiento era reciente y que solo el 25,7 habían sido tratados en épocas anteriores.

En nuestro país, por razones de sub desarrollo económico, raramente pueden usarse drogas de segunda línea en regímenes de tratamiento sanatorial. Lo anterior se evidencia en los cuadros Nos. 16 y 17.

Como es notorio, el tratamiento sanatorial de San Vicente no resuelve el problema del paciente tuberculoso. Volvemos a pensar en las ventajas del tratamiento ambulatorio sobre el sanatorial; como han sido ampliamente pregonadas destacando:

- 1) Bajo costo tanto en medicinas como en personal.
- 2) No se pierde el contacto del paciente con la familia.
- 3) Los casos pueden ser detectados más rápidamente cuando el personal de salud está entrenado para este tipo de tratamiento.
- 4) La supervisión adecuada evita la pérdida de casos.

Un gran número de pacientes son referidos desde los dispensarios Anti tuberculosos de la capital (D. A. C. y D. A. I), esto coincide con el hecho de que muchos pacientes egresados han continuado el tratamiento post-sanatorial a través de esas instituciones.

La mayoría de los pacientes son referidos de los hospitales nacionales (Cuadro No. 18), casi únicamente por su estado de desnutrición, muchos con radiografías que muestran lesiones torácicas y en el caso de los hospitales Roosevelt y San Juan de Dios, incluso con informes de laboratorio de muestras de esputo positivas a bacilos ácido alcohol resistentes, y que rara vez pueden ser corroboradas en el sanatorio. De allí que en el punto 5 de material y métodos se dijo que estos informes fueron considerados falsos.

Muchos pacientes acuden a los hospitales generales por sintomatología ajena al aparato respiratorio, pero al ser entrevistados y referir una estancia previa en el sanatorio o en los pabellones departamentales, inmediatamente son remitidos a este centro. Esta actitud fué comentada al principio de este capítulo.

Las observaciones publicadas por centros de investigación de Tuberculosis en otras latitudes, refieren que el síntoma TOS es el observado con más frecuencia en la Tuberculosis Pulmonar. El cuadro No. 19 coincide con eso mismo y ratifica la importancia que debería darle la División de Tuberculosis al sintomático respiratorio para la pesquisa de casos, en vez de practicar exámenes radiológicos indiscriminadamente.

Con respecto a los cuadros Nos. 20 y 21, cabe aclarar que al ingreso, prácticamente es el mismo número de pacientes con baciloscopia positiva, que los negativos (entre los varones). Recuérdese que la mayoría de los pacientes son reingresos. Las pacientes femeninas, en cambio, en su mayoría fueron positivas al ingreso, porque no siguieron el control ambulatorio después de su anterior hospitalización, por deber atender las obligaciones del hogar.

Cabe preguntarse ¿Por qué aumentan progresivamente aquellos casos en que no se sabe el resultado bacteriológico, con el pasar de los meses?

¿Falta exigencia de parte de los jefes de servicio de estos controles mensuales?

El cuadro No. 22, pone en evidencia lo aseverado en la introducción: 94 % de los pacientes ingresan por el solo hecho de padecer tuberculosis.

El cuadro No. 23 continua planteándonos la necesidad de ofrecer a los pacientes un control Anti Tuberculoso ambulatorio, Asequible hasta en los últimos rincones del país. Mientras esto no se logre seguiremos llenando nuestros sanatorios y pabellones Anti Tuberculosos injustificadamente. Uno de los motivos que se menciona para hospitalizar al paciente es el de romper la cadena de transmisión o aislar el foco de contagio de la tuberculosis. En los adultos las formas de tuberculosis no son más que la reactividad endógena de focos tuberculosos que han quedado como recuerdo de la primo infección tuberculosa y muy muy raramente se ven casos de primo infección en adultos.

Por este sentido el aislar al paciente para evitar el contagio con adultos no tiene ningún valor. Sin embargo, nosotros sabemos que el paciente adulto bacilífero es el foco de contagio para los niños y esto sería un argumento para la hospitalización. Esto no es cierto, ya que cuando el paciente es descubierto como positivo, ya ha permanecido en contacto con su familia por largo tiempo y las oportunidades de contagiarla han estado presentes. Se sabe que la incidencia de contagio disminuye al iniciarse el tratamiento y hay estudios bien cimentados en este sentido que

comprueban que la incidencia de nuevos casos de tuberculosis en hogares de pacientes tuberculosos es prácticamente igual si son tratados hospitalariamente o bien en base ambulatoria. Es por esto nuevamente que la hospitalización rutinaria del paciente tuberculoso no es justificada y que los programas de tipo ambulatorio son los que están actualmente recomendados.

En el cuadro No. 25 se presentan los casos que aun después de la negativización bacteriológica permanecen hospitalizados. El período de permanencia tiene un margen de 3 a 24 meses o más.

Comparando los cuadros Nos. 26 y 27, puede notarse la tendencia a disminuir de las lesiones avanzadas en razón del tratamiento. Hay muchos casos sin control radiológico actual por ser de reciente ingreso (menos de 3 meses) o por ser casos irrecuperables, a los cuales se hace estos exámenes de control con más separación de tiempo.

CONCLUSIONES

- I. El Sanatorio San Vicente tiene 428 pacientes, la mayoría en edad productiva y con cuadros avanzados de enfermedad.
- II. Un 15,6% de los pacientes permanecen entre 3 meses y más de un año sin comprobárseles bacteriológicamente la tuberculosis.
- III. El 34,1% de los pacientes del sanatorio son reingresos, con formas avanzadas y resistentes a los esquemas primarios de tratamiento.
- IV. Falta la disponibilidad de drogas de segunda línea para el tratamiento de todos estos casos; pero como no es posible, por la situación económica del país, distraer nuestros escasos recursos en estos pacientes, es recomendable intensificar la pesquisa y el tratamiento de casos primarios a nivel nacional.
- V. El 43,9% de pacientes son referidos de los hospitales nacionales por problemas adyacentes a la tuberculosis, e incluso con falsos informes bacteriológicos positivos.
- VI. Los centros y puestos de salud apenas refirieron al 3,9% de los pacientes actualmente hospitalizados. Esto obliga a insistir en la necesidad de

incluir en el plan nacional de salud la busque
da de casos primarios.

VII. La mayoría de los pacientes provienen del -
area rural (55, 1%) Con nucleos familiares nu
merosos y con bajos ingresos económicos; los
hombres en su mayoría jornaleros y las muje-
res amas de casa.

VIII. La tendencia actual de reservar el uso de los
sanatorios para casos graves, no por el simple
hecho de tener tuberculosis, de eliminar los
centros anti tuberculosos o convertirlos en hos-
pitales generales y darle prioridad a las cam-
pañas masivas de vacunación, a los casos nue
vos y baciliferos y el empleo de Esquemas bifa
sicos, intermitentes y prolongados de trata-
miento, totalmente supervisados, considero -
que es lo más aconsejable para nuestro país.

SUMARIO

Se presenta un estudio de la población actual
en el sanatorio anti tuberculoso San Vicente, que in-
cluye el Hospital de Neumología del IGSS y el pabe-
llon anti tuberculoso del Hospital Militar, durante -
Abril de 1975.

De 428 pacientes se encontró que el 34, 2% -
son reingresos, con formas avanzadas de tuberculosis,
la mayoría de ellos irrecuperables.

43, 9% de los pacientes son referidos por los
hospitales nacionales, rara vez por una tuberculosis
comprobada.

Solo el 3, 9% fueron enviados por centros o
puestos de salud.

El 15, 6% de los pacientes permanecen entre
3 y 12 meses y más sin ser baciliferos.

El 48, 3% de los pacientes de 3 a 24 meses o
más, después de su negativización bacteriológica.

Se recomienda incluir en el plan nacional de
salud la PESQUIZA Y TRATAMIENTO DE LOS CASOS
PRIMARIOS, hasta en los últimos rincones de nuestra
geografía.

BIBLIOGRAFIA

1. - José Del Valle Monge: Resultados comparativos del tratamiento de la tuberculosis pulmonar del adulto en sanatorios, dispensarios y a domicilio. Trabajo de tesis facultad de Ciencias Médicas, Agosto 1966.
2. - Cesar Guillermo Vasquez Cabrera: Evaluación del Tratamiento anti tuberculoso totalmente controlado a nivel de puestos de salud. Trabajo de tesis Facultad de Ciencias Médicas, Junio de 1974.
3. - Dr. Rafael Arevalo: Participación de los hospitales generales en el control de la tuberculosis pulmonar. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala, 1951.
4. - Leon Arango, Agustin W. Brewin, and John F. Murray: The spectrum of tuberculosis as currently seen in a metropolitan hospital, American Review of Respiratory Disease. Volume 108, 1973.
5. - Dr. Rafael Senties et al.: Bases del programa de control de tuberculosis en México. Boletín O. P. S. Vol., 76. No. 6 Junio 1974. Págs. 479-490.

6. - Dra. Phyllis Q. Edwards: Control de la tuberculosis en países de baja prevalencia. Boletín O. P. S. Vol. 75, No. 1 Julio 1973. Págs. 31-45.
7. - Dr. Gilmaro M. Teixeira: Quimioterapia de la tuberculosis. Progresos recientes aplicables a los programas de salud. Boletín O. P. S. Vol. 74, No. 5. Mayo 1973.
8. - T. B. Chemotherapy Center, Madras: A concurrent comparison of home and sanatorium treatment of pulmonary tuberculosis in South India. Bulletin W. H. O. Vol. 21, No. 1, 1959. Págs. 51-131.
9. - A 5 year study of patients with pulmonary T. B. in a concurrent comparison of home and sanatorium treatment for one year with INH plus PAS. Bulletin W. H. O. Vol. 34, No. 4, 1966, Págs. 533-551.
10. - Comité de expertos de la O. M. S. : Noveno informe. Serie de Informes Técnicos (552) Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1974.
11. - Dr. Mario Grinspun S. : Esquemas eficaces de quimioterapia de la tuberculosis en la América Latina. Boletín O. P. S. Vol. 73, No. 6, Diciembre de 1972, Págs. 553-557.
12. - Dr. Lee B. Reichman: Tratamiento de la tuberculosis: Cuando y donde. Annals of Internal medicine. Vol. 80, No. 3, March 1974. Págs. 402-405. Traducción del Dr. José del Valle M.

13. - Ministerio de Salud, República de Ghana: Desarrollo de un programa de control de la tuberculosis. Manual de programas en áreas rurales, República de Ghana 1967. Caps. II, VII, VIII y X. Trad. por el Dr. José del Valle M.

A N E X O

CUESTIONARIO:

1. - Datos Generales: Edad, Sexo, Procedencia, Raza.
2. - Antecedentes Socio-Económicos: Escolaridad, Vivienda, Nucleo Familiar, Ocupación.
3. - Tratamientos Previos: Donde, Cuando y Drogas empleadas.
4. - Como llego al Sanatorio y Síntomas de T. B.
5. - Hallazgos: Bacteriología al frote y al cultivo.
6. - Evolución Radiológica.
7. - Razón de Hospitalización.
8. - Razón de continuar hospitalizado.

Para la división por zonas del país se siguió el siguiente criterio:

ZONA CENTRAL: Municipios de Guatemala y Sacatepequez.

ZONA SUR: Escuintla y Suchitepequez.

- c) ZONA SUR-OCCIDENTAL: Retalhuleu, Costa de Quezaltenango y de San Marcos.
- d) ZONA SUR-ORIENTAL: Costa de Santa Rosa y de Jutiapa.
- e) ZONA NORTE: Izabal, Las Verapaces y El Peten.
- f) ZONA ORIENTAL: Santa Rosa, Jutiapa, Jalapa, Chiquimula y Zacapa.
- g) ZONA OCCIDENTAL: Chimaltenango, Solola, El Quiché, Totonicapan, Quezaltenango, Huehuetenango y San Marcos.

BR.

Quarte

ASESOR:

Walle
Dr. José Del Valle Monge

REVISOR:

Carlos Aragón Díaz
Dr. Carlos Aragón Díaz

DIRECTOR DE FASE III:

Julio de León M.
Dr. Julio De León

SECRETARIO:

Mariano Guerrero
Dr. Mariano Guerrero

Vo. Bo.

DECANO:

Carlos Armando Soto
Dr. Carlos Armando Soto