

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE MEDICINA

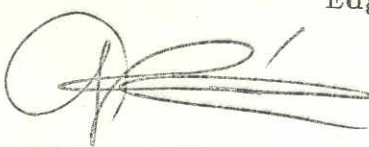
**La Tuberculosis como problema
Socio-Economico y su diagnóstico**

Municipio de San Jacinto, Chiquimula 1977.

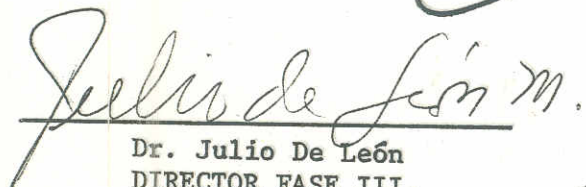
Edgar Felipe González Bustamante

Guatemala, C. A.


Edgar F. Gonzalez B.


Dr. Fernando Rendón C.
ASESOR.


Marco V. Bonis
REVISOR.


Dr. Julio De León
DIRECTOR FASE III.


Dr. Raúl A. Castillo
SECRETARIO.


Dr. Rolando Castillo M.
DECANO.

I N D I C E

1. Introducción.
2. Objetivos.
3. Justificación.
4. Hipótesis.
5. Antecedentes.
6. Descripción Geográfica del Municipio de San Jacinto.
7. Material, Métodos y Recursos.
8. Presentación, Análisis e Interpretación de los Resultados.
9. Conclusiones.
10. Recomendaciones.
11. Bibliografía.
12. Anexos.

1. INTRODUCCION

La Tuberculosis ocupa por su importancia un lugar excepcional en la historia de la Medicina. En todas las épocas y en todos los climas ha sido una de las principales causas de enfermedad y muerte. Fue una de las primeras enfermedades que hizo desarrollar esfuerzos sanitarios organizados, y los progresos que se han conseguido en la lucha contra la tuberculosis demuestran el valor del diagnóstico precoz de los casos de infección y del aislamiento de los enfermos.

La tuberculosis es el prototipo de las infecciones que existen en la mayoría de los casos como enfermedad parasitaria, sin causar enfermedad importante, pero puede producir afecciones de tipo agudo y crónico de gravedad suficiente para constituir una de las más importantes causas de muerte.

En Guatemala, el problema de la tuberculosis cobra gran relevancia por lo poco que se ha logrado en cuanto a su resolución.

Cualquier programa de salud de una comunidad, debe necesariamente estar precedido por un conocimiento amplio de la situación real, y de los factores que la condicionan y determinan.

Por lo antes expuesto, en este estudio me propongo presentar el conocimiento -

de la situación real de la tuberculosis en el municipio de San Jacinto del Departamento de Chiquimula, como una contribución para la mejor orientación de los criterios de Programación de la lucha antituberculosa en el país, como un medio para el mejor control de la tuberculosis como enfermedad y problema social.

Para llegar al conocimiento real y actual del problema de la Tuberculosis en el municipio de San Jacinto-Chiquimula, se efectuó un estudio y análisis retrospectivo de -- diferentes medios y/o acciones por los que, -- los Servicios de Salud y la División de Tuberculosis han intentado detectar, controlar y -- resolver el problema (encuestas fluoroscópicas y de reacción tuberculínica); un estudio de la capacidad instalada del Puesto de Salud, tanto cualitativa como cuantitativamente de -- recursos físicos y humanos; un estudio de los conocimientos, hábitos, creencias y reacciones de la población acerca de la Tuberculosis como problema de salud; y un estudio del conocimiento que posee el personal del puesto de salud, a través de un cuestionario elaborado para el efecto.

2. OBJETIVOS:

A) Generales:

Contribuir al estudio, análisis e interpretación del problema de la Tuberculosis.

Estudiar y establecer la utilización de los registros, para obtener cifras de prevalencia e incidencia de la morbilidad y --

rtalidad tuberculosa.

Contribuir con la División de Tuberculosis de la Dirección General de Servicios de Salud, al desarrollo del Programa de control de la Tuberculosis.

B) Específicos:

Conocer la magnitud del daño de Tuberculosis Pulmonar, y las características del ambiente en donde se desarrolla el proceso, en el municipio de San Jacinto, que giran alrededor del problema.

Identificar en sus diferentes aspectos las variables socio-económicas del municipio de San Jacinto, que giran alrededor del problema.

Estudiar la tendencia epidemiológica de la Tuberculosis en el municipio de San Jacinto, incluyendo el registro central de casos.

Investigar y conocer las creencias y valores que poseen los habitantes de San Jacinto, acerca de la Tuberculosis, sus acciones y respuestas hacia la enfermedad y los mecanismos naturales con que cuenta para enfrentar el problema.

3. JUSTIFICACION:

La tuberculosis es actualmente un problema totalmente distinto a lo que fue en

el pasado, por los cambios en el diagnóstico, en la terapéutica y en el armamentario preventivo. Hasta finales de los años cuarenta, no existía cura y las tasas de mortalidad eran elevadas. Los pacientes eran enviados a Sanatorios en el campo, para un prolongado reposo en cama con aire fresco. El Sanatorio y las organizaciones sanitarias, eran forzadas a -- asumir la responsabilidad que el doctor privado evadía. Los perjuicios del pasado se han perpetuado, muy a menudo a pesar de valiosas evidencias científicas de lo contrario, causando no sólo un tratamiento equivocado de -- los individuos, sino el uso ineficaz y despilfarrador, así como improductivo, de los recursos de salud, siempre escasos y difíciles de conseguir.

Ya es tiempo suficiente para que, las autoridades de Salud, reaccionen a los nuevos conceptos en Tuberculosis, de la misma manera como los clínicos deben responder a los nuevos conceptos en la práctica de la medicina.

No ocurrirán cambios hasta que el mensaje sea llevado a la comunidad y hasta que -- sea aceptado por los profesionales. Los médicos internistas y las instituciones tienen la obligación de redoblar sus esfuerzos a nivel local y nacional, hasta que el mensaje sea entendido, aceptado y se actúe en consecuencia.

Si ha de desarrollarse un programa de lucha contra la TB, es menester conocer el -- campo de acción de dicho programa, y en este

caso la población susceptible, es decir que a través de los medios e instrumentos adecuados se trata de determinar las características sociales y culturales de la población, - que proporcionarán una mejor orientación a dicho programa.

4. HIPOTESIS:

La fotofluoroscopia y las pruebas de Reacción Tuberculínica son ineficaces en la detección de casos y diagnóstico de la Tuberculosis.

Por su conocimiento empírico sobre la Tuberculosis, la población no es capaz de percatarse de la magnitud del problema y detectarlo.

5. ANTECEDENTES:

HISTORIA DE LA LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS:

Antes del advenimiento de los antibióticos antituberculosos, para el tratamiento de la enfermedad se recomendaban cuidados personales y colectivos, se usó terapéuticamente el neumotorax artificial y el tratamiento sintomático con curas en lugares de altura. Por fortuna, en 1921 se contó -- con la vacuna BCG, lo que ha demostrado abundantemente su inocuidad y ha probado su eficacia protectora contra la enfermedad.

Con los antibióticos anti-tuberculosos, la lucha tuvo un extraordinario impulso.

so, nacional e internacional, originando la brillante época de las campañas en masa, tanto de vacunación BCG como de exámenes radiológicos de grandes colectividades, con el fin de descubrir muchos enfermos y así aprovechar los medicamentos eficaces contra la enfermedad.

En Guatemala, antes de 1945, la lucha anti-TB estaba reducida a actividades dispersas y generalmente de carácter personal. En el Hosp. Gral. había una clínica para Tuberculosis, habían enfermos en servicios de medicina; en forma esporádica se hacía el neumotorax artificial. En 1941 empezó a funcionar la Colonia Infantil del Club de Leones de San Juan Sacatepéquez, para el tratamiento sanatorial de TB pulmonar de primoinfección en niños menores de 7 años. En 1945 fue particularmente fructífero, tanto universalmente como en Guatemala, se empezó a usar la Estreptomicina descubierta en 1944. Se instaló un dispensario anti-TB central; se fundó la liga Nac. contra la TB; se creó la Asociación Guatemalteca de Tisiología, y se principio a tener una mínima coordinación dictada por la necesidad y el sentido común. Se organizó el Sanatorio Elisa Martínez de Antigua Guatemala. Se destina el Sanatorio San Vicente para el tratamiento de enfermos de TB pulmonar; el Hosp. Rodolfo Robles de Quezaltenango para el mismo fin y la clínica de Torax en éste último también. En 1952 se fundan el Dispensario Anti-TB Infantil, la Unidad Anti-TB de Huehuetenango. En 1955 se

crea la División de Tuberculosis. En octubre de 1968, en el IGSS, principia sus actividades una clínica de Neumología; en enero de 1969 inicia sus funciones un servicio hospitalario con capacidad para 72 enfermos. (3)

Es el año de 1955, el que marca el inicio de una lucha organizada contra la TB en Guatemala.

El enunciado de integración fue por primera vez recomendado en el XIII Congreso Panamericano de Tuberculosis, de la Unión Latinoamericana de Sociedades de Tisiología, celebrado en Guatemala, en julio de 1962.

La Tuberculosis constituye aún, uno de los problemas de salud pública del "Tercer Mundo", con una incidencia anual declarada de 250-300 casos por 100,000 habitantes, con una prevalencia de 20 millones de casos contagiosos.

La mortalidad por tuberculosis en Guatemala, fue de 30 por 100,000 hab. en 1964, y de 14 por 100,000 hab. en 1975 (ver cuadro # 1).

HISTORIA DEL DIAGNOSTICO DE LA TUBERCULOSIS EN GUATEMALA Y EN SAN JACINTO-CHIQUEMULA:

Tradicionalmente, por mucho tiempo en Guatemala, bajo principios técnicos, cuyo diagnóstico se basa en la radiología, se recorrieron en Guatemala, 15 áreas de salud --

(departamentos) de 1958 a 1975, habiendo -- examinado a la fluoroscopia a más de 1.100, 000 guatemaltecos con una prevalencia de -- 1.4% de sombras radiológicas, catalogadas -- como de origen tuberculoso.

Por encuestas radiológicas en 1974, en nuestro país, se diagnosticaron por distintas instituciones 3,145 casos, y bacteriológicamente se confirmaron 45.3% aún -- cuando no se les realizó estudio bacteriológico a 1/3 de los enfermos.

Entre los años de 1968 a 1974, las estadísticas de nuestro país nos revelan -- que el número de enfermos examinados a ido aumentando, disminuyendo en porcentaje de -- sospechosos, pero el número de casos bacteriológicamente confirmados aproximadamente es el mismo. Con la edad aumentó el porcentaje de sospechosos; siendo también mayor -- en la raza indígena en igual porcentaje para ambos sexos. (15)

La "Gran Cruzada Nacional de Vacunación Anti-tuberculosa", realizada durante -- los dos años comprendidos de julio de 1956 a junio de 1958, produjo un índice de infección en niños de 7 a 14 años de edad, -- que varió en toda la república, del 10 al -- 45 %. Este índice de infección en 1975 en escolares de 7 años de edad, en toda la república fue de 8.9 %. Este programa en masa de vacunación Anti-tuberculosa con BCG, el cual se hizo con prueba tuberculínica --

previa, produjo 2.400,000 personas probadas a la tuberculina en todas las edades, y un millón doscientos mil recibieron vacuna BCG. La prevalencia obtenida con base radiológica dió en Escuintla el 3% en 1958, el 0.6% en - Alta Verapaz en 1965; con un promedio general en 15 departamentos del 1.4% (comprobada a lo sumo en el 50% de los casos por examen bacteriológico, en nuestro medio). (3)

En el departamento de Chiquimula, - del 5 de marzo al 31 de agosto de 1973, se - realizó una encuesta fluoroscópica y de re- acción tuberculínica a través de la División de Tuberculosis, sobre una población total - de 180,871 habitantes, cubriendo al 66.3% de la población (119,841 hab.); confirmados por bacteriología 814 casos de Tuberculosis Pul- monar, con una prevalencia de 0.7%.

En San Jacinto-Chiquimula, objeto de este estudio, del 12 al 18 de julio de 1973, se realizó una encuesta tuberculínica y fluo- roscópica por la División de Tuberculosis, - sobre una población total de 7,058 hab. (cal- culada); se probaron a la tuberculina el - - 78.7% de la población y a la fluoroscopia el 55.0%, con una población cubierta del 78.7% (5,552 hab.); fueron positivos a la tubercu- lina el 47.9% y a la fluoroscopia el 1.4%. Confirmados a la TB un total de 43 casos, -- con una prevalencia de 1.1%.

Resumiendo, podemos expresar que en Guatemala, se realizó de 1955 a 1975 la lu- cha contra la TB bajo los principios interna

cionales preconizados: Vacunación antituberculosa con BCG, encuesta Fotofluoroscópica en masa, y quimiopprofiláxis de los contactos. En este programa, el examen bacteriológico - tuvo en los primeros 10 años muy poco impulso.

Aún, durante 1976, en nuestro país, el descubrimiento de los casos nuevos se hacía por fluoroscopia.

"ES BIEN SABIDO QUE LA RADIOLOGIA NO PUEDE DETECTAR EL GERMEN CAUSAL DE LA ENFERMEDAD", sin embargo se ofrece como método -- diagnóstico adicional, en pacientes con tos crónica o cualquier otro síntoma mayor y que tiene esputo negativo.

Sólo la demostración del bacilo tuberculoso hace confirmar la lesión tuberculosa, y el procedimiento seguro e indicado es el examen bacteriológico, o sea, que sólo debe considerarse tuberculoso a la persona en quien se descubre el bacilo de Kock por cualquier método bacteriológico.

La utilidad del examen bacteriológico se pone de manifiesto sobre todo, cuando se dirige la investigación al sintomático -- respiratorio, aún que en los frotos positivos se confirma la enfermedad, los negativos no la descartan. Tampoco nos permite detectar el 100% de casos, aún tomando 3 muestras por paciente como se recomienda; algunos estudios le conceden a la baciloscopía una -- efectividad aproximada del 50%.

Un estudio sociológico, efectuado en un distrito de la India, y publicado por la OMS (Banerji y Anderson 1963), indica que -- cerca del 90 al 95% de todos los casos de -- esputo positivo en una comunidad, pueden ser detectados mediante el examen de personas -- sintomáticas, cuando se ofrece a la pobla- -- ción un adecuado programa de educación sanitaria, escogiéndose el examen directo de un frote de esputo como medio diagnóstico. Esta estrategia permite que los fondos se desplacen hacia programas de mayor urgencia, en una forma más económica.

EL TRATAMIENTO ACTUAL DE LA TUBERCULOSIS:

Una gran cantidad de investigaciones especiales y aún más, las evidencias circunstanciales, indican que la TB, se disemina -- principalmente antes de ser diagnosticada, -- de manera que la hospitalización es usual- -- mente innecesaria para proteger a los contactos, como es contagiada principalmente por -- el aerosol de las gotitas de saliva de los -- pacientes no tratados, los procedimientos de aislamiento, proveen una falsa e innecesaria seguridad; como el paciente puede ser tratado eficientemente en regimen ambulatorio, la hospitalización rutinaria se hace innecesaria para el tratamiento, y como rapidamente se esteriliza el esputo, la mayoría de los -- pacientes pueden retornar pronto al trabajo. Desafortunadamente la mayoría de estos avances no son aceptados por los médicos genera-

les ni por quienes trabajan en salud pública; excepto por el advenimiento de nuevas drogas, la TB es hoy en día tratada románticamente, - tal como lo fue en el siglo pasado.

Hace 13 años, el Consejo Británico de Investigación Médica, comenzo a publicar reportes de Madras-India, acerca de los contactos de pacientes tratados en Sanatorios y en sus domicilios. Básicamente se identificaron 2 grupos de pacientes. Ambos tenían TB activa avanzada bilateral. Los pacientes de un grupo se hospitalizaron al diagnóstico, pero su encamamiento duro solamente hasta que los cultivos se hicieron negativos. El otro grupo fue tratado en su casa. Al final del estudio los contactos de los 2 grupos fueron examinados. Se encontro que no había una diferencia significativa en los reactores a la -- tuberculina, es decir, la tasa de los nuevos casos activos entre los grupos tratados a domicilio y en Sanatorio. Se concluyó que el -- mayor riesgo de contacto, fue en el caso indicado antes del diagnóstico. La hospitalización no disminuye el número de contactos, que han sido identificados en la casa. (El estudio de Madras fue publicado en 1960 y ha sido confirmado en varias oportunidades). La única indicación para hospitalización debería -- ser gravedad en el paciente, indicación que -- podría existir en cualquier otra enfermedad. Algunos lugares todavía tratan a los pacientes tuberculosos en el sistema Sanatorial, -- hasta que tienen tres cultivos negativos, con 2 semanas de intermedio entre uno y otro, lo

cual significa períodos de 7 meses de hospitalización. (20)

Curry en San Francisco y Sbarbaro -- Johnson en Denver: entre muchos otros, han demostrado que con dedicación e imaginación, aún los pacientes más difíciles pueden ser exitosamente manejados en forma ambulatoria, a un costo mucho menor que el de un paciente hospitalizado.

Por lo tanto, el tratamiento del enfermo de Tuberculosis pulmonar debe ser mayoritariamente ambulatorio y el conocimiento de estos acontecimientos naturales que permiten a la TB, enfermedad contagiosa, perpetuarse en una población constituye lo que -- llamamos Epidemiología de la Tuberculosis. -- El conocimiento sistemático de estos fenómenos en una población normal debe servir de base a la planificación de nuestro programa de lucha para todo grupo de población, ya que el objetivo de todos nuestros esfuerzos, es precisamente el de disminuir las probabilidades de éxito de los bacilos tuberculosos. Los Epidemiólogos actualmente tratan de revelar a manera cuantitativa las probabilidades de éxito del bacilo tuberculoso, por cada uno de estos acontecimientos, ya que la mayoría de éstos están gobernados por la ley del azar, podemos expresarlos en términos de probabilidad de éxito.

Siendo la TB un problema de gran magnitud, no puede atacarse aisladamente, de --

ahí la necesidad de programar a nivel nacional. La OMS ha expresado claramente que debe ser un programa nacional, definiéndolo en el IX informe como "un sistema metódico incluido en el programa sanitario del país y -cuya planificación debe basarse en el conocimiento objetivo de las condiciones epidemiológicas, técnicas, económica y sociales."

Por vigilancia se entiende el estudio epidemiológico de un ente como proceso -dinámico que comprende la ecología del agente infeccioso, el huésped, los reservorios, los vectores y el medio, así como los mecanismos complejos que intervienen en la propagación de la infección y la medida en que ésta se propaga.

La OMS reconoce la trascendencia de las estadísticas de salud para la creación -de servicios nacionales de salud, y siempre insiste en la importancia que reviste el factor tiempo en la recopilación, elaboración y difusión de datos; también es importante recalcar la necesidad de que los oficiales superiores sepan reaccionar de manera expedita y eficaz cuando reciben las notificaciones -enviadas por dependencias subalternas.

INTEGRACION A LOS SERVICIOS DE SALUD:

El manejo tradicional de la Tuberculosis como problema aislado ha chocado con tantas dificultades, que el llenar un programa tan ambicioso es casi imposible. Su cos-

to es tan prohibitivo que los fondos disponibles apenas son suficientes.

Por otra parte, si la Tuberculosis - se incluye como parte de los problemas generales de salud puede integrarse a las facilidades existentes en el programa Nacional de Salud.

Se estima útil, repetir el concepto de integración de las actividades de lucha - contra la Tuberculosis a los servicios generales de salud, ratificado en el XIX Congreso de la Unión Latino Americana de Sociedades de Tisiología ULAST, Santiago de Chile, octubre de 1976; "Se concluyó que es urgente la incorporación de una o de todas las acciones de la lucha contra la Tuberculosis a todos los servicios generales de salud, para - que formando parte de la rutina general, todo el personal de los servicios generales de salud ejecute la lucha antituberculosa."

Para conseguir estos objetivos deben tenerse a la vista los siguientes principios:

a) La TB debe ser integrada a los servicios de salud básicos.

b) Debe ser incluida en un programa que pueda abarcar fácilmente toda la población.

c) El programa debe basarse en métodos realizables por el personal localmente entrenado.

d) El programa debe desarrollar medidas preservativas a través de la vacunación con BCG.

e) El programa debe ser desarrollado de acuerdo a los problemas que tengan mayor prioridad, empezando con los casos infecciosos, porque estos enfermos hacen peligrar la salud del resto de la comunidad.

f) El programa debe incluir un registro central, con el fin de establecer una unidad estadística, que evalúe la amplitud de casos así como los esfuerzos y resultados. - (2, 9).

LA MICROBIOLOGIA DE LA TUBERCULOSIS EN AMERICA LATINA:

El Dr. Luis Herrera Malmsten, efectuó un estudio del estado de la Microbiología de la TB en América Latina, para lo cual consideró datos referentes a 16 países cuya población constituye el 93.5% de Latinoamérica.

En este estudio se considera que hay consenso general, en que la microbiología es la base fundamental para hacer el diagnóstico etiológico de casos de Tuberculosis. Es También opinión general que hay casos en que, - siendo negativa la bacteriología, se puede -- llegar a una alta presunción diagnóstica según el cuadro clínico-radiológico. Ambos conceptos no se contradicen, por el contrario se complementan; aunque la mayoría de los países aún tienen necesariamente que contentarse to-

davía con el diagnóstico radiológico, en un alto porcentaje de los casos descubiertos.

La mayoría de los países utilizan sólo la baciloscopia directa, y algunos, cuando ésta es negativa, recurren al cultivo. - En todo caso, la cobertura de estos dos tipos de exámenes es muy pequeña.

Sólo 6 países han podido utilizar la microbiología como complemento diagnóstico - de la radiología, en un porcentaje de casos que va del 46 al 75%; 4 países apenas pueden utilizar la microbiología en un porcentaje - de 5 a 15% de los casos catalogados como tuberculosos, y 6 en una posición intermedia, con un 16 a 45% de casos de comprobación bacteriológica.

Hay momentos en que la microbiología tiene un papel fundamental que cumplir: 1) En la búsqueda de casos, vale decir, para hacer el diagnóstico etiológico de la TB. 2) En la indicación terapéutica, es decir, para indicar un esquema antibiótico que pueda conducir con seguridad a un porcentaje cercano al 100% de éxito. 3) En el control de la eficacia del esquema terapéutico prescrito. 4) Para precisar la esterilización permanente del enfermo y decidir sobre cuando darle de alta.

En todos los países, el mayor número de laboratorios está constituido por el que sólo realiza la baciloscopia directa, constituyendo este tipo de laboratorio la base pa-

ra el desarrollo futuro de la microbiología de la Tuberculosis, pues diez países tienen un laboratorio de este tipo por cada 100,000 200,000 hab., siendo la necesidad real de un laboratorio por cada 100,000 habitantes. -- Por este motivo, el cálculo de cobertura de población, hecho a base del total de laboratorios de TB que cada país tiene, será exacto sólo cuando cada uno de ellos trabaje dentro de los límites de su mayor capacidad, estimada como de 40 a 50 baciloscopías por día hábil, con un funcionario y un microscopio.

Algunos laboratorios también efectúan cultivos, utilizando predominantemente el medio de Löwenstein-Jensen, y el de Sula.

Factores de dificultad, que deben -- considerarse:

- a) Alto porcentaje de población rural.
- b) Escasa densidad general de población.
- c) Gran número de poblaciones pequeñas con menos de 1,000 habitantes; que hacen difícil lograr una importante cobertura en sus acciones de salud, a muchos de los países. (6, 7)

6. DESCRIPCION GEOGRAFICA DEL MUNICIPIO:

tamento de Chiquimula, tiene una extensión - aproximada de sesenta kilometros cuadrados; colinda al norte con San Juan Ermita y Chiquimula; al este con San Juan Ermita y Olopa; al sur con Olopa y Quezaltepeque; al oeste - con Ipala, San José La Arada y Chiquimula. - La cabecera está aproximadamente a quinientos metros sobre el nivel del mar; latitud - $14^{\circ}29'54''$.

Sobre la ruta nacional C. A. 10, de la cabecera departamental de Chiquimula hay aproximadamente dieciseis kilometros a la cabecera del municipio de San Jacinto, y de -- ahí unos diez kilometros a Quezaltepeque. - Además cuenta el municipio con caminos de -- herradura y veredas.

La municipalidad es de tercera categoría, tiene una población total de cinco -- mil ochocientas cincuenta y un habitantes, - según el censo de 1973 (datos de la Direc- -- ción General de Estadística), (siete mil cin cuenta y ocho habitantes, según la División de TB para el mismo año), distribuidos en -- los siguientes grupos etareos:

Menores de 7 años:	1390 habitantes.
De 7 a 9 años:	490 habitantes.
De 10 a 12 años:	496 habitantes.
De 13 a 17 años:	728 habitantes.
Mayores de 18 años:	2747 habitantes.

El municipio comprende un centro urbano y once aldeas, las cuales son:

Agua Zarca	El Zapote
Lomas	Tisubin
Dolores	Escalon
Majada	Ticanlú
Santa Cruz	Carrizal
Pueblo Nuevo.	

SITUACION SOCIAL Y ECONOMICA:

En general, en las familias del área urbana los padres son casados, mientras que en el área rural, la mayoría de los padres de familia son unidos.

Es importante señalar que, en el municipio de San Jacinto no existen indígenas puro, sino que se encuentran en proceso de incorporación a costumbres de comunidades ladinas.

Indígenas: 33 (según censo de 1973)

Alfabetos: 1230 personas.

El número promedio de miembros por familia es de cinco, tanto en el área urbana como en el área rural.

MEDIOS DE PRODUCCION:

Basicamente se encuentran concentrados los esfuerzos en la siembra de granos básicos (frijol, maíz), además se cultiva la caña de azúcar aunque en poca escala; actualmente se ha incrementado la siembra de jote y el mango, que actualmente se cosechan

en gran cantidad, estos últimos cultivos que caracterizan a San Jacinto en Chiquimula.

Generalmente se usan poco los fertilizantes.

PRODUCCION PECUARIA:

Dentro de este rubro, se dedican especialmente a la crianza de cerdos, la ganadería se desarrolla en poca escala y es patrimonio de muy pocas personas.

Para efectuar la labor agrícola, la fuerza de trabajo es eminentemente de tipo humano, es decir que no se cuenta con mecanización por parte del campesino, sino que éste tiene que emplear su propia fuerza para poder desarrollar las labores agrícolas. (5)

MATERIAL, METODOS Y RECURSOS:

a) Material:

Muestra de Población Seleccionada, - al azar, representativa del 15% de la población.

b) Metodología:

En el presente trabajo se realizó la actualización del mapa de la cabecera municipal, se contó con los datos del censo de - - 1973; así mismo se hizo un análisis de morbilidad, mortalidad y encuestas tuberculínicas

y fluoroscópicas (1973) durante el año de -- 1976.

A una muestra representativa del 15% de la población de San Jacinto, tomada al -- azar, de la zona urbana, se le pasó un test con el propósito de estudiar sus hábitos, -- creencias y actitudes con respecto a la TB.

Se hizo un estudio de la capacidad -- instalada, o sea, un estudio cuantitativo y cualitativo de recursos humanos, disponibilidad de medicamentos específicos, de las posibilidades de efectuar estudios de laborato--rio en el puesto de salud o instituciones -- más cercanas, con el propósito de determinar las condiciones y disponibilidades del pue--sto de salud para integrarse a la lucha con--tra la TB. (Ver estudio de capacidad instalada).

También se pasó un test al personal del puesto, para establecer sus conocimien--tos respecto al problema de la Tuberculosis.

c) Recursos Materiales:

Se acudió y revisó los archivos de -- las siguientes instituciones:

Registro de Morbilidad, hojas B-E4 - del Puesto de Salud de San Jacinto.

Registro de Mortalidad, de la Municipalidad de San Jacinto.

Encuestas Fluoroscópicas y de Reacción Tuberculínica, efectuadas en el municipio de San Jacinto, por la División de Tuberculosis; julio de 1973.

Tests de encuesta para el estudio - de Hábitos, Creencias y actitudes de la población urbana, acerca de la TB.

Mapa o plano de la cabecera municipal.

Dirección General de Estadística.

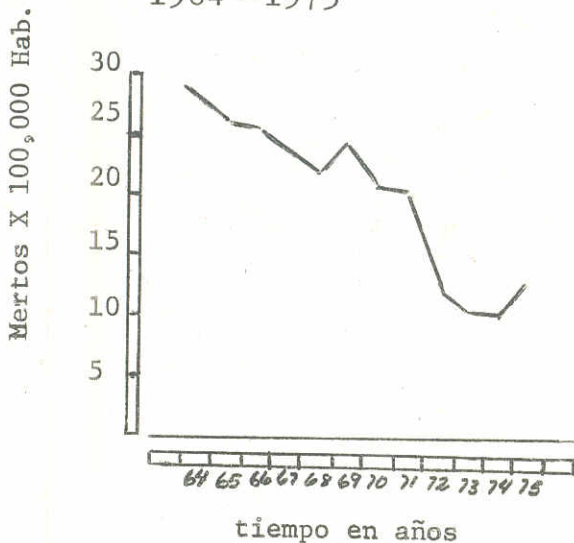
Cuadro # 1

Campaña Antituberculosa

Nacional, Guatemala.

Mortalidad

1964 - 1975



Fuente: División de Tuberculosis.

La mortalidad por Tuberculosis en --
Guatemala fue de 30 por 100,000 hab. en 1964
de 14 por 100,000 habitantes en 1975.

Cuadro # 2

INFORME GLOBAL DEL DEPARTAMENTO DE CHIQUIMULA
ESTUDIOS RADIOLOGICOS Y DE REACCION TUBERCULI
NA.

Realizado a través de la División de Tubercu-
losis del Ministerio de Salud Pública y Asis-
tencia Social.

Fecha:	del 5 de marzo al 31 de agosto de -- 1973	
Población:	180,871.	
A. Probados a la Tuberculina	99,411	55.0%
A.1 Leídos a la Tuberculina	91,687	92.2%
A.2 No leídos a la Tuberculina	7,724	7.8%
A.3 Positivos a la Tuberculina	36,938	40.3%
A.4 Negativos a la Tuberculina	54,749	59.7%
A.5 BCG directo aplicado de 0- 14 a	6,070	3.3%
B. Examinados a la Fotofluoros- copia	89,023	49.2%
B.1 Normales a la Fotofluosco- pia	87,919	98.8%
B.2 Anormales a la Fotofluoros- copia	1,134	1.2%
C. Confirmados de Tuberculosis Pulmonar	814	
D. P R E V A L E N C I A		0.7%
Población cubierta F.F.	89,023	
Mx.0-6a	28,425	
BCG directo		
de 0-6 a	2,393	
Total	119,841	66.3%

Fuente: División de Tuberculosis.

CUADRO # 3

INFORME GLOBAL DEL MUNICIPIO DE SAN JACINTO
ESTUDIOS RADIOLOGICOS Y DE REACCION TUBERCU-
LINICA

Realizado a través de la División de Tubercu-
losis del Ministerio de Salud Pública y Asis-
tencia Social

Fecha: del 12 al 18 de julio de 1973.

Población: 7,058.

A.	Probados a la Tuberculina	5,552	78.7%
A.1	Leídos a la Tuberculina	5,162	93.0%
A.2	No leídos a la Tuberculina	390	7.0%
A.3	Positivos a la Tuberculina	2,471	47.9%
A.4	Negativos a la Tuberculina	2,691	52.1%
B.	Examinados a la Fotofluoros- copia	3,885	55.1%
B.1	Normales a la Fotofluorosco- pia	3,831	98.6%
B.2	Anormales a la Fotofluoros- copia	54	1.4%
C.	Confirmados de Tuberculosis Pulmonar	43	1.1%
D.	P R E V A L E N C I A		1.1%
	Población Cubierta	5,552	78.7%

Estas encuestas o estudios radiológicos y de reacción tuberculina, fueron realizados en el departamento de Chiquimula y el municipio de San Jacinto del 12 al 18 de Julio de 1973, sobre una población calculada total de 7,058 habitantes.

Se examinaron a la Fotofluoroscopia - el 55% de la población, igual a 3,885 habitantes, descubriéndose que el 1.4 % (54) eran anormales a la misma y posteriormente se confirmaron como casos de Tuberculosis Pulmonar el 1.1 % (43 habitantes) de los casos radiológicos. Como formas mínimas, moderadas y avanzadas se encontraron el 27.9 %, 32.6 % y el 39.5% respectivamente.

La reacción a la Tuberculina se hizo a 5,552 habitantes, cubriéndose al 78.7 % de la población, se leyeron el 93.0 % (5,192) y se dejaron sin leer el 7 % (390). Se encontró que el 47.9% de los vacunados fueron tuberculino positivos y el 52.1 % tuberculino negativos.

Al final, ambos estudios o encuestas arrojaron una Prevalencia de Tuberculosis de 0.7 % para todo el departamento de Chiquimula, y de 1.1 % para el municipio de San Jacinto.

La encuesta Fluoroscopia no se realizó en menores de 6 años, si no en habitantes de 7 años en adelante, unicamente se les realizó Mantoux.

CUADRO # 4

CONTROL DE PACIENTES DE TB
 PUESTO DE SALUD DE SAN JACINTO
 DEPARTAMENTO DE CHIQUIMULA
 AÑO DE 1976

Ausentes	20	32.0 %
Curados	19	30.6 %
Fallecidos	8	13.0 %
Asistentes	7	11.4 %
Perdidos	7	11.4 %
Traslados	1	1.6 %
Total:	62	100.0 %

Fuente: Registros del Puesto de Salud
 de San Jacinto, Chiquimula.

Según hojas de control de pacientes -
 tuberculosos controlados por la División de -
 tuberculosis de Zacapa a través del Puesto de
 Salud de San Jacinto (cuadro # 4), hasta di-
 cembre de 1976 se habían diagnosticado radio-
 lógicos, 62 casos en total.

De ellos el 30.6 % están curados; el
 33.4 % se han perdido o se han ausentado a --
 los controles y por consiguiente al tratamien-
 to, y solamente el 11.4% asisten a los contro-
 les y están en tratamiento.

O sea que, ha pesar del esfuerzo que
 se hace por combatir la tuberculosis dentro -
 de lo limitado de las posibilidades conque se
 cuenta, se puede deducir que la colaboración
 del paciente es un factor de suma importancia
 en el éxito o fracaso de esta lucha, fracaso
 que en esta oportunidad se refleja en el au-
 sentismo de los pacientes a sus controles y -

tratamiento, por lo que se hace necesario y de vital valor la educación del paciente desde el momento que se hace el diagnóstico de Tuberculosis.

CUADRO # 5

MORBILIDAD DEL MUNICIPIO DE SAN JACINTO

DEPARTAMENTO DE CHIQUIMULA

POR CAUSAS Y GRUPOS ETAREOS (EN AÑOS)

AÑO DE 1976

AREA URBANA

Código	Enfermedad	-de 1	1a4	5a14	15a44	45y+
EM 69	IRS	1	1			1
EM 8	GECA		1	2		
EM 36	Parasitismo Int.			1		
EM 47	Anemia Sec.			2	2	1
EM 54	Otitis media D.			1		
EM 43	Desnutrición			1		1
EME104	Herida Cortante			1		
EM 10	<u>Primoinfección de TB</u>			1		
EM 85	Infección Urinaria			1		
EM 61	Hipertensión Arterial				1	
EM 88	Pre-eclampsia				1	
EM 14	Amigdalitis				1	
EM 90	Celulitis de MII				1	
EM 58	Neuritis					1
EM 71	Bronquitis					1

Fuente: Hojas B-E4, Puesto de Salud, San Jacinto.

CUADRO # 6

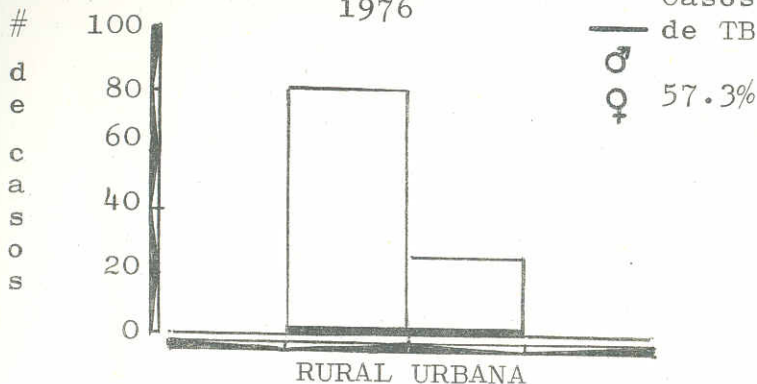
MORBILIDAD DEL MUNICIPIO DE SAN JACINTO
 DEPARTAMENTO DE CHIQUIMULA
 POR CAUSAS Y GRUPOS ETAREOS (EN AÑOS)
 AÑO DE 1976

AREA RURAL

Código	Enfermedad	-de 1	1a4	5a14	15a44	45y +
EM 8	GECA	2	2		1	
EM 69	IRS	4	2	1	2	2
EM 85	Infección Urinaria		1		1	1
EM 14	Amigdalitis Ag.		1			
EM 5	Amebiasis		1			
EM 39	Lipoma		1			
EM 36	Parasitismo Int.		2	1		
EM 43	Desnutrición		1	2	1	3
EM 47	Anemia		2	4	3	2
EM 90	Enf. Inf. de piel y t. cel. sc.		1	3	2	1
EM 24	Parotiditis			1		
EM 71	Asma Bronquial			1		
EM 68	Faringitis Ag.			2		
EM 85	Vag. por trichomonas				2	
EM 91	Enf. no Inf. de piel				1	
EM 76	Enf. péptica				5	1
EM 95	Dorsalgia, Artralgia				1	1
EM 61	Hipertensión Arterial				3	1
EM 9	Tuberculosis Pulmonar				1	
EM 58	Neuritis				1	2
EM 66	Hemorroides Ext.				1	
EM 88	Puerperio tardío				1	
EM 95	Lumbago de esfuerzo				1	
EM 85	Metrorragia				1	
EM 74	Edema Pulmonar					1
	Cólico infantil		1			
	Chalazión			1		
	Cefalea				1	

fuente: Hojas BE4, Puesto de Salud, San Jacinto

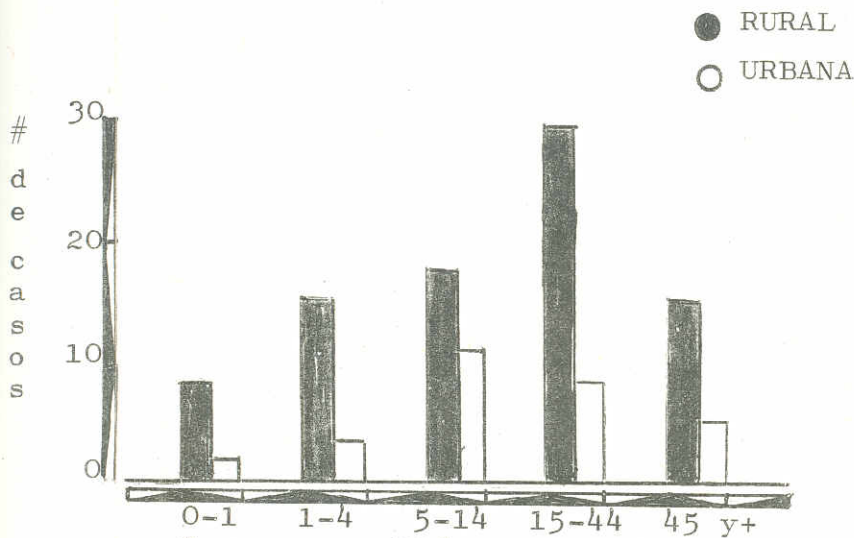
GRAFICA DE MORBILIDAD
SAN JACINTO, CHIQUIMULA
 1976



AREAS DE ESTUDIO

FUENTE: HOJAS B-E4, Puesto de Salud.

GRAFICA DE MORBILIDAD
SAN JACINTO, CHIQUIMULA
 1976



FUENTE: HOJAS B-E4, Puesto de Salud.

Característicamente, se puede establecer por los estudios de morbilidad que se efectuaron en base a las hojas B-E4, que en San Jacinto existe una mayor morbilidad a nivel rural, tanto en números totales como por cada grupo etáreo, según se aprecia en los cuadros y gráficas correspondientes.

Especialmente, se nota que la morbilidad es mayor en los grupos comprendidos entre los 5 a 14 años y de 15 a 44 años, es decir que está más afectada la población económicamente productiva, en ambas áreas.

En una proporción ligeramente mayor que la mitad se enferman las mujeres (57.3%), que los hombres (42.7%).

En la primera gráfica, la línea negra en las bases de las columnas significa los casos de Tuberculosis, una primoinfección en el área urbana y un caso de TB Pulmonar en el área rural. Por aparte, según consta en los archivos de la Div. de TB de Zacapa, durante 1976 se diagnosticaron radiológicamente 4 casos en San Jacinto, no pudiendo determinar si entre ellos se incluyen los 2 casos que se mencionan en párrafo anterior, o son casos aparte; siendo sus edades: 5, 12, 23 y 52.

En comparación con la morbilidad general, a la TB le corresponde en porcentaje el 1.9% del resto de enfermedades.

Porcentaje de Infecciones Respiratorias en relación al resto de Enfermedades:

28.5 %.

Tasa General de Morbilidad de Tuberculosis:
 0.005 x 100,000 habitantes.

Las causas más frecuentes de morbilidad según los grupos etáreos son:

De menores de 4 años: IRS, GECA y Anemia.

De 5 a 14 años: GECA, Anemia, Enfermedades de la piel.

De 15 a 44 años: IRS, Enfermedad péptica, Hipertensión Arterial.

Mayores de 45 años: IRS y Anemia.

Tasas de Morbilidad según grupos etáreos:
 (Datos según censo de 1973).

Menores de 7 años:	0.0006 x 1,000
De 7 a 9 años:	0.0 x 1,000
De 10 a 12 años:	0.002 x 1,000
De 13 a 17 años:	0.0 x 1,000
De 18 años y más:	0.0007 x 1,000

CUADRO # 7
MORTALIDAD DEL MUNICIPIO DE SAN JACINTO
DEPARTAMENTO DE CHIQUIMULA
POR CAUSAS Y GRUPOS ETAREOS (EN AÑOS)
AÑO DE 1976

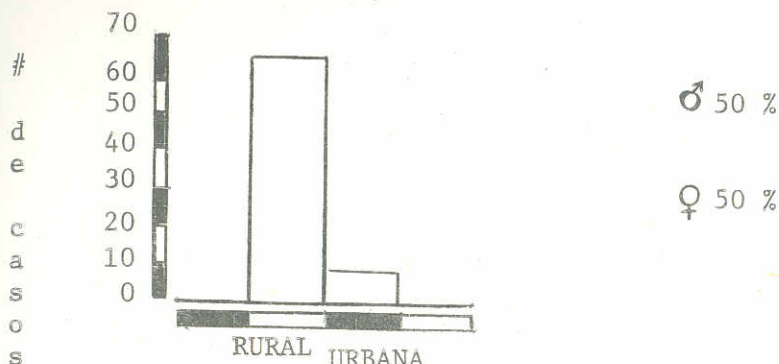
AREA RURAL

Código	Causa	-de 1	1a4	5a14	15a44	45y +
30	BNM	2				
42	Mortinato	3				
07	Tos Ferina	2				
29	Gripe	3	1			
44	Fiebre	4	2	3	2	3
27	Ataque cardíaco	1				1
44	Tos	2	1			
37	Desnutrición	2	3	3		3
21	Anemia	1		3	1	
48	Golpes, contusiones	1				1
12	Sarampión	1	2	1		
03	Gastroenteritis	1	2	2		
14	Paludismo		1			2
44	DHE		1			
44	Dolor Abdominal				1	
44	Reumatismo					1
44	Enf. común					1
41	Infección Urinaria					1
44	Infección de un nacido					1

AREA URBANA

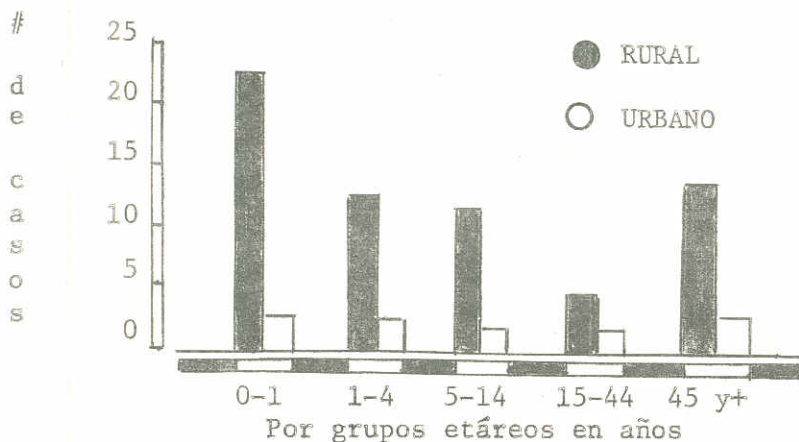
Código	Causa	-de 1	1a4	5a14	15a44	45 y+
42	Mortinato	1				
44	Fiebre	1		1		
03	Gastroenteritis		2			
44	Ataque de Epilepsia				1	
44	Hepatitis					1
44	Enf. Común					1

GRAFICA DE MORTALIDAD
SAN JACINTO, CHIQUIMULA
1976



AREAS DE ESTUDIO

FUENTE: MUNICIPALIDAD DE SAN JACINTO
GRAFICA DE MORTALIDAD
SAN JACINTO, CHIQUIMULA
1976



FUENTE: MUNICIPALIDAD DE SAN JACINTO

En las gráficas y cuadros de mortalidad, observamos que al igual que en la morbilidad la mortalidad es mayor en el área rural, también en números totales y por grupos etáreos; estando especialmente afectados -- los grupos etáreos de los extremos, es decir los menores de 1 año y los mayores de 45 -- años.

Coincidiendo con la mortalidad general del país, el 50% de las defunciones en San Jacinto corresponden a menores de 4 años. La mitad de las muertes ocurrió en personas del sexo femenino y el resto en personas del sexo masculino.

La ^{LEISHA} Fiebre se perfiló como la principal causa de defunción, siguiéndole en orden de frecuencia la Desnutrición.

En tanto que los registros de mortalidad de la Municipalidad de San Jacinto no reportan ninguna defunción por Tuberculosis, la División de TB de Zacapa a través de sus archivos y hojas de control de pacientes tuberculosos, registra una defunción por Tuberculosis en 1976, correspondiendo al 1.3% del total de las defunciones.

Tasa General de Mortalidad por Tuberculosis:

0.00017 x 1,000 habitantes.

Porcentaje de TB en relación al resto de defunciones: 1.3%

Porcentaje de Infecciones Respiratorias en relación al resto de Defunciones: 12.1 %.

ESTUDIO DE LA CAPACIDAD INSTALADA:

El Puesto de Salud de San Jacinto no cuenta con ningún tipo de instalaciones o equipo que le permita realizar exámenes de laboratorio, ni tampoco las tiene el distrito a que pertenece, siendo el Hospital Modular de Chiquimula la institución más cercana para referir a los pacientes para efectuar dichos estudios.

Recursos Físicos del Puesto de Salud:

- 1 Edificio de Mixto.
- 1 Refrigeradora eléctrica.
- 2 Mesas de metal con rodos.
- 1 Camilla de metal.
- 2 Depósitos de basura de metal.
- 1 Silla de Dentista de metal.
- 1 Banco de metal.
- 1 Balanza de niños.
- 1 Balanza para adultos.
- 2 Botiquines de madera.
- 9 Sillas de madera.
- 4 Mesitas de madera.
- 1 Escritorio de madera.
- 1 Bandeja con tapadera, de acero inoxidable.
- 1 Lámpara de mano.
- 6 Pinzas de metal.
- 2 Porta-agujas de metal.
- 6 Espéculos de metal.
- 1 Tenáculo.
- 2 Pares de tijeras.
- 2 Mangos de bisturi.

- 3 Hojas de bisturi.
- 1 Histerómetro.
- 1 Estetoscopio.
- 1 Esfigmomanometro.
- 1 Otórrino.
- 6 Pares de guantes.
- 1 Lámpara para exámenes ginecológicos.
- 1 Tabla de Snellen.
- 1 Docena de agujas para suturar.
- 1 Estufa eléctrica.

Inventario General de Medicamentos:

Extracto de Hígado	30 frascos.
Meprobamato 400 mg.	500 tab.
Antiséptico	6 frascos.
Prenatales	1000 tab.
Elixir paregórico	6 frascos.
Peni. Procaínica	40 frascos.
Antihelmintico jarabe	1 galón.
Antihelmintico tab.	1 frasco de 500.
Sulfaguanidina frc. de 1000	tab. 8 frascos.
Complejo B	30 frascos.
Colirio Sulfato de Zinc	10 frascos.
Aspirina Adultos	1000 tab.
Aspirina niños	1000 tab.
Alcohol coloreado	1 galón.
Antidiarreico	1 galón.
Benzoato de Bencilo	$\frac{1}{2}$ galón.
Teofilina-Efedrina	1 frc. de 1000 tab.
Cloranfenicol	200 cáp.
Tetraciclina	200 cáp.
Expectorante simple	1 galón.
Ydoclorohidroxiquin adultos	1000 tab.
Ydoclorohidroxiquin niños	500 tab.
Eritromicina suspensión	8 frascos.
Alupent cartones de 12 tab.	30 cartones.
Anestésin	15 frascos.
Xilocaina	40 ampollas.
Violeta de Genciana	4 frascos.
Belladona	8 frascos.
Sulfato Ferroso Elixir	1 galón.
Sulfato Ferroso tab.	500 tab.
Iliadin	10 frascos.
Iliadin Infantil	10 frascos.
Diacepam	100 tab.
Multivitaminas	1000 tab.

Inventario de Medicamentos Anti-tuberculosos:

Diateben	13 bolsitas con 30 tabletas cada una.
----------	---------------------------------------

INH	2 bolsitas con 90 tabletas cada una.
-----	--------------------------------------

Estreptomicina	15 frascos de 5 gr. cada uno.
----------------	-------------------------------

Cada trimestre se llena un formulario de pedidos de medicinas que se envía a la capital; además que el pueblo cuenta con una humilde farmacia particular, y la casa parroquial católica vende medicinas a los pacientes a precios bajísimos, quienes son remitidos a la misma por el Médico EPS del Puesto de Salud. En tanto que los medicamentos anti-tuberculosos se piden a la División de Tuberculosis de Zacapa.

ESTUDIO DE LOS RECURSOS HUMANOS del Puesto de Salud de San Jacinto:

	Aux. de Enf.			Md. EPS		
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Horas	8	166	2000	8	166	2000
Contratadas						
Programa Materno Infantil	1	22	761	2.75	56	687.5
Programa Atención Médica	3	61	750	3	61	750
Programa Epidemiológico	+					
Educación para la Salud	1.5	31	375	1	22	250
Administración	2	41	500	1	21	250
Tuberculosis	0.5	11	125	0.25	6	62.5

Comadronas: 11. Promotores de Salud: 9.

La Auxiliar de Enfermería puede dedicar al Programa de TB el 6.25% (125 h.) del tiempo anualmente contratado. El EPS puede dedicar el 62.5 h. (3.13%) del tiempo anualmente contratado.

+ Manejados desde Quezaltepeque, por el Director de Distrito.

ENCUESTA A PERSONAL PARAMEDICO:

Por el cuestionario que se pasó a la Auxiliar de Enfermería del Puesto de Salud, puedo decir por los punteos obtenidos que en cuanto a Magnitud, Epidemiología e Historia Natural la TB posee escasos conocimientos, o sea que conoce prácticamente la parte teórica o científica del problema. Los mayores punteos los obtiene en los parámetros de Prevención Primaria y Secundaria (Calificaciones: 7, 16, 9, 15, 8), es decir en lo referente a los Medios y Programas de control de TB, las actividades puramente de prevención encaminadas al control y tratamiento de la enfermedad, emanadas de las autoridades sanitarias y/o del médico del puesto de salud. --
Puntaje total: 55 puntos.

ESTUDIO DE HABITOS, CREENCIAS Y ACTITUDES DE LA POBLACION URBANA ACERCA DE LA TUBERCULOSIS:

Por medio de un Test elaborado para el efecto, se trato de escudriñar el conocimiento teórico que la población posee acerca de la Tuberculosis; resultados que a continuación se detallan y analizan:

Se encuestaron un total de 50 casas, representativas del 15% de la población, seleccionadas al azar por el sistema de tabla de números aleatorios.

Proporción de Encuestados según sexo:



26% (13)



74% (37)

Fuente: muestra de población seleccionada.

San Jacinto. 1977.

Las tres cuartas partes de los encuestados fueron del sexo femenino, situación que muy seguramente se debió a la ausencia de los jefes de la casa por razones laborales. Las edades de los encuestados oscilaban entre 30 y 50 años.

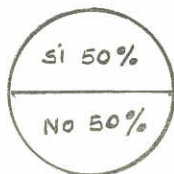
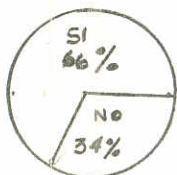
Causas más frecuentes de enfermedad y muerte. San Jacinto, 1977.

Enfermedad	Muerte
Gripe Asientos Calenturas Catarro Tos Otras causas	Fiebre Asientos Calenturas Gripe Hinchazon Otras causas
73.2%	63.8%
26.8% 100 %	32.2% 100 %

Fuente: muestra seleccionada de la pobla-

Si comparamos estos parámetros con -- los cuadros y gráficas de morbilidad y mortalidad en hojas anteriores, apreciamos que la creencia popular en cuanto a las causas de enfermedad y muerte se asemejan en algunos aspectos a aquellos, con la diferencia que no se expresan en los términos a los que estamos acostumbrados a tratar. Así, el 73.2% de las respuestas manifiestan que la gente se enferma más frecuentemente de Gripe, Asientos, Calenturas, Catarros y Tos; y el 63.8% de las respuestas indican que la gente se muere más frecuentemente de Fiebre, Asientos, Calenturas, Gripe e Hinchazon.

Conocen que es la TB? Conocen las causas de TB:



Fuente: muestra de población seleccionada.

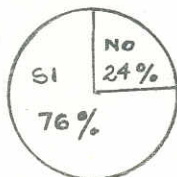
San Jacinto. 1977.

Dos tercios afirmaron conocer que es la TB. El 50% creen conocer sus causas, mencionando como las más frecuentes la Falta de Alimentación y un Catarro mal cuidado.

Algún miembro de la familia ha padecido TB. San Jacinto 1977

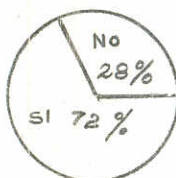


Creen que la TB es contagiosa. San Jacinto 1977

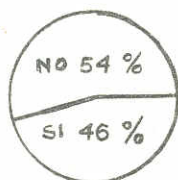


Fuente: muestra de población seleccionada.

Creen que se cura la TB. San Jacinto 1977.



Saben como se -- contagia la TB. San Jacinto 1977

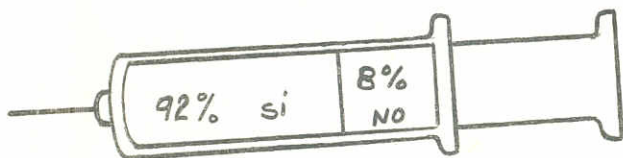


Fuente: muestra de población seleccionada.

El 4% de los encuestados refirieron que algún miembro de su familia había padecido de TB. Tres cuartas partes dijeron que la tuberculosis es contagiosa. El 72% refirieron que la TB se cura principalmente tomando medicinas y acudiendo al Puesto de Salud u Hospital. El 46% cree que la TB es -- contagiosa, principalmente a través de los -- trastos del tuberculoso y por contacto directo.

Tienen conocimiento de la existencia de la vacuna contra la Tuberculosis el 92% de las personas.

Conocen la Existencia de la Vacuna contra la TB. San Jacinto. 1977.



Fuente: muestra de población seleccionada.

Síntomas más frecuentes que las personas enferman de TB.	Síntomas más frecuentes de la TB. San Jacinto. 1977
En los niños 42.8%	Tos 31.46%
No tiene edad 28.6%	Se adelgaza 23.35%
En otras edades 28.6%	Palidez 12.36%
	Otros 32.83%

Fuente: muestra de población seleccionada.

El 42.8% de las respuestas afirman que la enfermedad es más frecuente en los niños. Entre los síntomas que les permiten conocer la enfermedad mencionan:

Puede trabajar una persona con Tuberculosis?

Si: 20 %	No: 68 %
No es enf. de estar en casa.	La enf. no se lo permite.
Si no trabaja no come.	Necesita reposo.
Es una enf. que permite trabajar si no está muy avanzada.	No lo admiten en el trabajo.

Fuente: muestra de población seleccionada.
San Jacinto. 1977.

En el cuadro arriba de éste párrafo se presentan las respuestas más frecuentes, en relación a que si una persona con TB puede -- trabajar, tanto en favor de que trabaje como de que no trabaje. El 12% de los encuestados se abstuvo de contestar.

Lo que la demás gente piensa de la TB:

Es contagiosa	32.6%
Es una enf. peligrosa y grave.	17.4%
Es una enf. incurable	15.2%
Otras respuestas	34.8%

Fuente: muestra de población seleccionada.
San Jacinto. 1977.

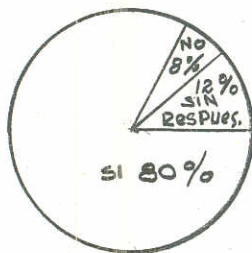
En el cuadro anterior las personas manifiestan su temor natural a contagiarse de una enfermedad, que ellos mismos catalogan de peligrosa e incurable.

Debe tener cuidados especiales una persona con TB.

San Jacinto. 1977.

Alimentos de un paciente con Tuberculosis.

San Jacinto. 1977.



De todo	22
Buena comida	3
Alimentos ricos en vitaminas	2
Verduras suficientes	2
Otros	8

Fuente: muestra de población seleccionada.

Cuatro quintas partes coincidieron en señalar que un paciente tuberculoso necesita cuidados especiales, tales como una buena -- alimentación en primer lugar, llevarlo al hospital y tratamiento con medicinas. La mitad aproximadamente señaló que la alimentación debe comprender todos los alimentos, ninguno en especial.

Medidas que tomarían para que no se pegue la TB:

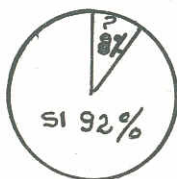
San Jacinto -Chiquimula. 1977.

Aislamiento	17
Vacunarse	9
Tener cuidado con los trastos	7
Otras respuestas	17

Fuente: muestra de población seleccionada.

Entre las principales medidas a tomar para evitar la propagación de la enfermedad mencionaron el aislamiento, la vacunación y el cuidado con los trastos del enfermo.

Deben acudir al médico los pacientes con TB?



Fuente: muestra de población seleccionada.

San Jacinto. 1977.

El 92% contestó que el paciente con tuberculosis debe acudir al médico para que éste le de un tratamiento adecuado, y para curarse.

Cuando en la familia algún miembro padece de catarro o tos fuerte, hacen o toman:

Desenfriol	18
ASA	17
Mejorales	13
Limonadas	13
Antigripales	5
Acudir al Dr.	4
Cafiaspirina	4
Vitapirena	4
Gripon "C"	3
Pastillas (?)	3
Alka-Seltzer	3
Expectorante	2
Pastillas Vick	2
Café amargo	2
Acudir al dispensario	2
Jarabes	2
Otros	16

Fuente: muestra de población seleccionada.

San Jacinto. 1977.

Básicamente la conducta que toman --- cuando hay alguien con tos fuerte o catarro en la familia, es la de automedicarse, y principalmente usan medicamentos sintomáticos, -- del tipo de los analgésicos-antipiréticos. -- Muy pocos de ellos preferirían consultar al doctor o a un dispensario.

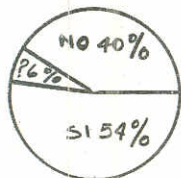
Tratamiento casero a un Enfermo con TB:

San Jacinto. 1977.

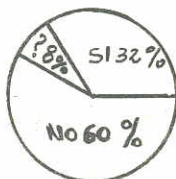
Ninguno	10
No sabe	9
Yerbabuena, contrayerba, yerba de toro	7
Vitapirena, Mejoral	1
Sin respuesta	23

Fuente: muestra de población seleccionada.

Se relaciona con personas tuberculosas que no son de la familia.
San Jacinto. 1977.



Se aleja de una persona que sabe tiene TB.
San Jacinto. 1977.



Fuente: muestra de población seleccionada.

En estas dos gráficas se ilustran dos formas distintas de hacer una misma pregunta, en donde aproximadamente un tercio de los encuestados se alejan de una persona tuberculosa, sin dar una respuesta satisfactoria de su conducta la mayoría de ellos, y entre los que se animaron a dar una respuesta dijeron que para evitar el contagio. El 8% de abstención de

opinar.

Como se sentiría usted si se contagiara de TB:

Triste	19
Preocupado	5
Desesperado	4
Con necesidad de ir al Dr.	3
Mal	3
Desconsolada	3
Afligida	2
No sabe, ignora que es la TB.	2
Apenada	2
Conforme	2
Otros	9

Fuente: muestra de población seleccionada.

San Jacinto. 1977.

Emocionalmente, la enfermedad es reflejaría en las personas por estados de tristeza preocupación y desesperación; según refieren.

Qué haría si supiera que padece de TB?

Consultar al médico	26
Buscar el Hospital	5
Buscar el tratamiento o medicina	4
Ir al centro de salud	3
Otros	7

Fuente: muestra de población seleccionada. San Jacinto. 1977.

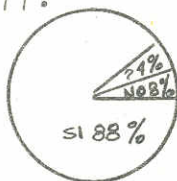
Qué haría sí en su familia se encuentra
un enfermeo tuberculoso?:

Lo pasa con el Dr. para que lo examine y le de medicina	25
Llevarlo al hospital	18
Otros	6

Fuente: muestra de población selec-
cionada.
San Jacinto. 1977.

Las respuestas contenidas en estos -
dos últimos cuadros reflejan la conducta que
seguirían los encuestados en caso que ellos -
o algún miembro de la familia padeciera de --
TB, refiriendo que consultarían al médico o -
al hospital en busca de un tratamiento adecuado.

Cree que hay médicos que curen la TB?
San Jacinto. 1977.



Fuente: muestra de población selec-
cionada.

El 88% creen que hay médicos que cu--
ran la TB, absteniéndose de contestar esta --
pregunta el 4% de las personas.

9. CONCLUSIONES:

Existe una falta de motivación y educación de los pacientes tuberculosos en control, -- para que asistan a sus controles periódicos y -- continúen su tratamiento hasta su recuperación.

Existe una mayor incidencia de morbilidad en el área rural, y en especial en el sexo femenino y el grupo de 15 a 44 años como los grupos más afectados, (población económicamente productiva).

Se encontró que el porcentaje de TB en relación al resto de enfermedades es de 1.9 %.

Se demostró que la mortalidad es mayor en el área rural, afectando por igual a ambos sexos, y en especial a los grupos de menores de 1 año y mayores de 45 años.

Se encontró que el porcentaje de TB en relación al resto de defunciones es de 1.3 %.

La tuberculosis continúa siendo un problema de gran magnitud en San Jacinto - Chiquimula, especialmente por que los grupos más afectados son los de condiciones sociales y económicas precarias, que constituyen la mayoría de la población.

El mal registro de defunciones en la -- municipalidad no se hace correctamente, como lo demuestra la Fiebre como principal diagnóstico -- de muerte.

En lo que se refiere a la primera hipótesis, la ineficacia de la Fotofluoroscopia y las pruebas de Reacción Tuberculínica como métodos diagnósticos de TB, queda demostrada por la gran diferencia entre los sospechosos detectados por estos métodos y los casos confirmados tanto en Chiquimula como en San Jacinto. Además, en el transcurso de este estudio se encontraron las siguientes desventajas de la radiología y ventajas de la bacilosco-
pía:

Radiología (o Fotofluoroscopia):

- 1) Bajo rendimiento.
- 2) Alto costo.
- 3) Requiere personal y equipo especializado.
- 4) Procedimiento de apoyo que no --
confirma la etiología de la TB.
- 5) Falta de correlación radiológica-
bacteriológica.
- 6) Medios de comunicación deficientes que hacen difícil el desplaza-
miento de unidades móviles.

Bacilosco-pía:

- 1) Alto rendimiento.
- 2) Fácil realización.
- 3) Bajo costo.
- 4) Practicable a cualquier nivel de -
atención médica (Ej. promotor de
Salud).
- 5) No requiere personas altamente ca-
lificadas.
- 6) Repetible cuantas veces sea nece-
sario.

- 7) Revela evolución y curación de la enfermedad por el tratamiento.

En cuanto a la segunda hipótesis, que da demostrado, que ha pesar de poder seguir una conducta adecuada en estado de enfermedad, la población no se percata de la magnitud del problema.

Se encontró que hasta el momento de efectuado el estudio, el puesto de salud no cuenta con recursos ni equipo para el diagnóstico bacilosκόpico de la TB, ni para tomar muestras y remitirlas.

El tradicional método de diagnosticar la TB por Fotofluoroscopia y pruebas de Reacción Tuberculínica, tendrán que ceder su lugar a la bacilosκόpia como método diagnóstico principal.

10. RECOMENDACIONES:

Promover la educación del paciente tuberculoso para que tenga conciencia de su enfermedad, y asista a sus controles y continúe su tratamiento.

Intensificar el programa de mejoramiento del Certificado de Defunción.

Instruir al personal paramédico en el diagnóstico, control y tratamiento de pacientes tuberculosos, así como en la forma de educarlos, y motivarlos.

Proporcionar al puesto de salud, material suficiente para tomar muestras y enviarlas al laboratorio más cercano para su estudio.

Incorporar un microscopio en las unidades móviles de control de la Tuberculosis.

Contribuir a la elaboración de un - - plan nacional de lucha anti-tuberculosa, enfatizando en la prevención, recuperación y rehabilitación.

Creación y establecimiento de medios adecuados para la toma y envío de muestras.

Se hace evidente la urgente necesidad de una acción conjunta, con el objeto de que la microbiología de la Tuberculosis logre una cobertura de población aceptable.

11. BIBLIOGRAFIA:

1. Argueta Von Kaenel, Víctor. "Tu-
berculosis Infantil". Facultad de Ciencias -
Médicas. 1976. Mimeografiado. 16 p.

2. "Desarrollo de un Programa de la
TB," del Manual para el Desarrollo de Progra-
mas de TB en Areas Rurales. Ministerio de Sa-
lud, República de Ghana, 1967. Traducido del
inglés por el Dr. José Del Valle Monge. Gua-
temala, junio de 1973. 22 p.

3. "Documento Básico para la integra-
ción De la Lucha Contra la TB a los Servicios
Generales de Salud", Div. de TB. Talleres de
Artes Gráficas del Ministerio de Salud Públi-
ca y Asistencia Social. Guatemala, marzo de
1971. 28 p.

4. García Noval, J. "La TB en un --
Programa Nacional". Facultad de Ciencias Médi-
cas, Guatemala, 1976. 9 p.

5. Gil Chew, Luis Roberto, Programa
de Atención Materno Infantil, del Municipio -
de San Jacinto, Chiquimula. (Tesis). Impreso
Seletex. Guatemala, mayo de 1976. 36 p.

6. Herrera Malmsten, Luis. "Estado
Actual de la Microbiología de la TB en Améri-
ca Latina". Boletín de la Oficina Sanitaria
Panamericana. Vol. LXVIII No. 4. Abril de
1970. pp 281-287.

7. Herrera Malmsten, Luis. "Supervisión de la Red de Bacteriología de la TB". -- VIII Curso Regional de Bacteriología de la TB. 5 de junio al 2 de agosto de 1974. Caracas, Venezuela. 15 p.

8. Holmes, John. "Nuestro Enemigo - El Bacilo Tuberculoso". "Les Cahiers Internationaux de la Tuberculose". Traducido al español por el Dr. Carlos Ayala Paez. MSP y AS. Div. de TB. Guatemala, junio de 1977. -- 20 p.

9. "Informe Final, Seminario Nacional sobre Actualización de Principios de Lucha Contra la TB." Patrocinado por la Unión Internacional contra la TB. y la Organización Panamericana de la Salud. Guatemala, nov. de 1975. Imprenta y Offset Eros. 45 p.

10. "Inmunología de la TB". Facultad de Ciencias Médicas. Mayo de 1973. Mimeografiado. 5 p.

11. Luna A., Ronaldo. "Tratamiento de la TB Pulmonar. Facultad de Ciencias Médicas. 1976. 3 p.

12. MSP y AS. "Memoria Anual 1976 de la Div. de TB". Guatemala, enero de 1977.

13. Nuila E., Héctor A. "Tuberculosis". Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, abril de 1975. 16 p.

14. "Normas y Procedimientos de la Lucha contra la TB para la República de Guatemala". MSP y AS, Div. de TB. Guatemala, enero de 1977. 36 p.
15. Paz, Rina. Et al. "Presentación Clínica, Tuberculosis". Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia. Guatemala, mayo de 1976. 10 p.
16. "Programa Integrado de Vacunación BCG al Plan Nacional de Inmunizaciones para el año de 1976". MSP y AS, Div. de TB. Guatemala, dic., 1975. 4 p.
17. "Protocolo de Investigación sobre TB. Programa de EPS Rural 1977-78." Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1977. 10 p.
18. Puffer, Ruth R. "Estudio de Múltiples Causas de Defunción"., Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. LXIX -- No. 2. (Agosto de 1970). pp 93-114.
19. Raska, Dr. K. "El Concepto de la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Epidemiológicas". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. LXX No. 2. (Febrero de 1971). pp. 125-136.
20. Reichman, Lee B. "Tratamiento de la TB: Cuándo y Dónde?". Traducido al español por José Del Valle Monge. MSP y AS, Div. de TB. Guatemala, julio de 1977. 8 p.

21. "Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la Incorporación de la Lucha Contra la TB a los Servicios Generales de Salud MSP y AS, Div. de TB. Guatemala, febrero de 1977. 10 p.

22. Trabajos de EPS de la población de San Jacinto:

Diagnóstico de Salud de la Población de San Jacinto. 1o. semestre de 1974.

Diagnóstico de Mortalidad de la Población de San Jacinto. 2o. semestre de 1974.

Diagnóstico de la Situación de Salud del Grupo Materno-Infantil para la población de San Jacinto. 1o. semestre de 1975.

Programa de Atención Materno-Infantil del Municipio de San Jacinto, Chiquimula. 2o. semestre de 1975.

Estudio de Morbilidad y Mortalidad del Municipio de San Jacinto. 1o. y 2o. semestre de 1976.

Investigación Básica del Problema de Tuberculosis del Municipio de San Jacinto. 1o. semestre de 1977.

CUESTIONARIO SOBRE CREENCIAS, CONOCIMIENTOS, HABITOS Y
REACCIONES ANTE LA TUBERCULOSIS PULMONAR.

No. DE CUESTIONARIO: _____

DEPARTAMENTO: _____

MUNICIPIO: _____

ALDEA: _____

I. DATOS GENERALES:

NOMBRE ENCUESTADOR: _____ FECHA: _____

NOMBRE INFORMANTE: _____

DIRECCION HABITUAL: _____

SEXO: _____ EDAD: _____ AÑOS

II. CREENCIAS Y CONOCIMIENTOS:

1. DE QUE CREE USTED QUE SE ENFERMA CON MAS FRECUENCIA LA GENTE EN EL PUEBLO? (LISTADO EN ORDEN DE FRECUENCIA).
- _____
- _____

2. DE QUE CREE USTED QUE SE MUERE MAS FRECUENTEMENTE LA GENTE EN EL PUEBLO? (LISTADO EN ORDEN DE FRECUENCIA).
- _____
- _____

3. CONOCE USTED QUE ES LA TUBERCULOSIS?

SI

NO

4. CONOCE USTED CUAL ES LA CAUSA O CAUSAS DE ESE MAL?

SI

NO

5. EN CASO AFIRMATIVO, CUALES?
- _____

6. PADECE USTED O HA PADECIDO ALGUN MIEMBRO DE SU FAMILIA DE ESE MAL?

SI

NO

7. CREE USTED QUE LA TUBERCULOSIS ES CONTAGIOSA O SE PEGA?

SI

NO

8. CREE QUE SE CURA LA TUBERCULOSIS?

SI

NO

PORQUE?

9. SABE USTED COMO SE CONTAGIA LA ENFERMEDAD?

SI

NO

10. EN CASO AFIRMATIVO, COMO CREE QUE SE CONTAGIA (EXPLIQUE)

11. SABE USTED SI HAY VACUNA CONTRA LA TUBERCULOSIS?

SI

NO

12. A QUE EDAD O EDADES CREE USTED QUE SE ENFERMAN MAS PERSONAS DE TUBERCULOSIS?

13. COMO RECONOCE USTED CUANDO UNA PERSONA TIENE LA ENFERMEDAD?

14. CREE USTED QUE PUEDE SEGUIR TRABAJANDO UNA PERSONA QUE TENGA TUBERCULOSIS?

SI

NO

PORQUE?

15. DIGA O MENCIONE QUE PIENSA LA GENTE DE LA TUBERCULOSIS?

III. HABITOS.

1. CREE USTED QUE NECESITA CUIDADOS ESPECIALES LA PERSONA ENFERMA DE TUBERCULOSIS?

SI

NO

2. SI AFIRMATIVO, CUALES?

3. QUE CREE USTED QUE PUEDE COMER UNA PERSONA CON ESA ENFERMEDAD?

4. QUE CREE QUE DEBE HACERSE PARA QUE LA TUBERCULOSIS NO SE PEGUE?

5. CREE USTED QUE DEBEN ACUDIR AL MEDICO LOS ENFERMOS DE TUBERCULOSIS?

SI

NO

PORQUE?

6. QUE HACEN O QUE TOMAN EN LA FAMILIA CUANDO ALGUNO PADECE DE CATARROS O TOS FUERTE?

IV. REACCIONES:

1. QUE TRATAMIENTO CASERO LE HARIA A UN ENFERMO DE TUBERCULOSIS?

Cuestionario.../4

2. SE RELACIONA USTED CON UNA PERSONA TUBERCULOSA QUE NO SEA DE SU FAMILIA?

SI

NO

3. EN CASO NEGATIVO, PORQUE NO?

4. SE ALEJA DE ALGUNA PERSONA QUE SABE QUE TIENE TUBERCULOSIS?

SI

NO

5. EN CASO AFIRMATIVO PORQUE SE ALEJA?

6. COMO SE SENTIRIA USTED SI SE CONTAGIARA DE TUBERCULOSIS?

7. QUE HARIA SI SUPIERA QUE PADECE DE TUBERCULOSIS?

8. CREE USTED QUE HAY MEDICOS QUE PUEDEN CURAR LA TUBERCULOSIS?

SI

NO

9. QUE HARIA USTED SI EN SU FAMILIA SE ENCUENTRA UN ENFERMO TUBERCULOSO?

OBSERVACIONES:

Guatemala, mayo de 1977.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
APS RURAL -- FASE III

CUESTIONARIO SOBRE TUBERCULOSIS PULMONAR

(ESTE CUESTIONARIO DEBERA SER APLICADO AL PERSONAL PA
MEDICO DEL CENTRO DE SALUD (FORMAL Y NO FORMAL) POR
MEDICO EPS.)

No. DE CUESTIONARIO _____

DEPARTAMENTO: _____

MUNICIPIO: _____

ALDEA: _____

DATOS GENERALES:

NOMBRE DEL ENCUESTADOR _____ FECHA: _____

NOMBRE DEL INFORMANTE _____

PUESTO QUE DESEMPEÑA _____

DIRECCION HABITUAL _____

SEXO: _____ EDAD: _____ AÑOS

1. Conoce usted que es la tuberculosis pulmonar?

SI

NO

2. Conoce usted cuál o cuáles son las causas que pro-
ducen la tuberculosis?

SI

NO

3. En caso afirmativo diga cuáles:

4. Cree que una de las causas sea por castigo de Dios
o del cielo?

SI

NO

5. Cree usted que aquí en la población la gente se en-
ferma mucho de tuberculosis?

SI

NO

Cuestionario de tuberculosis.../2

6. Cree usted que aquí en la población la gente se mue
re mucho de tuberculosis?

SI

NO

7. Cre usted que la tuberculosis es contagiosa?

SI

NO

8. En caso afirmativo, cómo se contagia?

9. Cree usted que la tuberculosis se cura?

SI

NO

10. En caso negativo, porqué no se cura?

11. En caso afirmativo, cómo cree que se puede curar?

12. Hay vacuna contra la tuberculosis?

SI

NO

13. Cómo se llama esta vacuna?

14. Conoce usted cual es la prueba de la tuberculina?

SI

NO

15. En caso afirmativo, explique para que sirve:

16. Cree usted que la prueba de la tuberculina es el me
dio más eficaz para comprobar si una persona tiene
tuberculosis?

SI

NO

17. A que edad cree usted que se enferma más frecuentemente de tuberculosis?

18. Cómo reconocería usted cuando una persona tiene la enfermedad?

Explique: _____

19. Cree usted que todos los enfermos de tuberculosis deben guardar cama?

SI

NO

Porqué: _____

20. Al paciente tuberculoso debe aislársele de otras personas?

SI

NO

Porqué: _____

21. Cree usted que pueda seguir trabajando una persona que tenga esta enfermedad?

SI

NO

Porqué: _____

22. Cree usted que una persona enferma de tuberculosis necesite cuidados especiales?

SI

NO

23. En caso afirmativo diga cuáles: _____
- _____

24. Qué cree usted que debe hacerse para que la tuberculosis no se contagie?
- _____
- _____

Cuestionario de tuberculosis.../4

25. Qué cree usted que debe comer una persona con esta enfermedad?

26. Podría usted mencionar que piensa la gente de la tuberculosis?

27. Cree usted que aquí en el pueblo acuden al médico todos los enfermos de tuberculosis?

SI

NO

Porque:

28. Puede usted contraer esta enfermedad al relacionarse con enfermos que padecen tuberculosis?

SI

NO

29. Que haría usted si supiera que padece de tuberculosis pulmonar?

30. Cree usted que con medicinas se puede curar la tuberculosis?

SI

NO

31. En caso afirmativo, podría mencionar con que medicinas?

32. Cómo cree usted que se puede prevenir la tuberculosis?

Explique:

Cuestionario de tuberculosis.../5

33. Se desarrolla en el Centro de Salud algún programa de tuberculosis?

SI

NO

34. En caso afirmativo, conoce usted estos programas?
Enumere los: _____

35. Cómo se diagnostica en el Centro a un paciente de tuberculosis?

36. Cuál es el tratamiento que se le da a un paciente con esta enfermedad?

OBSERVACIONES: _____

Centro de Análisis de Fase III/bc.
30/II/77.