

11226  
26  
99A



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
Hospital General de Zona No. 24 Insurgentes  
Curso de Especialización en Medicina Familiar

TRATAMIENTO ACTUAL EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS  
PULMONAR LLEVADO A CABO POR LOS MEDICOS FAMILIARES  
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 41 DEL I.M.S.S.

**TESIS RECEPCIONAL**  
PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

present a

**DR. MARIO GUILLERMO GARCIA AZPILCUETA**

*[Handwritten signature]*  
5-15/1034



GENERACION 1982-1984  
MEXICO, D. F.



**TESIS CON  
FALLA DE CUBRIMIENTO**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

	Páginas
CAPITULO I :    Introducción	
1.- Justificación y Objetivos	1
2.- Hipotesis	3
CAPITULO II :   Generalidades	4
CAPITULO III:   Material y Métodos	8
CAPITULO IV :   Resultados	9
CAPITULO V :    Discusión y Comentarios	17
CAPITULO VI :   Bibliografía	19

## CAPITULO I

### INTRODUCCION:

#### L.- JUSTIFICACION Y OBJETIVOS.

Con el objeto de establecer un criterio uniforme para el tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar y que sirva como guía para el Médico Familiar.

El presente estudio esta basado en los pacientes que han sido diagnosticados en la Unidad de Medicina Familiar No. 41 del I.M.S.S. como Tuberculosis Pulmonar, se evaluara si el Médico Familiar emplea adecuadamente los antifímicos, dosis, tiempo de prescripción y duración del tratamiento.

Se tomara como base el tratamiento con antifímicos estandar y el tratamiento acordado.

#### Tratamiento estandar con antifímicos.

Estreptomocina.....	1gr	diario.
Hain.....	300mg	diario.
Etambutol.....	1200mg	diario.

En fase intensiva por (2 meses).

Hain.....	300mg	diario.
Etambutol.....	1200mg	diario.

En fase de sosten por (10 meses).

#### Tratamiento acordado con antifímicos.

Estreptomocina.....	1gr	diario.
Rifampicina.....	600mg	diario.
Isoniacida.....	300mg	diario.
Pirazinamida.....	2 gr	diario.

En fase intensiva por (2 meses).

Rifampicina.....600mg (28 dosis)  
Isoniacida.....800mg (2 veces por semana)  
En face de sosten por ( 4 meses).

En pacientes mayores de 50 años se recomienda 0.5 gr de estrepto-  
micina y en los menores de 50Kg. de peso 1.5 gr de pirazinamida.

Con el esquema acortado aplicando las 88 dosis de rifampicina,  
es muy importante ya que garantiza el 100% de curación y el 0%  
de recaídas.

Se trata de normar criterios uniformes en todo el país con un  
solo esquema considerando las necesidades particulares de cada  
uno de los enfermos.

**2.- HIPOTESIS.**

El tratamiento con antifímicos en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en el 100% de los casos de primera vez son tratados adecuadamente.

**Hipótesis Alternativa.**

El tratamiento con antifímicos en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en el 100% de los casos de primera vez son tratados inadecuadamente.

## CAPITULO II

### GENERALIDADES:

Datos Históricos de la Tuberculosis, descubrimiento del bacilo, los antifímicos, dosis y manejo en el momento actual.

La tuberculosis ha sido compañera del hombre desde tiempos inmemoriales; 4,000 años a.c. ya se hace mención a ella en la medicina de la India y de China, y se le considera producida por - influencias sobrenaturales. Muchos años después; 400 a.c. Hipócrates la considera hereditaria y anota "un tísico nace de otro tísico". Galeno, 150 años d.c. médico de pargamo que adquirió - gran prestigio en Roma, habla del contagio de la tisis preconizando el aislamiento del enfermo, le receta permanecer al aire libre y en las laderas del Vesubio y anota; " la úlcera del pulmón no puede cicatrizar debido al incesante movimiento de éste".

Durante la edad media priva el concepto de contagio y así Jerónimo Fracastoro. de la Universidad de Padua (1483-1553), presintió la existencia de agentes causales de la enfermedad y señaló el - contagio familiar de la enfermedad. Fernando VI de España en - 1757 promulgo un edicto que obliga a los médicos a declarar todos los casos de tisis con objeto de que a la muerte de los enfermos se quemaran todos los enseres. Pedro José Desault ( 1738 - 1795) señala que el esputo es el medio por el cual se propaga la enfermedad tuberculosa, concepción genial que indudablemente fue producto de la observación cuidadosa no sólo del enfermo - sino del medio donde vivía y de los nuevos casos que se presentaban a su alrededor.

Aparecen después en la historia de la tuberculosis hombres geniales como Renato Teófilo Jacinto Leannec (1781-1826) quien mantuvo - ne el criterio unilista de la enfermedad y Juan Antonio Villemin

(1827-1892) que demuestra de manera definitiva la contagiosidad del mal por la inoculación del esputo y de especímenes a los animales de laboratorio, acabando definitivamente con la teoría de la herencia y reforzando la unidad de todas las formas de tuberculosis. La culminación de estos trabajos fue el 24 de marzo de 1882 por Roberto Koch quien comunica a la Sociedad de Fisiología de Berlín el descubrimiento del germen causante de la tuberculosis. Este descubrimiento constituyó un avance extraordinario en contra de la enfermedad pues permitió de manera definitiva identificar el agente etiológico en diferentes cuadros clínicos que se consideraban hasta el momento como enfermedades distintas, estableciéndose así la unidad del padecimiento; al conocer el agente causal se estuvo en posibilidades de establecer el mecanismo patogénico de la enfermedad y los procedimientos o agentes terapéuticos que pudieran emplearse para curarla.

La tuberculosis, como ninguna otra enfermedad fue un reto para los hombres de ciencia de todos los tiempos; así puede observarse que los mejores científicos se dedicaron a buscar la manera de curarla. Carlos Forlanini de Pavia en 1894 preconizó el tratamiento de colapso basado en las ideas de reposo del pulmón. También con el criterio del reposo se realizó el colapso toracoplástico y el neumotórax extrapleural; no había todavía medicamentos específicos y los que se empleaban como el oro, el cobre nunca demostraron tener acción contra el bacilo. Después se practicó la resección pulmonar con la idea de quitar la parte enferma y tampoco se logró la curación; así como el colapso estas fueron medidas paliativas.

Sin embargo la enfermedad tuberculosa fue disminuyendo en los países desarrollados por la mejoría del nivel de vida, las mejores condiciones de la vivienda, el higiene y la nutrición

pues este mal es favorecido por condiciones socioeconómicas bajas.

Fue hasta 1944 cuando Waksman descubrió la estreptomocina y la puso en práctica en la curación de la tuberculosis. Este es un acontecimiento extraordinario, comparable con el descubrimiento del germen.

La tuberculosis se convierte así en una enfermedad curable, disminuye la importancia del reposo, de la alimentación y consecuentemente la cura sanatorial. Se sucede rápidamente el descubrimiento de otras drogas, el ácido paraminosalicílico por Lehman en 1946, la hidralacida de ácido isonicotínico por Robitzek y Selikofen 1952, posteriormente la pirazinamida, la etionamida, la thiacetazona y el etambutol. Por último en 1969 se informó de los resultados con la más potente y la más útil de las drogas antituberculosas la rifampicina. Se empieza a tratar a un gran número de enfermos y se descubren las resistencias bacterianas por lo cual se hace obligatorio la elaboración de esquemas terapéuticos pues el germen es genéticamente resistente a algunas drogas, pero no a todas; de tal manera que combinando los medicamentos es posible hacer que todos los germenos mueran con el tratamiento.

Las reglas de la quimioterapia antituberculosa se han difundido en experiencias controladas realizadas al principio en Inglaterra y en los Estados Unidos de Norteamérica y, posteriormente en otros centros especializados como los de la India, Africa y Japón. Estos ensayos investigaron gran número de factores destinados a conocer el comportamiento de las drogas, estableciendo comparaciones que variaban en relación a la duración, número de quimioterápicos, ritmo y dosificación. Sin embargo el tratamiento exigía un gran esfuerzo no sólo del paciente y sus familiares sino también de los servicios de salud.

En 1964 se comprobó que los regímenes con dosis administradas con intervalos de más de un día, dos o tres veces por semana, fueron un éxito y un hecho de gran significancia. Las bases científicas de estos tratamientos fueron establecidas en investigaciones experimentales realizadas en el Instituto Pasteur de Francia y en las de Dickenson y Mitchinson en Inglaterra. Estas investigaciones comprobadas después de ensayos de control realizados en el centro de quimioterapia de la Tuberculosis de Madrás. El tratamiento intermitente cumple con una necesidad sentida en todo programa antituberculoso, por la efectividad de ser totalmente supervisado, ser menos tóxico, lograr mayor cooperación del paciente y costos menores.

Sin embargo los estudios para acortar el tratamiento continúan, en 1956 McCune, Tompsett y McDermott demostraron que la tuberculosis pulmonar en ratones se cura en 90 días. Similares a este estudio en el Instituto Pasteur de París, E. Grumbach y N. Rist, demostraron también la curación y evitaron las recaídas. En la actualidad se ha demostrado que en 6 meses hay curación del paciente tanto clínicamente como bacteriológicamente.

### CAPITULO III

#### MATERIAL Y METODOS:

El presente estudio se llevo a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 41 del I.M.S.S. México, D.F., durante el período comprendido entre el 1 de Enero al 30 de Junio de 1983.

Se tomo la muestra de los 20 consultorios de la Unidad incluyendo los dos turnos.

Se realizara partiendo de la forma Institucional 4-30-6 de la consulta diaria, de donde seleccionaremos los paciente que sean diagnosticados como tuberculosis pulmonar, tomando y anotando el nombre, cedula e número de afiliación, y el número del consultorio.

En seguida se tomara los expedientes de los pacientes ya identificados, para proceder a la revisión de las Notas Medicas, en donde paciente por paciente en hojas blancas se anotaran en orden.

- 1.- Nombre del paciente, número de afiliación, edad y sexo.
- 2.- Antecedentes consignados, bases clinicas, de laboratorio y gabinete y fecha de establecido el diagnóstico.
- 3.- Notas de seguimiento, e interconsultas al servicio de Neumología del Hospital General de Zona No. 24 del I.M.S.S y u otros Hospitales.
- 4.- El tratamiento con los antifimicos que es lo que se evaluara en el presente estudio, dosis, tipo de antifimico, tiempo de empleo y duración del mismo. Asi como la respuesta y el cambio de algun antifimico.

## CAPITULO IV

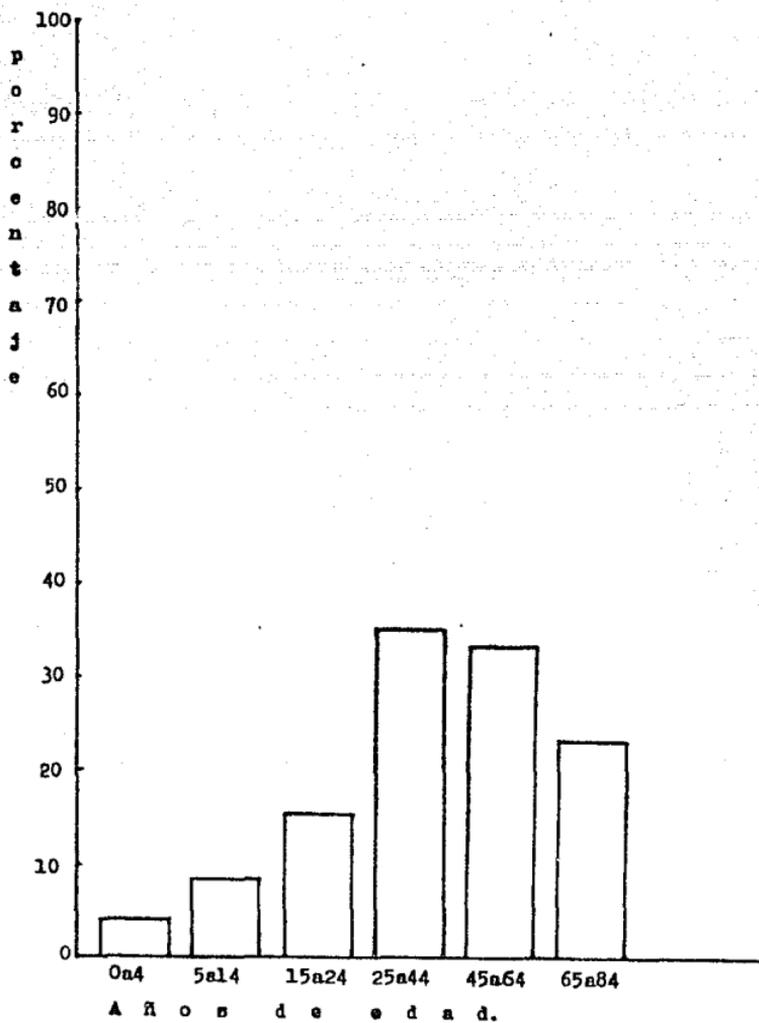
### RESULTADOS:

Los resultados fueron obtenidos de la Unidad de Medicina Familiar No. 41 del I.M.S.S. en el periodo del 1 de Enero al 30 de Junio de 1983.

Cuadro No. 1  
Pacientes diagnosticados como Tuberculosis Pulmonar por grupos de edades. En la U.M.F. No. 41 (1983)

Años de edad.	Número de pacientes.
0 a 4	4
5 a 14	8
15 a 24	15
25 a 44	35
45 a 64	33
65 a 84	23
Total	118

Grafica No.1  
 Pacientes diagnosticados como Tuberculosis Pulmonar por grupos  
 de edad y porcentaje. En la U.M.F. No. 41 (1983)



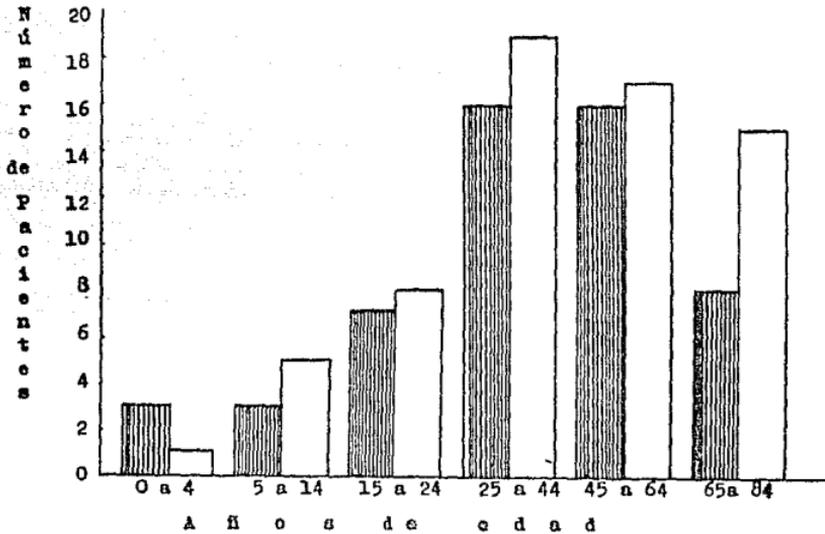
## Cuadro No.2

Pacientes diagnosticados como Tuberculosis Pulmonar por grupos de edad y sexo. En la U.M.F. No. 41 (1983)

Años de edad.	Hombres.	Mujeres.
0 a 4	1	3
5 a 14	5	3
15 a 24	8	7
25 a 44	19	16
45 a 64	17	16
65 a 84	15	8
Total	65	53

Grafica No.2

Pacientes diagnósticados como Tuberculosis Pulmonar, número de pacientes por sexo y edad. En la U.M.F. No. 41 (1983)



Mujeres. 

Hombres. 

## Cuadro No.3

Número de pacientes en los cuales se corroboró el Diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar y pacientes con otros diagnósticos - los cuales fueron anotados con el diagnóstico de TBP.

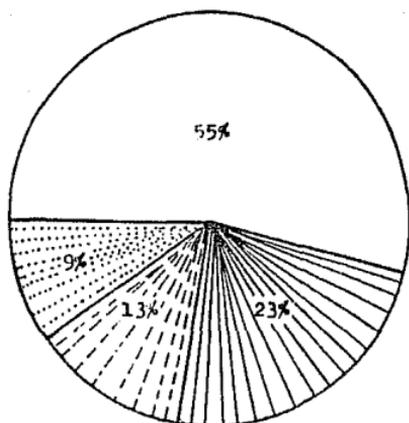
En la U.M.F. No. 41 (1983)

Diagnóstico	Número de pacientes	Por ciento.
Tuberculosis Pulmonar.	65	55
Sanos Pulmonares.	27	23
En estudio.	15	13
Otras Neumopatías.	11	9
Total	118	100

Grafica No.3

Porcentaje de pacientes en los que se corroboró el diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar y otros diagnósticos.

En la U.M.F. No. 41 ( 1983)



Tuberculosis Pulmonar.



Sanos Pulmonares.



En estudio.



Otras Neumopatías.



## Cuadro No.4

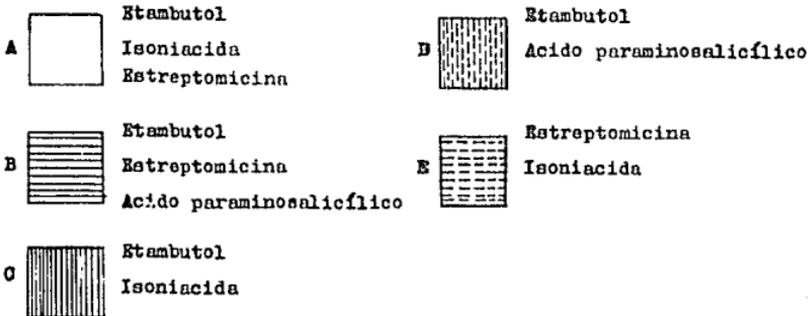
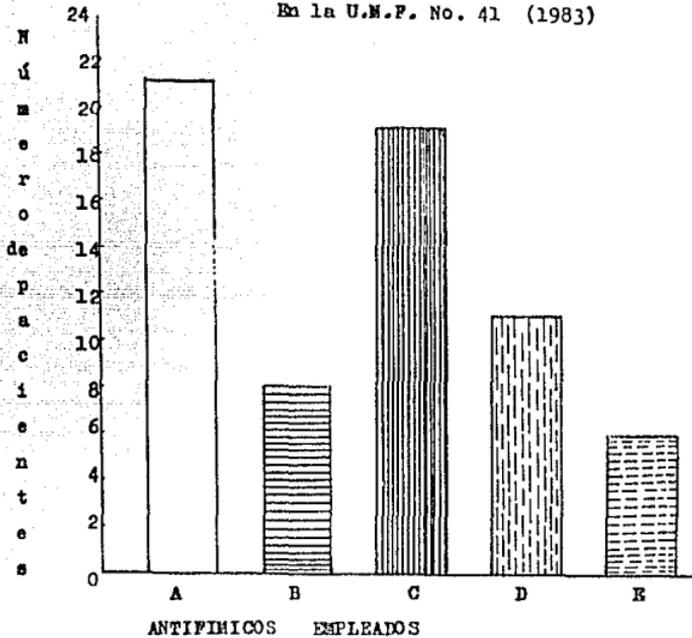
Tratamiento antifímico con dos y tres medicamentos en 65 de los pacientes que se les confirmó diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar. En la U.M.F. No. 41 (1983)

Medicamentos.	Número de pacientes.
Etambutol Isoniacida Estreptomina	21
Etambutol Estreptomina Acido paraminosalicílico	8
Etambutol Isoniacida	19
Etambutol Acido paraminosalicílico	11
Estreptomina Isoniacida	6
Total	65

Grafica No.4

Tratamiento antifímico con dos y tres medicamentos en 65 de los  
pacientes con diagnóstico confirmado de Tuberculosis Pulmonar.

En la U.M.F. No. 41 (1983)



## CAPITULO V .

De los resultados obtenidos en el presente estudio se observa lo siguiente.

En la tabla No. 1 diagnósticos de tuberculosis pulmonar por grupos de edad. La presentación más frecuente es entre los 25 a 44 años con 35 casos.

En la grafica No. 1 es notoria la presencia de pocos casos en las edades de 0 a 24 años y la gran frecuencia del padecimiento en las edades de 25 a 84 años con mayor incidencia en los 25 a 44 años.

En el cuadro No. 2 diagnósticos de tuberculosis pulmonar por grupos de edad y sexo, hay predominio en la presentación de casos en hombres con un total de 65 por 53 casos en mujeres, con mayor incidencia en las edades de 25 a 44 años con 19 casos.

En la grafica No. 2 es notoria la presentación de más casos en hombres con respecto a las mujeres; ya que solo en la primera barra es más frecuente en mujeres y en el resto predomina en los hombres.

En el cuadro No. 3 pacientes en los que se corroboró el diagnóstico de tuberculosis pulmonar y pacientes con otros diagnósticos de un total de 118 casos. solo en 65 pacientes se confirmó el diagnóstico representando un 55%; 27 pacientes sanos representan un 23%; 15 pacientes quedaron en estudio con un 13% y 11 pacientes con otras neumopatías con un 9%. De los 118 pacientes solo se tomaron los 65 en los que se confirmó el diagnóstico de tuberculosis pulmonar, quedando excluidos los restantes, para los fines del presente estudio.

En la grafica No. 3 se representan los pacientes en los que se confirmó el diagnóstico de tuberculosis pulmonar representando un 55% y el resto son pacientes con diagnósticos no confirmados u otros padecimientos.

En el cuadro No. 4 tratamiento con antifímicos en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar con dos y tres antifímicos de los 65 diagnósticos confirmados solo en 29 se emplearon tres antifímicos y el resto solo dos medicamentos. Lo que nos indica que solo un 44.7% de los pacientes son tratados adecuadamente y el 56% tratados inadecuadamente.

En la grafica No. 4 número de pacientes y antifímicos empleados en la primera y segunda barra con 21 y 8 pacientes son tratados con tres antifímicos y en las barras 3,4,5, se emplean dos antifímicos.

#### COMENTARIO.

En el presente estudio nos damos cuenta de las desviaciones que se encontraron; ya que de 118 pacientes que en un principio se diagnosticaron como tuberculosis pulmonar, solo en 65 se les confirmo el diagnóstico, y en los cuales solo en 29 se empleo tratamiento con tres antifímicos. Si el medico familiar cuenta con guias diagnósticas y terapeuticas, la explicación de los errores que se cometen frecuentemente en el diagnóstico y en la terapeutica tanto en este padecimiento como en algunos otros, en algunos casos es debido al desconocimiento de la existencia de las guias o por la mala preparación del medico tanto General como Medico Familiar.

Ya que en la actualidad se cuenta con estas guias y con un arsenal terapeutico antifímico con el cual se puede controlar en forma total y segura la tuberculosis, solo queda pedir que los esquemas se supervisen en el primer nivel de atención medica, siendo de vital importancia la vigilancia epidemiologica del padecimiento para suprimir las fuentes bacilíferas y acortar la cadena de transmisión y disminuir el tiempo en que el paciente es potencialmente infectante, acortando tambien los tratamientos con menor abandono en las terapeuticas.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA

- 1.- American Review of Respiratory Diseases:  
Koch Centenari Supplement.  
Vol 125, No.3 Marzo 1982 P 1 a 132.
- 2.- Salud Publica de México  
Con Motivo del centenario del descubrimiento del bacilo de  
la tuberculosis.  
Vol. XXIV; No. 3 Mayo-Junio 1982 P 231-358.
- 3.- Grumbach P.  
La dure optimale de lo antibiotherapie par l'annuifd from  
isoniazide el rifampicine dans la tuberculose experimentale  
de la souris estude de la phase post-therapeutique eoraupe  
de la cortisone  
Rev Fr Mal Respiratori 1975; 3;1027.
- 4.- Fow W. The current status of short- course chemotherapy,  
tubercle 1979; 69:177.
- 5.- British Thoracic and Tuberculosis Association. Short-  
course chemotherapy in pulmonary tuberculosis. A Controlled trial  
Lancet 1377 (supl 1:6).
- 6.- Singapore tuberculosis Service . British Medical Research  
council controlled trial of intermiten regimen or rifampicin  
plus isoniazid for pulmonary tuberculosis in Singapore .  
Dis 1977; 111 307.
- 7.- Grosset J. Grumbach P.; Rist N.  
Leróle de la Rifampicina dans la phase ultime du traitement  
de la Tuberculosis murine experimentale.  
Rev Fr. Mal Respiratori 1978; 6:515.
- 8.- Second East African. British Medical Research Council Study  
controlled clinical trial of four 6 month regimens of chmo-  
therapy for pulmonary tuberculosis.  
Am. Rev Respir. Dis 1976; 114:171.
- 9.- Hong Kong Chest Service . British Medical Research Council  
controlled trial of 6 month and 9 month regimenes of daily  
and intermittent streptomycin plus isoniazid plus pyrazina-  
mide for pulmonary tuberculosis in Hong Kong (The result: up  
to 30 month)  
Am. Rev Respiratoty Dis. 1977; 115: 727-35.

- 10.- East Africa. British Medical Research Council Third controlled clinical trial of four short-course regimens of chemotherapy for two durations the treatment of pulmonary tuberculosis.  
Am. Rev Respiratory Dis. 1978; 118: 39-48.
- 11.- Ditt A.K. ; Jones L. ; Stead W.  
Short-course chemotherapy for Tuberculosis with largely twice weekly isoniazid rifampin.  
Chest 1979; 75:441
- 12.- Stead M. Good.  
The Contribution of a third drug to various antituberculosis regimens (abstract).  
Am Rev Respiratory Dis. 1980; 121:463.
- 13.- Ditt AK; Stead W.  
Chemotherapy of tuberculosis for the 1980s.  
Chest 1980; 76:243-52.
- 14.- A controlled trial of Six Months chemotherapy in Pulmonary Tuberculosis. Second report: Result during the 24 months the end of chemotherapy.  
British Thoracic Association.  
Am Rev Respiratory Dis. 1982; 126: 460-462.
- 15.- Fow W.  
Chemotherapy of pulmonary tuberculosis a review.  
Chest 1979; 76: 785-95.
- 16.- Zierrski M. ; Beck E. ; Long M.W.  
Snider de je short-course (6 month) cooperative tuberculosis study in Poland; Results 18 month after completion of treatment .  
Am. Rev. Respiratory Dis. 1980; 122; 879-89.
- 17.- Zierrski M. ; Gracsk J.  
Late result of treatment of new diagnosed pulmonary tuberculosis with standard drug regimens including ethambutol by daily and intermittent methods--results up to 36 months (in Polish).  
Pneumologia Polska 1977; 45: 265-75.