

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

EL PROMOTOR DE SALUD EN EL PROGRAMA DE
DETECCION Y DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR

(Estudio Efectuado en el Municipio de
San Jacinto, Chiquimula)

MAXIMINO QUIJADA HEREDIA

Guatemala, C.A.

INDICE

- I INTRODUCCION
- II GENERALIDADES
- III JUSTIFICACION
- IV ANTECEDENTES DEL ESTUDIO
- V BREVE DESCRIPCION DE LA POBLACION
 - a. Situación Geográfica.
 - b. Situación social y económica.
 - c. Comunicaciones y vías de transporte.
 - d. Medios de producción.
 - e. Creencias y costumbres.
 - f. Educación.
- VI OBJETIVOS
- VII HIPOTESIS
- VIII MATERIAL Y METODOS
- IX PRESENTACION DE RESULTADOS
- X DISCUSION Y ANALISIS
- XI CONCLUSIONES
- XII RECOMENDACIONES
- XIII BIBLIOGRAFIA
- XIV ANEXOS

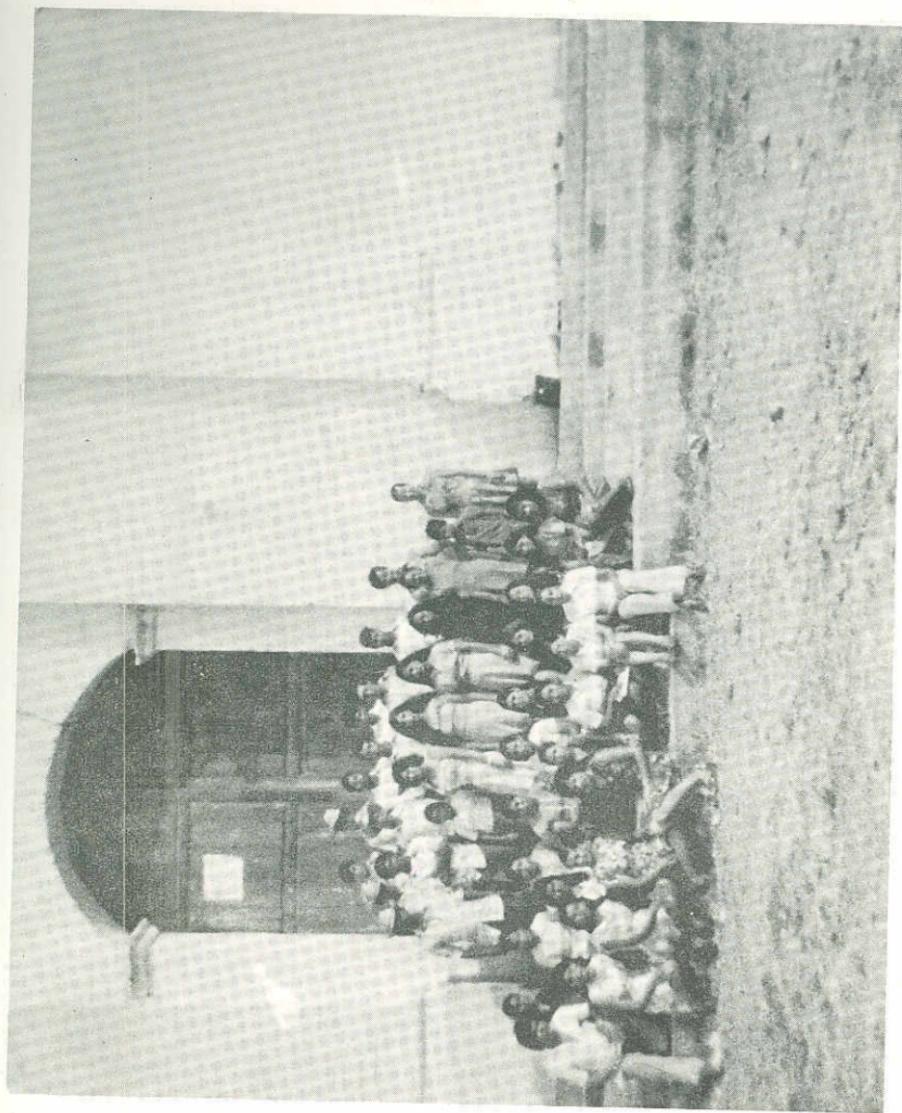
I INTRODUCCION

Pese a los considerables esfuerzos desplegados por la división de Tuberculosis de la Dirección General de Servicios de Salud, la Tuberculosis Pulmonar como entidad patológica constituye uno de los principales problemas de Salud Pública del país. Dicho problema aún no ha sido bien definido en cuanto a su trascendencia, ya que ha sido enfocado y tratado en diversas formas, las que no han alcanzado naturalmente resultados satisfactorios.

Por lo tanto, los Servicios Generales de Salud se han integrado a la Lucha contra la Tuberculosis, así también la Facultad de Ciencias Médicas mediante el estudiante de Medicina en su Ejercicio Profesional Supervisado Rural (E.P.S.); programando la Investigación para el Segundo Semestre de 1977, la DETECCION SELECCION Y DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR en sintomáticos respiratorios.

Para el desarrollo del presente estudio efectuado en el municipio de San Jacinto, Chiquimula, se contó con la valiosa colaboración de los vecinos de las diferentes comunidades rurales quienes participaron en un curso de Promotores de Salud Rural.

Hago la salvedad que no pretendo con el presente trabajo solucionar el problema, pero sí, contribuir en la lucha contra el mismo; sugiriendo, se tome en cuenta la INCORPORACION DEL PROMOTOR DE SALUD RURAL ya que es un recurso humano valioso, no sólo en el tema que nos ocupa, sino en otros problemas de la Salud Nacional.



GRUPO DE PROMOTORES DE SALUD

II GENERALIDADES

Hasta donde es posible determinar, la tuberculosis es tan antigua como la civilización. La infección por micobacterium tuberculosis ha sido llamado por varios nombres, entre ellos escrofula, tisis y consunción; este último porque causa en sus últimas etapas desgaste crónico del cuerpo. El mejor conocimiento de la tuberculosis llevó a conocer que muchos casos alcanzan etapas más avanzadas sin presentar agotamiento o emaciación. En realidad, incluso en sus etapas avanzadas, la tuberculosis es con frecuencia asintomática y pasa insospechada. (Referencia bibliográfica 1)

Hipócrates fue el primero en ofrecer una clara descripción de la tuberculosis. Isócrates en el siglo V antes de Cristo, creyó que era transmisible de persona a persona, y se difundió la idea que un individuo podría adquirir la tuberculosis de otra persona, o de algo que habría estado en contacto con un Tísico. Se aprobaron leyes muy estrictas para aislar a los pacientes y destruir cualquier cosa que pudiera haber sido contaminado por ellos. Como no se pudo demostrar de manera tangible un medio de transmisión, el interés declinó.

Con el descubrimiento de Koch del báculo tuberculoso en 1882 volvió a despertarse el interés en el contagio de la tuberculosis, pero no fue sino hasta la quinta década de este siglo, unos 70 años después, que se conoció razonablemente la transmisión por medio de los núcleos de las gotitas de exudado nasofaríngeo y pulmonar. De lo dicho anteriormente se concluye que la mejor forma de comprender la transmisión y la patogenia de la tuberculosis es haciendo posible un enfoque más racional en la búsqueda diagnóstico, tratamiento y prevención de dicha enfermedad.

Con respecto a la lucha antituberculosa en Guatemala, se puede decir que al igual que en todas partes, ha sufrido en el curso de su

historia, etapas importantes que considero oportuno señalar.

Desde antes de 1945, había en el Hospital General, una clínica para tuberculosis y habían enfermos en los servicios de medicina. En este mismo año, fue particularmente fructífero no solo para la lucha antituberculosa universal, sino particularmente para nuestro país. Se comenzó a usar la Estreptomina, descubierta en 1944; se instaló adecuadamente un dispensario antituberculoso central; así como también se fundó la liga nacional contra la tuberculosis; se creó la asociación guatemalteca de tisiología, que coordinadamente iniciaron la lucha.

En el año de 1955, fue creada la división de tuberculosis, el que marca el inicio de una lucha más organizada contra dicha enfermedad en Guatemala, usando como principios técnicos: encuesta tuberculínica Universal, vacunación antituberculosa con BCG y fotofluoroscopia a todas las personas mayores de 15 años, recorriéndose en 1958 a 1975 15 departamentos habiéndose examinado 1,100,000 con el método de fotofluoroscopia, con una prevalencia de 1.40/o de síntomas radiológicos catalogados como de origen tuberculoso; de Julio de 1956 a Junio de 1958 se llevó a cabo la gran cruzada nacional de vacunación antituberculosa, con lo que según los registros epidemiológicos se ha logrado una fuerte reducción de la endemia tuberculosa.

Resumiendo podemos expresar que las campañas en masa fueron fruto de una necesidad epidemiológica, ante un problema médico-social de primera magnitud y como consecuencia un principio internacionalmente recomendado. Considero que a pesar del fuerte impacto epidemiológico que produjo esta época, la tuberculosis en Guatemala sigue siendo uno de los más importantes problemas de salud pública, pues a pesar de todos los esfuerzos que se han hecho, no se ha alcanzado resultados satisfactorios. Es por eso que la nueva estrategia de la incorporación de la lucha contra la tuberculosis a los servicios generales de salud, se comprende como una consecuencia de aquella primera época y que es de esperar sea totalmente aceptada, para que las personas delegadas, de llevar a cabo el programa, ya que con su incumplimiento, o

mala aplicación, los resultados que se esperan no serán efectivos.

Para el control de tuberculosis pulmonar, en el municipio de San Jacinto, Chiquimula y basádonos que alrededor de la mitad de la población rural, no tiene fácil acceso al puesto de salud, y que ello radica que la situación para las personas es aún más grave, puesto que le impide consultar en el momento preciso que necesita ser visto por el médico y de aquí se deriva que nunca consultan por molestias aparentemente sencillas como tos crónica, u otras que los tratan con remedios caseros. En vista de lo cuál creo que en este tipo de comunidades debiera haber personas que al igual que en la campaña contra la Malaria fueran colaboradores voluntarios de identificar a toda persona tosedora crónica no importando el tiempo de evolución, para orientarla a que consulte al médico del puesto de salud más cercano y demás funciones, delegadas en estas personas que se detallan adelante.

III JUSTIFICACION

El logro de la participación de los vecinos de las distintas comunidades rurales de San Jacinto, en calidad de promotores de salud en el programa de detección y diagnóstico de tuberculosis pulmonar, constituye una idea que obedece al difícil acceso que tienen los pacientes al puesto de salud y a la poca importancia que dan estos al hecho de consultar por tos y espectoración, fenómeno que obstaculiza el desarrollo de la lucha antituberculosa. Pero pensé que sería perfectamente realizable el entrenamiento adecuado de individuos que voluntariamente deseen colaborar en el medio rural, para la identificación de personas con tos y espectoración que esten en capacidad de dar una muestra de esputo para el estudio de baciloscopia.

Además la idea de la incorporación del promotor de salud, responde a un programa establecido por la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC. en coordinación con la División de Tuberculosis, para que a través del estudiante de Medicina en su E.P.S. pueda hacer la detección y diagnóstico de casos tuberculosos y que dá mayor importancia a la cobertura en el área rural.

Las argumentaciones anteriores, se resumen en que el promotor de salud, puede ser un valioso recurso en su comunidad, localizando al paciente sintomático respiratorio para referirlo al puesto de salud correspondiente o tomar la mencionada muestra para enviarla al médico o enfermera auxiliar encargada del programa, y que todo esto redunde en una mejor asistencia a la comunidad.

IV ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

La magnitud y la gravedad del problema de la tuberculosis pulmonar en Guatemala, unidos a la pobreza, ignorancia y especialmente a la falta de recursos socio-económicos, son verdaderamente desalentadores. No obstante es mucho lo que se puede hacer para mejorar o prevenir tan temido mal. En el país se han organizado varias campañas que han cubierto casi en su totalidad la población, ensayando diversos métodos para la búsqueda activa de casos tuberculosos, pero que hasta el momento no han alcanzado el éxito esperado. Resumiendo se puede decir que el problema se percibe y que es necesario continuar los esfuerzos hacia la mejora del mismo.

El presente estudio realizado en el semestre que comprende de agosto 77 a enero 78; período en que se realizó la práctica de E.P.S. en el puesto de salud del Municipio de San Jacinto, Chiquimula, se llevó a cabo la etapa final de investigación sobre tuberculosis programada por la Facultad de Ciencias Médicas en coordinación con la División de Tuberculosis de la División General de Servicios de Salud y que tiene como objeto la detección selección y diagnóstico de los casos, así como también el manejo de los mismos.

Según la experiencia que tuve al relacionarme con los habitantes del área rural de San Jacinto, pude darme cuenta que en la gran mayoría no existe una clara concepción de la tuberculosis como problema social y de salud y los demás que poseen conocimiento empíricos de la enfermedad, demostraron su temor de ser contagiados, tomando en cuenta estos argumentos y sumados a la poca colaboración que han prestado los médicos E.P.S. anteriores, que se confirmó que no han desarrollado ninguna campaña sobre el tema que ahora nos ocupa, es por lo que decidí que la mejor forma de ayudar a la comunidad, en busca de soluciones al problema es justamente con los vecinos de todas las aldeas del municipio; haciéndoles un llamado para que colaboren

estrechamente con el médico para la identificación en sus comunidades, de personas mayores de 10 años de edad con tos y espectoración y que estén en posibilidades de dar una muestra de esputo, ya que se afronta el grave problema que el paciente que consulta por tos no regresa al puesto con la muestra de esputo que se exige durante la consulta. En vista de lo cuál inicié el curso de adiestramiento de promotores de salud, asistiendo un total de 45 personas, de ambos sexos y el tiempo de duración fue aproximadamente de 3 meses, habiendo impartido conocimientos básicos de salud y haciendo énfasis en el control de las enfermedades infecto-contagiosas y especialmente la tuberculosis pulmonar en el medio rural.

Dicho curso fue clausurado en presencia de autoridades de la Fase III, de la Facultad de Ciencias Médicas y se entregó un diploma de participación a cada promotor.

Considero hacer mención que en cuanto al promotor de salud es la primera vez que se utiliza como un recurso en un programa como tal.

V BREVE DESCRIPCION DE LA POBLACION

A. DESCRIPCION GEOGRAFICA:

San Jacinto, municipio del departamento de Chiquimula, tiene una extensión aproximada de sesenta kilómetros cuadrados; colinda al norte con San Juan Ermita y Chiquimula, al Este con San Juan Ermita y Olopa y Quezaltepeque, al Oeste con Ipala, San José la Arada y Chiquimula.

La cabecera municipal está ubicada a la altura del Km. 184 sobre la ruta nacional C.A., la que conduce a Chiquimula, Esquipulas y al Salvador; la distancia a la cabecera departamental es aproximadamente de 16 kms.; y al municipio de Quezaltepeque a 12 kms.

Tiene una población de 7,058 habitantes, distribuidos en la cabecera municipal y once aldeas.

Cabecera municipal: SAN JACINTO.

Aldeas:	El Zapote
Tisubin	Agua Zarza
Escalón	Ticanlú
Lomas	Majada
Dolores	Santa Cruz
Pueblo Nuevo	Carrizal

B. COMUNICACION Y VIAS DE TRANSPORTE:

La principal carretera es la ruta nacional que atravieza el municipio. Una carretera polvosa que llega hasta el cacerío de San Nicolas; siendo ésta ruta accesible para las aldeas de Santa Cruz y El Zapote.

Cuenta también con caminos de herradura y veredas que unen a las aldeas y caceríos entre Sí, y con los municipios vecinos.

C. SITUACION SOCIAL Y ECONOMICA:

Se observa en la población muchísimos matrimonios legalmente constituidos y muchas uniones de hecho formales, gozando de un hogar con todas las características fundamentales, es decir, tanto el padre como la madre viven juntos al cuidado de sus hijos, donde el padre es el jefe del hogar. Tanto en la población rural como en la urbana no existen indígenas puros sino que están en proceso de adaptación socio-cultural.

D. MEDIOS DE PRODUCCION:

San Jacinto es conocido por el sobre nombre del "Granero de Chiquimula", ya que hay gran producción de granos básicos (maíz, frijol, maicillo, etc.) incrementando en los últimos tiempos la producción de jocote corona y mango, las mujeres y niños se dedican a elaborar la trenza para la fabricación de sombreros.

En las labores agrícolas y recolección de cosechas se usa la fuerza inminentemente humana.

La ganadería es escasa debido probablemente a la escasez de lluvia y aridez de las tierras.

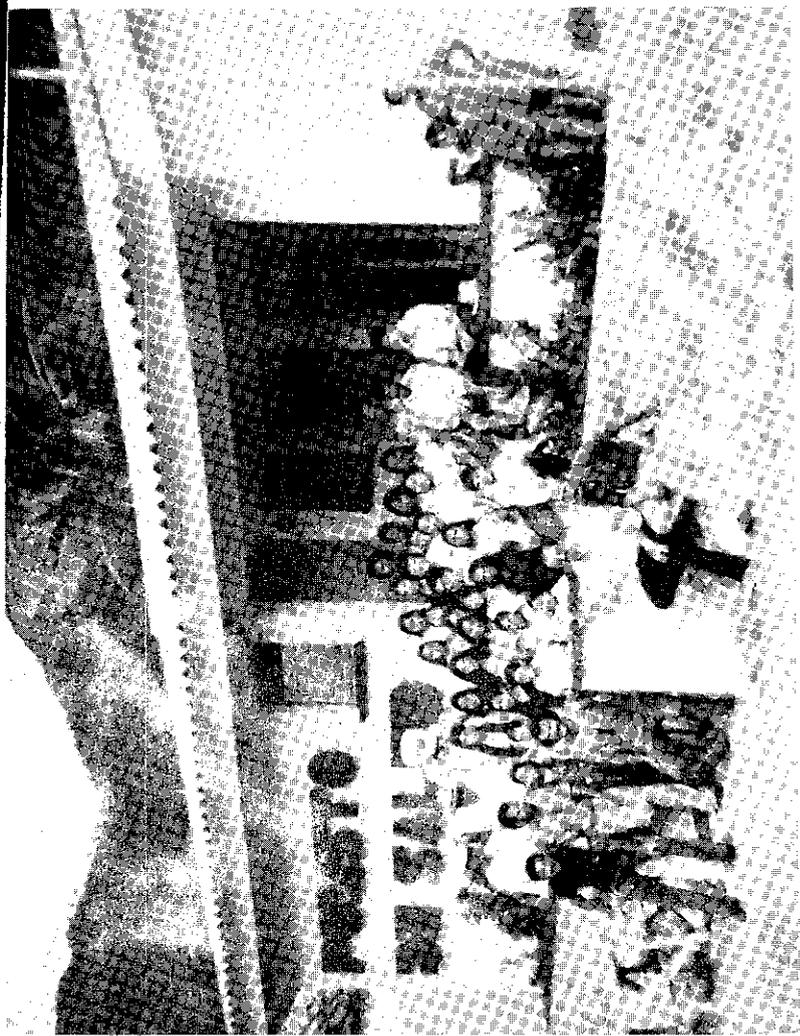
E. CREENCIAS Y COSTUMBRES:

Casi todos los pacientes que consultan al Puesto de Salud han sido vistos una ó más veces por personas llamadas Brujos ó Curanderos, acudiendo a ellos por motivos que los pacientes aluden, tal es el caso de personas que sufren de "espantos", y, que por sus creencias tienen fé a los ritos que estas personas practican, así los malos espíritus se alejarán del enfermo. Por ello es lógico

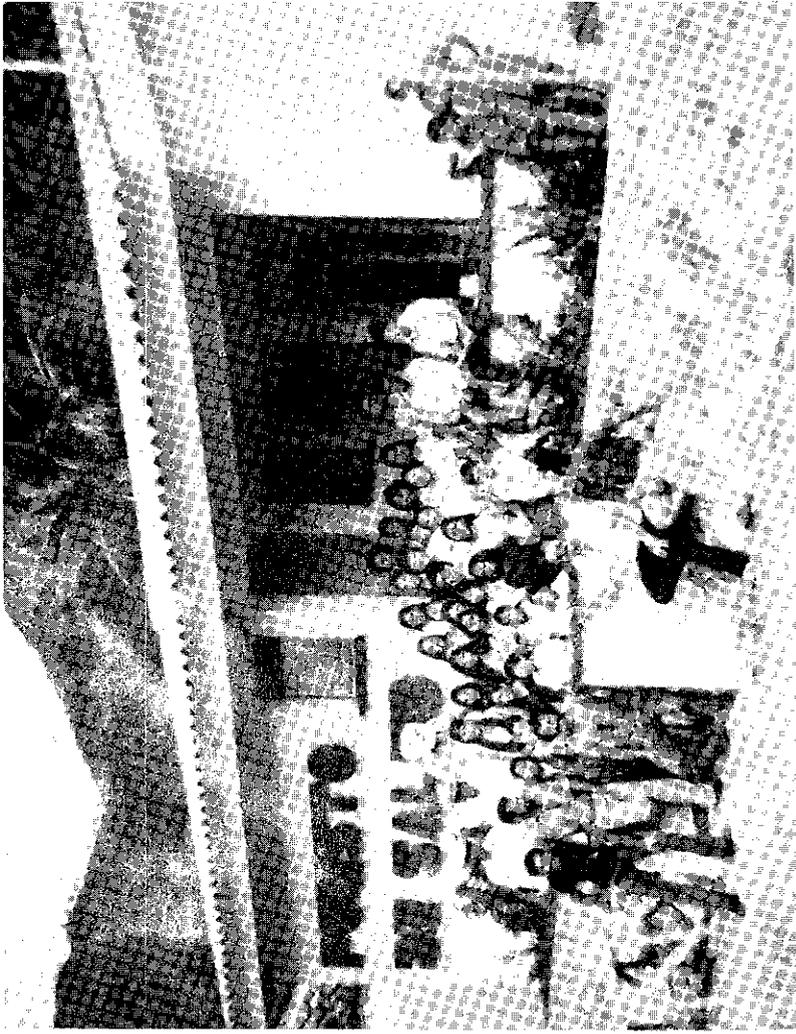
explicar el alto índice de mortalidad, infantil, ya que los padres llevan credulamente a sus hijos con el Brujo ó Soplador como también le nombran.

F. EDUCACION:

El analfabetismo tanto en el área urbana como la rural, abarca proporciones alarmantes, ya que el ausentismo escolar es muy alto especialmente en el área rural, pues los niños en edad escolar no tienen la oportunidad de asistir ya que sus padres los ocupan en las tareas agrícolas y oficios domésticos.



PROMOTORES DE SALUD EN EL PUESTO DE SALUD.



PROMOTORES DE SALUD EN EL PUESTO DE SALUD.

VI OBJETIVOS

EN CUANTO AL PROMOTOR DE SALUD:

- Lograr el mejor aprovechamiento del recurso humano promotor de salud rural al desarrollo del programa de detección y diagnóstico de tuberculosis pulmonar.
- Entrenamiento adecuado de 4 promotores por cada comunidad rural con conocimiento de salud en general y específicamente en el control de la tuberculosis pulmonar.
- Que el promotor de salud adquiera conciencia de la magnitud del problema en el medio rural en que vive.
- Adquieran actitudes positivas hacia el respeto y comprensión de los hábitos, creencias y valores en la población rural.
- Conozca las técnicas para identificar el sintomático respiratorios y obtención de las muestras de espectoración del mismo.
- Que el promotor cumpla con llevar la muestra al puesto de salud de la cabecera municipal.

EN CUANTO AL PROGRAMA:

- Contribuir con la División de Tuberculosis de la Dirección General de Servicios de Salud al desarrollo del programa de integración de la tuberculosis.
- Conocer la magnitud del daño de la tuberculosis pulmonar en el medio rural del municipio de San Jacinto.
- Conocer y cuantificar la proporción de casos sintomáticos

respiratorios entre los consultantes a los servicios generales en la población de San Jacinto.

- Realizar visitas domiciliarias a los casos positivos, para conocer los aspectos socio-económicos de la familia.

VII HIPOTESIS

1. La tuberculosis pulmonar en el medio rural de San Jacinto es mayor de lo que hasta el momento se conoce.
2. Los promotores de salud en las comunidades rurales, adecuadamente adiestrados son capaces de participar eficazmente en la detección de TB. pulmonar.
3. En general los métodos tradicionales de detección de los enfermos de tuberculosis en San Jacinto no han sido lo suficientemente satisfactorios.
4. La obtención de la muestra de esputo del paciente sintomático respiratorio, a través del promotor de salud, es un método sencillo y de bajo costo.
5. La tuberculosis afecta con mayor drasticidad a las comunidades rurales de San Jacinto.
6. Los grupos de mas bajo nivel socio-económicos son los más afectados.

VIII MATERIAL, METODOS Y RECURSOS

A. MATERIAL:

Para el desarrollo del presente estudio se dispuso de los promotores de salud rural. Además se contó con la colaboración de 1 enfermera auxiliar, 1 E.P.S. rural, el laboratorio clínico de Chiquimula y la Facultad de Ciencias Médicas.

B. METODO:

Específicamente el estudio para la Facultad de Ciencias Médicas que ha sido programada del 20 de Septiembre al 20 de Noviembre de 1977, pretendo llevarlo a cabo con la colaboración de 4 promotores de salud para cada comunidad rural previo adiestramiento en base a la guía de la D.G.S.S. y prepararlos especialmente para el desarrollo del programa de detección y diagnóstico de Tuberculosis pulmonar en el medio rural; enseñándoles técnicas para la identificación del sintomático respiratorio, obtención de la muestra de espectoración y envío de ésta al puesto de salud para que el E.P.S. o enfermera auxiliar realice los frotos y las remita a los laboratorios respectivos.

C. RECURSOS:

Considero muy útil precisar que la División de Tuberculosis ofreció aportar todo lo necesario para el desarrollo del programa.

Por su parte la Facultad de Ciencias Médicas en la etapa de detección y diagnóstico llevado a cabo del 20 de Sept. al 20 de Nov. de 1977, proporcionó los siguientes materiales:

- Vasos plásticos para la recolección de muestras de esputo.

- Material y útiles requeridos para el procesamiento de los frotos.
- Laboratorio clínico de la Facultad de Ciencias Médicas.
- Papelería de las formas: 01, 02, 01-2, 01-3.
- Todos los demás materiales y enseres en el desarrollo del estudio.

Para el análisis de la morbilidad y mortalidad se recurrirá al:

Archivo de nacimientos y defunciones de la municipalidad.
 Archivo del Puesto de Salud.
 Archivo de la División de Tuberculosis.

IX PRESENTACION DE RESULTADOS

La etapa del presente estudio, fijada por la Facultad de Medicina, de Sept. 20 a Nov. 20 del 77 pretende llevar a cabo la detección, selección y diagnóstico de los casos tuberculosos, en pacientes que asisten a la consulta y que esten enmarcados en la categoría de sintomático respiratorio y que además estén en capacidad de dar una muestra de expectoración. Como no fue posible el logro absoluto del acceso de los pacientes al puesto de salud, fueron las personas a quienes se les estaba impartiendo un curso de promotores de salud, las que voluntariamente colaboraron para completar la tarea de identificar en sus distintas comunidades a toda aquella persona mayor de 10 años con tos y expectoración (sintomático respiratorio) y a quienes se delegó además, las funciones de tomar los datos clínicos del paciente, tomar las muestras de esputo y llevarlas personalmente al puesto de salud. Así como también administrar el tratamiento a los casos positivos, bajo supervisión del médico o la enfermera auxiliar.

En el presente trabajo también se revisió la morbi-mortalidad específicamente de tuberculosis y las primeras 10 causas de consulta del semestre de Feb. - Agosto - 77.

Previo a continuar con el desarrollo del tema considero necesario definir los siguientes conceptos:

a. Promotor de Salud:

Individuo, que posee conocimientos básicos de salud y que colabora incondicionalmente con su comunidad.

b. Sintomático respiratorio:

Todo paciente mayor de 10 años de edad que presenta tos con expectoración, no importante el tiempo de evolución.

c. Caso tuberculoso.

Aquel enfermo que expulsa báculos tuberculosos.

d. Contacto:

Toda persona expuesta a contraer la enfermedad por la relación continua y prolongada con un caso de tuberculosis (por razones familiares, laborales u otras incluyendo escolares)

Atendiendo a los criterios anteriores y de acuerdo a el tiempo fijado, se vieron un total de 50 sintomáticos respiratorios y de los cuales solamente a 36 se efectuó baciloscopia de esputo, ya que hubo que descartarse algunas muestras que por apreciación macroscópica no parecían de buena calidad.

Informe global de la encuesta

San Jacinto 1973.

A	Probados a la tuberculina	5552	78.7o/o
	a.1 Leídos a la tuberculina	5162	93.0o/o
	a.2 No leídos a la tuberculina	390	7.0o/o
	a.3 Positivos a la tuberculina	2471	47.9o/o
	a.4 Negativos a la tuberculina	2691	52.1o/o
B:	Examinados a la fotofluoroscopia	3885	52.1o/o
	b.1 Normales a fotofluoroscopia	3331	98.5o/o
	b.2 Anormales a fotofluoroscopia	54	1.4o/o
C.	Confirmados de tuberculosis pulmonar	43	1.1o/o
D.	Prevalencia.		1.1o/o

Población cubierta fue de 5,552 con un porcentaje de 78.7o/o

En relación con la fluoroscopia se examinaron el 55o/o de la población, igual a 3,885 Hab., descubriéndose que el 1.4o/o (54) eran anormales a la misma y posteriormente se confirmaron como casos de tuberculosis pulmonar 1.1o/o (43).

La reacción de tuberculina se efectuó a 5,552 Hab., cubriéndose el 78.7o/o de la población, se leyeron el 93.0o/o (5,162) y se dejaron de leer el 7.0o/o (390). Se encontró que el 47.9o/o de los probados a la tuberculina fueron positivos y el 52.1o/o tuberculino negativo.

Finalmente nos encontramos que ambas encuestas arrojaron una prevalencia de tuberculosis de 1.1o/o para el municipio en estudio.

Con respecto a la mortalidad específicamente por tuberculosis, las planillas de la división de tuberculosis de Zacapa, nos indica que una sola defunción por TB. en San Jacinto y la revisión del archivo de defunciones de la municipalidad reporta también un caso para 1977. Demás está decir que en los libros no se encuentra anotada la tuberculosis como defunción por ser dados los diagnósticos por autoridades municipales que no están calificados para el efecto.

A continuación aparecen las 10 principales causas de consulta, según el orden de frecuencia para el semestre de Feb. a Julio de 1977.

1. Desnutrición en General	188	13.33o/o
2. Enfermedades Respiratorias	137	9.72o/o
3. Caries dental	95	6.74o/o
4. Control Prenatal	94	6.67o/o
5. GECA de etiología	86	6.09o/o
6. Mialgia ocupacional	84	5.96o/o
7. Piodermitis	66	4.63o/o
8. Parasitismo intestinal	62	4.40o/o
9. Control del Niño Sano	48	3.40o/o
10. Traumas	47	3.27o/o
11. Otras	503	35.67o/o

A pesar de que las enfermedades respiratorias se encuentran ocupando un segundo lugar (9.72o/o) entre las 10 principales causas de consulta, la incidencia de tuberculosis fue nula probablemente debido a que no se dió importancia a dicho problema o que la integración de los servicios de salud en el

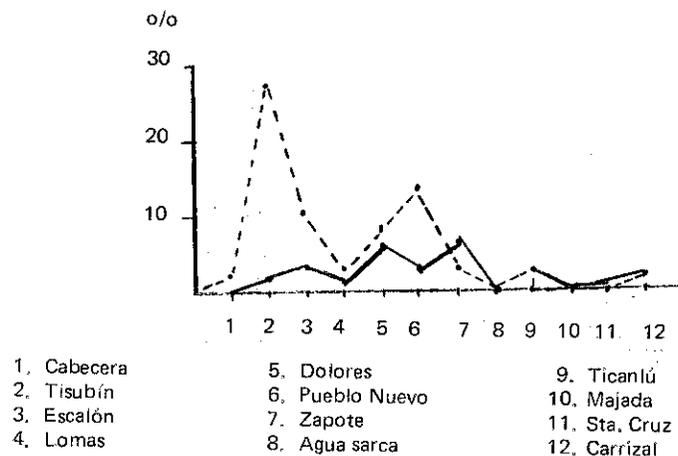
control de la tuberculosis no está siendo efectiva o es que no hay conciencia en la población acerca de tal enfermedad.

CUADRO No. 1
DISTRIBUCION NUMERICA Y PORCENTAJE DE 50 MUESTRAS DE ESPECTORACION, OBTENIDOS POR LOS PROMOTORES (SAN JACINTO, SEPT. 20 A NOV. 20 DE 1977) SEGUN PROCEDENCIA Y CALIDAD.

Localidad	No. de muestras obtenidas	No. de muestras descartadas	o/o	No. de muestras estudiadas	o/o
Cabecera	2	0	0	2	4
Tisubin	14	1	2	13	26
Escalon	7	2	4	5	10
Lomas	3	1	2	2	4
Dolores	7	3	6	4	8
Pueblo Nuevo	7	1	2	6	12
El Zapote	5	3	6	2	4
Agua Zarca	0	0	0	0	0
Ticaniú	3	2	4	1	2
Majada	0	0	0	0	0
Sta. Cruz	0	0	0	0	0
Carrizal	1	1	2	1	2
Total	50	14	28	36	72

De un total de 50 muestras recibidas, solamente el 72o/o fueron aceptadas y el 28o/o descartadas según apreciación macroscópica del E.P.S., basandose en el aspecto o mala técnica en la toma por parte del promotor de Salud.

GRAFICA No. 1



CUADRO No. 2

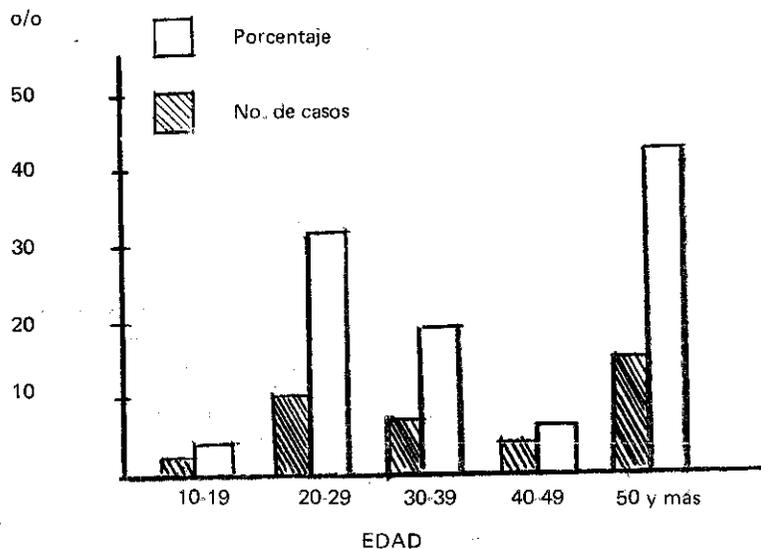
DISTRIBUCION NUMERICA Y PORCENTAJE DE 36 SINTOMATICOS RESPIRATORIOS (SAN JACINTO, SEPT. 20 - NOV. 20 - 77). SEGUN EDAD.

Edad	No. de Casos	o/o
10-19 años	1	2.78
20-29 años	11	30.56
30-39 años	6	16.67
40-49 años	2	5.56
50 y más años	16	44.44
Total	36	100.00

En esta distribución, es digno de resaltar 2 grupos de sintomáticos respiratorios, por una parte 11 de ellos que representan el 30.56o/o es tan comprendidos entre 20-39 años, fenómeno de acuerdo a la edad en que generalmente se descubre el mayor número de enfermos de TB. pulmonar.

Sin embargo el 44.44o/o de sintomáticos respiratorios fueron mayores de 50 años, edad en la cual es bajo el hallazgo de enfermos.

GRAFICA No. 2

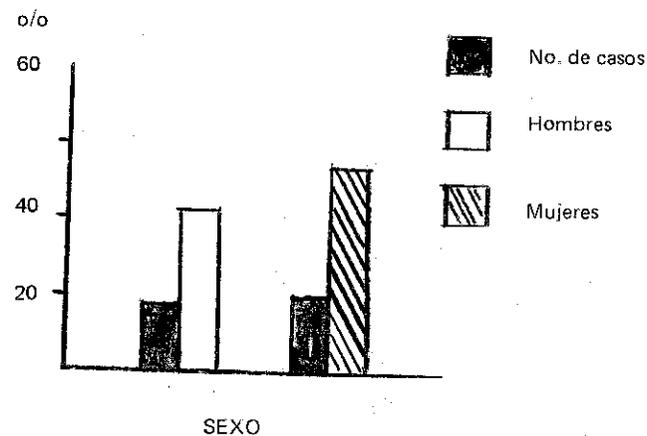


CUADRO No. 3

DISTRIBUCION NUMERICA Y PORCENTAJE DE 36 SINTOMATICOS RESPIRATORIOS (SAN JACINTO, SEPT. 20 - NOV. 20 / 77) SEGUN SEXO.

Sexo	No. de Casos	o/o
Masculino	16	44.44
Femenino	20	55.56
Total	36	100.00

Este cuadro tiene poca significación porque la diferencia de personas entre uno y otro sexo, está directamente en relación con la población encuestada. (Ver la siguiente gráfica).

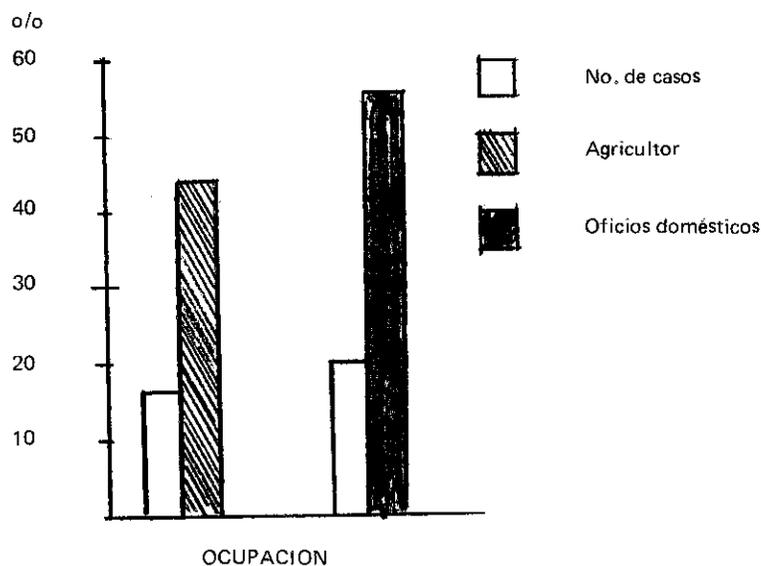


CUADRO No. 4

DISTRIBUCION NUMERICA Y PORCENTAJE DE 36 SINTOMATICOS RESPIRATORIOS (SAN JACINTO, SEPT. 20 — NOV. 20/77) SEGUN LA OCUPACION.

Ocupación	No. de Casos	o/o
Agricultura	16	44.44
Oficios domésticos	20	55.56
Total	36	100.00

La distribución de 36 sintomáticos respiratorios de acuerdo a la ocupación y combinados con el sexo podemos inferir que podría haber una frecuencia un poco mayor entre las mujeres que se quedan en su hogar, probablemente debido a sus labores propias o poca colaboración con los promotores. (Ver la siguiente gráfica)

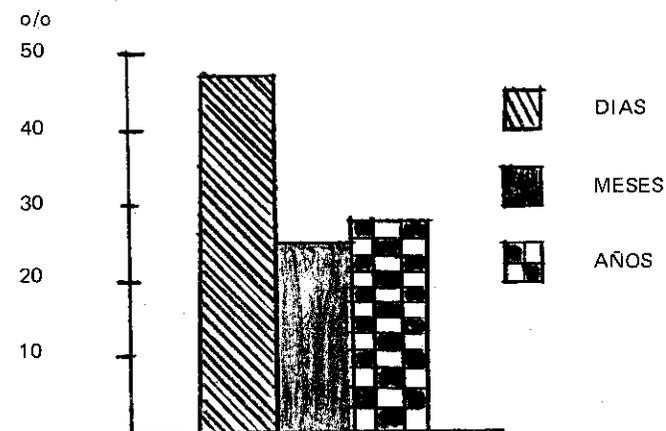


CUADRO No. 5

DISTRIBUCION NUMERICA Y PORCENTAJE DE 36 SINTOMATICOS RESPIRATORIOS (SAN JACINTO, SEPT. 30 — NOV. 20/77) SEGUN LA EVOLUCION DE TOS.

Tiempo	No. de Casos	o/o
Días	17	47.22
Meses	9	25.00
Años	10	27.78
Total	36	100.00

El tiempo de duración de la tos y la espectoración en los sintomáticos respiratorios es importante por cuanto que nos confirma que es innecesario fijar un término de duración de estos síntomas, para calificar de sintomáticos respiratorios a la persona tal cual es la norma actual. (Ver la gráfica siguiente).

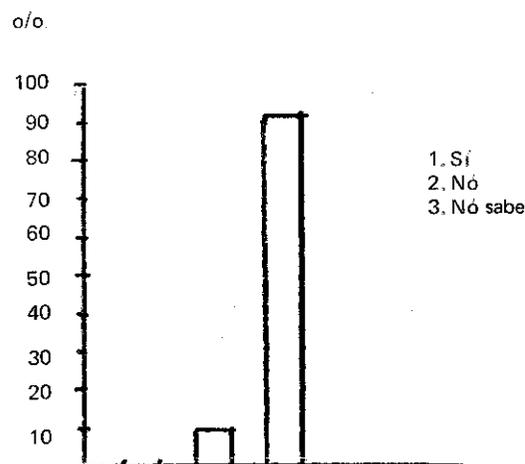


CUADRO No. 6

DISTRIBUCION NUMERICA Y PORCENTAJE DE 36 SINTOMATICOS RESPIRATORIOS (SAN JACINTO, SEPT. 20 - NOV. 20/77), SEGUN EL FACTOR ALERGIA.

A l é r g i c o	No. de Casos	o/o
Si	0	0.00
Nó	3	8.33
Nó sabe	33	91.67
Total	36	100.00

Aunque en relación con Tb. los interesantes capítulos de inmunología y patogénia son fundamentales, la investigación de la alergia de tipo general que no es significativa en tuberculosis dió por resultado que el 91.67o/o no pudo responder la pregunta por déficit cultura. (Ver la gráfica siguiente)



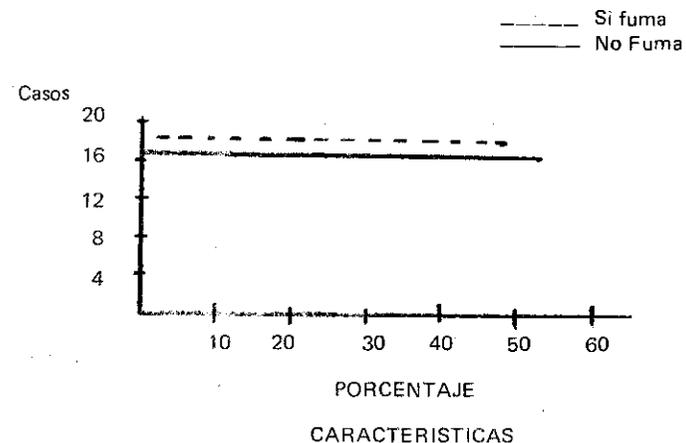
CUADRO No. 7

DISTRIBUCION NUMERICA Y PORCENTAJE DE 36 SINTOMATICOS RESPIRATORIOS (SAN JACINTO, SEPT. 20 - NOV. 20/77), SEGUN EL HABITO DE FUMAR.

Fuma	No. de Casos	o/o
Si	17	47.22
No	19	57.78
Total	36	100.00

Si tomamos en cuenta el hábito de fumar y su relación los sintomáticos respiratorios tenemos que concluir, en que la tos y la expectoración se presentó tanto en los que fumaron como en los que nó.

De los 17 que fumaron, 5 fumaron 1 paquete diariamente y los otros 12 solamente unos cuantos cigarrillos al día. (Ver la gráfica siguiente)

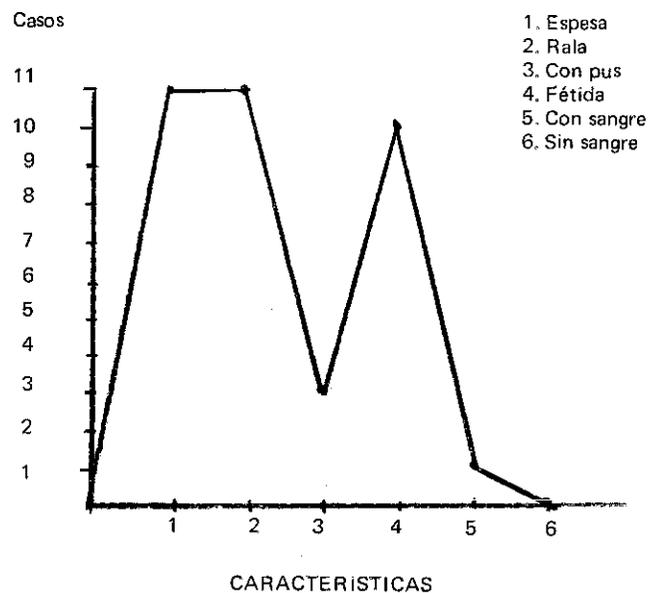


CUADRO No. 8

DISTRIBUCION NUMERICA Y PORCENTAJE DE 36 SINTOMATICOS RESPIRATORIOS, (SAN JACINTO, 20 SEPT. - 20 NOV. 77) SEGUN EL TIPO DE ESPECTORACION REFERIDA POR EL PACIENTE.

Tipo	No. de Casos	o/o
Espesa	11	30.56
Rala	11	30.56
Con pus	3	8.33
Fétida	10	27.78
Con sangre	1	2.78
Sin sangre	0	0.00
Total	36	100.00

Ver la gráfica siguiente

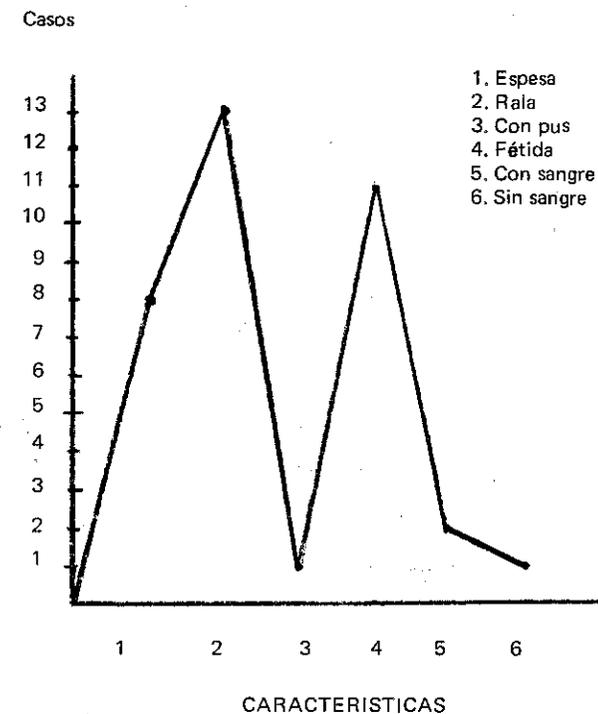


CUADRO No. 9

DISTRIBUCION NUMERICA Y PORCENTAJE DE 36 SINTOMATICOS RESPIRATORIOS (SAN JACINTO, SEPT. 20- NOV. 20 / 77) SEGUN EL TIPO DE ESPECTORACION REFERIDA POR EL E.P.S.

Tipo	No. de Casos	o/o
Espesa	8	16.67
Rala	13	36.11
Con pus	1	2.78
Fétida	11	30.56
Con sangre	2	5.56
Sin sangre	1	2.78
Total	36	100.00

Interpretamos el tipo de espectoración tanto en la opinión del sintomático respiratorio, como en la del E.P.S. creemos que la única referencia de valor sería que uno de los esputos hemoptóico no fue interpretado como tal por el paciente. (Ver la gráfica siguiente)



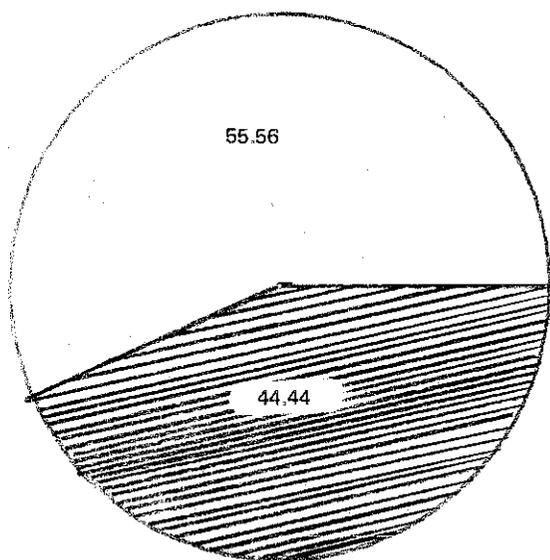
CUADRO No. 10

DISTRIBUCION NUMERICA Y PORCENTAJE DE 36 SINTOMATICOS RESPIRATORIOS, (SAN JACINTO SEPT. 20 - NOV. 20/77) SEGUN EL PADECIMIENTO DE FIEBRE.

Fiebre	No. de Casos	o/o
Sí	20	55.56
No	16	44.44
Total	36	100.00

En relación con el síntoma fiebre, el predominio de sintomáticos respiratorios por ella se debió a que la encuesta coincidió con un brote de gripe.

No podemos interpretar que la fiebre de más de la mitad de los pacientes pueda ser debida a tuberculosis. (Ver la gráfica siguiente)

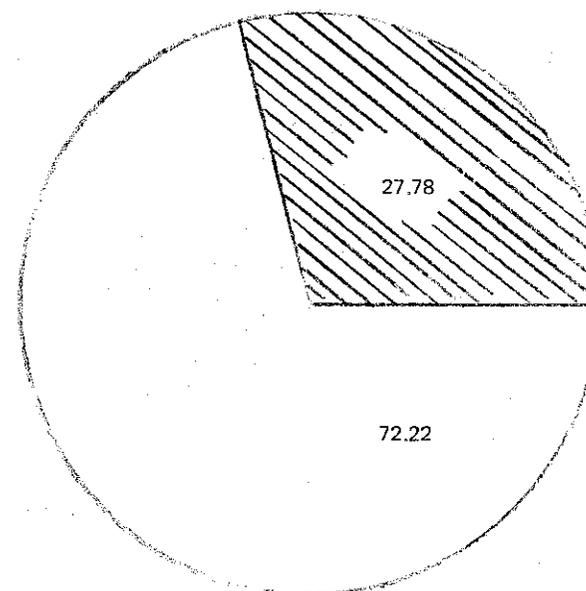


CUADRO No. 11

DISTRIBUCION NUMERICA Y PORCENTAJE DE 36 SINTOMATICOS RESPIRATORIOS, (SAN JACINTO, SEPT. 20 NOV. 20/77) SEGUN LA PERDIDA DE PESO

Pérdida de peso	No. de Casos	o/o
Sí	26	72.22
No	10	27.78
Total	36	100.00

En relación con el peso el interrogatorio trataba de aclarar si los pacientes relacionaban la pérdida de peso con la persistencia de la tos y la espectoración. En este sentido el 72.22o/o contestó que sí. (Ver la gráfica siguiente)

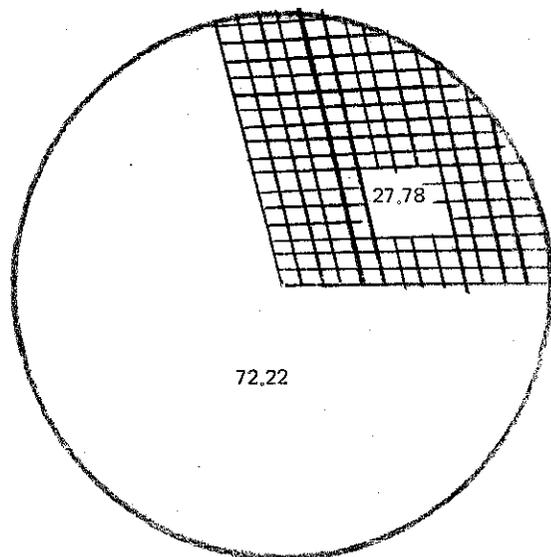


CUADRO No. 12

DISTRIBUCION NUMERICA Y PORCENTAJE DE 36 SINTOMATICOS RESPIRATORIOS, (SAN JACINTO, SEPT. 20 — NOV. 20/77) SEGUN EL DECAIMIENTO.

Decaído	No. de Casos	o/o
Sí	26	72.22
No	10	27.78
Total	36	100.00

El decaimiento es indiscutiblemente un signo de infección toxibacilar por micobacterion tuberculosis. En la encuesta 72.22o/o acusó este síntomas por lo que considero que debe persistir este signo dentro del interrogatorio del sospechoso. (Ver la gráfica siguiente)



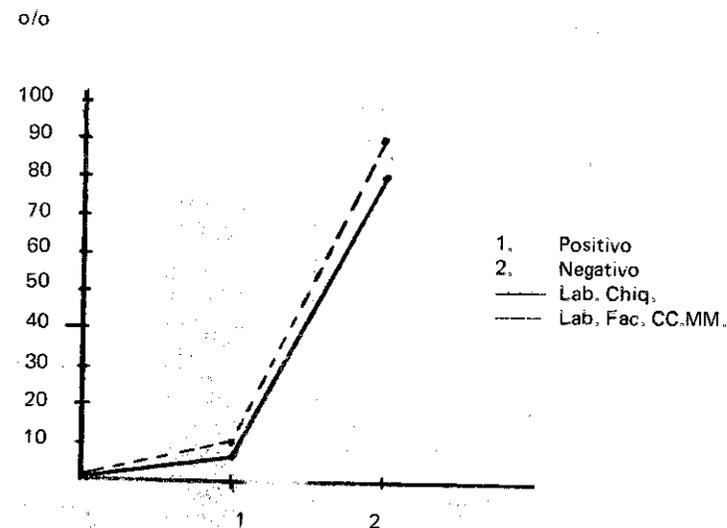
CUADRO No. 13

DISTRIBUCION NUMERICA Y PORCENTAJE DE RESULTADOS DE LA BACILOSCOPIA SEGUN LA POSITIVIDAD O NEGATIVIDAD Y EL LABORATORIO EN DONDE SE EFECTUO, (SAN JACINTO SEPT. 20 — NOV. 20/77).

Baciloscopia	No. de Casos Hos. Chiquimula	o/o	No. de Casos Fac. de Medicina	o/o
Positivo	4	11.11	3	9.09
Negativos	32	88.89	30	90.01
Total	36	100.00	33	100.00

Del total de los frotos que se realizaron, 36 fueron enviados al laboratorio del hospital de Chiquimula y solamente 33 a la Facultad de Ciencias Médicas debido al factor tiempo.

El primero reportó 4 casos positivos que alcanza un 11.11o/o de un total de las baciloscopias efectuadas. Y el segundo 3 casos, con 9.09o/o del estudio respectivo. (Ver la gráfica siguiente)



CUADRO No. 14

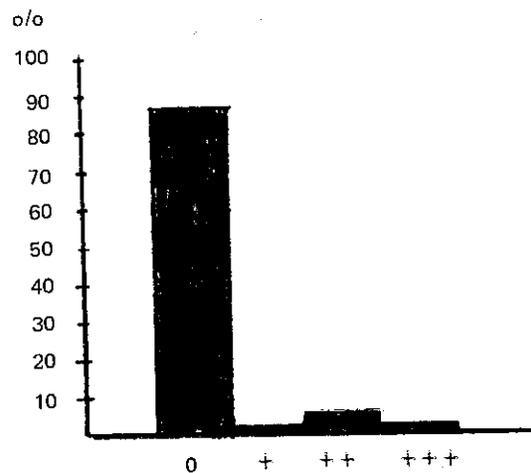
DISTRIBUCION NUMERICA Y PORCENTAJES DE 36 RESULTADOS DE BACILOSCOPIAS DE ESPUTO REPORTADOS POR EL LABORATORIO CLINICO DE CHIQUIMULA. (SAN JACINTO, SEPT. 20 - NOV. 20/77)

No. de cruces	No. de casos	o/o
0	32	88.89
+	1	2.78
++	2	5.56
+++	1	2.78
Total	36	100.00

En el cuadro anterior se trata de explicar el grado de actividad tuberculosa que se encontró medida por la presencia de báculos por campo en el esputo estudiado, lo cual puede ser por el siguiente parámetro.

0	000
+	más de 1
++	de 1 a 10
+++	más de 10

Ver la Gráfica siguiente:



X

ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

A continuación se resumen una serie de datos que son específicamente del estudio realizado en el municipio de San Jacinto.

Información Básica:

No. de consultantes de Sept. 20 a Nov. 20	365
No. de I.R.S.	16
No. de sintomáticos respiratorios	36
No. de casos positivos	4
No. de contactos	15
No. de contactos por sintomático respiratorios	4
No. de contactos positivos	0

Análisis de Morbilidad

Relación de positivos con I.R.S.	4:1
Relación de sintomático respiratorios positivos	9:1
Relación de demanda general	10.14:1
Porcentaje de sintomático respiratorios en demanda espontánea	9.86o/o
Porcentaje de casos entre los sintomáticos respiratorios	11.11o/o
Porcentaje de casos entre los contactos	0.00

Prevalencia de tuberculosis en relación a la población total del municipio de San Jacinto.

$$\frac{\text{No. de Casos}}{\text{Pob. Total}} = 57 \times 100,000 \text{ habitantes}$$

De todo el análisis estadístico anterior las cifras fundamentales están constituidas por las 2 siguientes:

- A. La relación de los sintomáticos respiratorios, con la totalidad de los consultantes en el período de estudio Programado por la facultad (Sept. 20 a Nov. 20/77) fue: 9.86o/o

Esta cifra tiene un valor fundamental porque la norma en lucha antituberculosa identifica para cada servicio, zona, región o país este parametro.

- B. La otra cifra importantísima es la que en el 11.11o/o de sintomáticos respiratorios fueron descubiertos como portadores del *Micobacterium Tuberculosis* al examen directo del esputo.

Combinando los 2 parámetros locales el sintomático respiratorio y el de casos de TB. pulmonar, puedo informar que ellos representan y justifican por una parte la existencia de la lucha antituberculosa integrada a los servicios generales de salud; por la otra justifica la investigación promovida por la facultad de Ciencias Médicas y en 3er. lugar justifica plenamente el importante papel que puede desempeñar el promotor de salud en la lucha contra la tuberculosis tema de la presente tesis.

En cuanto, a la Primera hipótesis, puedo decir que solamente sería posible la aceptación si se hubieran en San Jacinto otros estudios específicos del área rural para comprobar los resultados.

Respecto a la Segunda hipótesis, se acepta plenamente, ya que justificamos los resultados obtenidos en la detección de TB pulmonar en una labor conjunta con los Promotores de Salud Rural.

En relación a la Tercera hipótesis, estoy de acuerdo en la ineficacia de los métodos tradicionales, ya que la simple Baciloscopia de esputo, puede perfectamente sustituirlos.

La cuarta hipótesis es aceptada, por cuanto que, se adapta al desarrollo del estudio, tomando en cuenta los recursos que hay en los Servicios de Salud para la lucha Anti-tuberculosa.

La quinta hipótesis no fue posible comprobarla, pues las muestras obtenidas de la población urbana fueron muy escasas, y por lo tanto no se puede establecer la comparación, aunque los casos positivos en su totalidad pertenezcan al área rural.

La última hipótesis puedo afirmarla ya que tuve la oportunidad de apreciar personalmente las condiciones precarias en que viven los Casos detectados.

XI CONCLUSIONES

1. La participación de los Promotores de Salud en la identificación del sintomático respiratorio y toma de la muestra, fue efectiva.
2. El 72.0o/o de las muestras obtenidas, por los Promotores, fueron estudiadas.
3. La mayoría de los sintomáticos respiratorios manifestaron haber perdido peso y sentirse decaídos.
4. En nuestro medio, la baciloscopía de esputo, es el método ideal para la búsqueda del agente causal de la Tuberculosis.
5. La relación de los sintomáticos respiratorios con la totalidad de las consultas en el período de estudio programado, fue de 9.86o/o.
6. El 11.11o/o de las baciloscopías efectuadas en ambos laboratorios clínicos, fueron reportadas positivas.
7. No se encontraron Contactos positivos.
8. Las condiciones socioeconómicas de los Casos encontrados son deplorables.
9. En el estudio efectuado se registraron dos defunciones como causa de T. B. pulmonar.

XII RECOMENDACIONES

1. Que los Promotores de Salud orienten y concienticen a la población rural, respecto de la importancia de la búsqueda de Tuberculosos positivos.
2. Estimular a los Promotores de Salud, en sus diferentes comunidades para que colaboren con el Programa de la Tuberculosis Pulmonar.
3. Que los Promotores de Salud reciban asesoría del Médico E.P.S. ó Enfermera Auxiliar para administrar el tratamiento a los casos positivos.
4. Que el Médico E.P.S. ó Técnico en Salud Rural, acompañado de los respectivos Promotres realicen las visitas domiciliarias a los casos positivos para la investigación de Contactos.

BIBLIOGRAFIA

1. Agencia Para el Desarrollo Internacional (AID). Inmunización contra las enfermedades. México/Buenos Aires, 1972.
2. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Tema: Control de la Tuberculosis en las Américas. Vol. LXXX, No. 4; Abril 1976.
3. Guatemala. Archivo de la División de Tuberculosis.
4. Mazariegos José Rosal. Manual del promotor de Salud. Tesis de graduación, Fac. de CC. MM. 1974.
5. Nuila Héctor E. Documento sobre Tuberculosis, programa E.P.S. Mimiografado, Fac. de CC. MM. 1977.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). El control de las enfermedades transmisibles en el Hombre. Undécima edición. 1970.
7. San Jacinto. Archivo Municipal.
8. Unicéf /OMS. Distintos medios de atender las necesidades fundamentales de salud en los países en desarrollo Estudio conjunto GINEBRA, 1976.
9. Werner, David. En donde no hay doctor. Editorial Pax, México D. F. 1976.

ANEXOS

- a) Ficha clínica.
- b) Temario para los promotores.
- c) Diploma.

FICHA CLINICA

TRABAJO DE INVESTIGACION DE SEPT. 20 - NOV. 20/77

DEPARTAMENTO	DISTRITO	
MUNICIPIO	ALDEA	FECHA

I. IDENTIFICACION DEL ESTUDIANTE:

Nombre: _____ Carnet: _____
 Período de la práctica EPS: del _____ al _____

II. IDENTIFICACION DEL SINTOMATICO RESPIRATORIO: a) datos generales

1) Nombre _____ 2) Edad _____ 3) Sexo _____
 4) Dirección habitual _____ 5) Ocupación _____
 6) Area de trabajo habitual _____

No. de ficha clínica: _____

b) Nombre de personas que viven con el paciente: _____ EDAD _____

c) Personas con quienes se relaciona con frecuencia:

NOMBRE	DIRECCION HABITUAL	EDAD
--------	--------------------	------

TEMAS QUE SE DESARROLLARON DURANTE EL CURSO
IMPARTIDO A LOS PROMOTORES DE SALUD RURAL

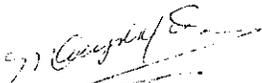
- Curaciones. Caceras: Unas que sirven y unas que hacen daño.
- Como examinar a un enfermo.
- Como cuidar a un enfermo.
- El buen uso y mal uso de las medicinas que se consiguen en las tiendas del campo.
- Los antibioticos: Que son y como usarlos.
- Como medir y dar las medicinas.
- Instrucciones y precauciones para inyectar.
- Primeros auxilios.
- La dieta: Lo que se debe comer para tener una buena salud.
- Medicina preventiva: Como evitar muchas enfermedades.
- Algunas enfermedades que se pegan con gran frecuencia.
- Algunas enfermedades graves que sin falta necesitan ayuda médica.
- Enfermedades de la piel.
- Los ojos.
- La dentadura, las encías y la boca.
- Las vías urinarias y las partes ocultas.
- Información para madres y parteras.
- La salud y las enfermedades de niños.
- Enfermedades de la gente mayor.
- En cuanto a la Tuberculosis: Técnicas para identificar al sintomático respiratorio, recolección del esputo, manejo de la ficha clínica, etc.

D I P L O M A

EL PROGRAMA E.P.S. RURAL DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A través del Médico EPS del Puesto de Salud de San Jacinto,
Distrito de Quezaltepeque, Chiquimula, Dr. MAXIMINO QUIJADA
HEREDIA extiende el presente DIPLOMA a: _____
_____ por su asistencia y
actividades en el Curso de Promotores de Salud Rural llevado
a cabo del 21 de septiembre al 3 de diciembre de 1977.

Dado en San Jacinto, a los _____ días del mes de diciembre
de 1977.



Maximino Quijada Heredia
Médico EPS Puesto de Salud



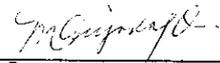
Enfi. Auxiliar del P. de S.





Dr. Fernando Rendón
Coordinador Docente E.P.S.
Fac. de CC. MM., USAC.





Dr. Maximino Quijada Heredia



Asesor
Dr. Fernando Rendón



Revisor
Dr. Jorge Palma Moya

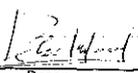


Director de Fase III
Dr. Julio de León M.



Secretario General
Dr. Raúl A. Castillo R.

Vo.Bo.



Decano
Dr. Rolando Castillo Montalvo