



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

11726
2ej
129

Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Veracruz Sur.

Evaluación de la orientación e información médica del sistema familiar con enfermo tuberculoso en la U.M.F. No. 1 del I.M.S.S. en Orizaba, Ver.

T E S I S

Que para obtener el Postgrado de
MEDICINA FAMILIAR
P r e s e n t a

DR. JOSE ALEJANDRO HERNANDEZ HERNANDEZ



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Orizaba, Ver. 1984



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

| | PAG. |
|----------------------------------|------|
| INTRODUCCION | 1 |
| JUSTIFICACION | 4 |
| GENERALIDADES | 6 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 16 |
| FORMULACION DE HIPOTESIS | 17 |
| OBJETIVOS | 18 |
| MATERIAL Y METODOS | 19 |
| RESULTADOS | 24 |
| CONCLUSIONES | 40 |
| ALTERNATIVAS DE SOLUCION | 41 |
| BIBLIOGRAFIA | 42 |

INTRODUCCION

Durante siglos la tuberculosis ha atemorizado al mundo - por el gran número de personas que padecen esta enfermedad, la cual, representa la universalidad de un padecimiento en forma - más típica, pues no respeta raza, ni país, ni situación geográfica.

En el hombre se demuestra dicha característica y universalidad no respetando órgano o tejido.

Desde el descubrimiento del mycobacterium tuberculoso -- por Roberto Koch en 1882 e iniciado el tratamiento por Waksman con un antibiótico de fácil manejo en 1944, se han modificado - notablemente las estadísticas de morbilidad, pero aún sigue siendo esta enfermedad una de las causas más importantes de deterioro en el ser humano.

En ocasiones, la tuberculosis progresiva no origina síntomas que puedan ser advertidos por el paciente ó el médico. La infección mortal en potencia, puede evolucionar con aparente estado de salud en el paciente. Esto hace de la tuberculosis un proceso mórbido que aún reclama víctimas en sociedades civilizadas, preocupadas por la salud pública, en las que ha sido más - fácil de lograr el exterminio de otras enfermedades que causarían estragos en la humanidad.

Por lo tanto, de gran ayuda sería, para poder lograr el-

dominio de la tuberculosis, que todo médico sepa que esta puede existir en forma activa sin provocar manifestaciones sintomáticas, y por lo tanto al aparecer estas, el padecimiento puede dejar limitaciones importantes para el desarrollo de actividades o ya ser incurable.

Por lo cual, de primordial importancia, es que el médico familiar, mediante una efectiva relación médico paciente y amplio conocimiento del proceso salud-enfermedad, sepa entrar en contacto con la familia, considerada la célula básica de nuestra sociedad, sepa orientar y educar, así como motivar cambios en los hábitos higiénico-dietéticos y por consiguiente, de no ser erradicado el padecimiento, si pueda ser detectado oportunamente, y en consecuencia la disminución de la morbilidad del mismo.

Aunque las tasas de mortalidad están descendiendo, es indispensable reforzar este suceso mediante un programa más -- efectivo y de mayor cobertura, para lo cual se requiere la integración funcional de los distintos servicios de salud existentes y la verdadera coordinación técnico-administrativa.

Estando conciente de la necesidad de aplicar los 3 niveles de prevención a este padecimiento, considero pertinente la evaluación de la información y orientación por parte del médico familiar hacia el paciente tuberculoso en cuanto a su padecimiento y complicaciones que se pueden derivar como consecuen

cia de abandono en el tratamiento; ya que la tuberculosis pulmonar representa 2 problemas fundamentales: en primer lugar, - un problema social por su contagiosidad, núcleo de riesgo y ca racterísticas del medio en que se desarrolla, ya que la tuberculosis tiene un especial interés en la Familia puesto que con mucha frecuencia los hijos de los enfermos continúan el padecimiento, siguiendo el funesto destino de sus padres. En segundo término, es un problema económico por incapacitar a sujetos -- productivos, gastos médicos elevados y por su alta mortalidad-- en los grupos de edad con mayores riesgos.

En la actualidad la tuberculosis se puede prevenir y cu rar, siempre y cuando sea diagnosticada oportunamente y que el paciente cumpla adecuadamente con el tratamiento.

JUSTIFICACION

Aunque los indicadores epidemiológicos de la tuberculosis van a la baja, ésta aún constituye un problema de salud pública en el país que requiere atención prioritaria.

En la República Mexicana, un 20 % de la población no ha recibido los beneficios de las instituciones de salud, lo cual, es debido a su dispersión e inaccesibilidad a las vías de comunicación.

Los estados más afectados son los de la frontera norte, los del litoral del Golfo de México partiendo del norte hasta Tabasco y los del litoral del Pacífico sur, en especial Chiapas.

Las condiciones socioeconómicas que privan en nuestro País como son la ignorancia, la promiscuidad y la miseria han sido las bases que sostienen esta alta incidencia de la enfermedad.

Favorablemente se dispone actualmente de diversas medidas preventivas, diagnósticas y terapéuticas, de comprobada eficacia y bajo costo para el control de la enfermedad.

Por lo anteriormente expuesto, y mis observaciones en la consulta externa de la U.M.F. No. 1 en Orizaba, Ver., donde pude apreciar la incidencia en el abandono del tratamiento de la tuberculosis, pacientes que en su gran mayoría se encuentran en la edad productiva de la vida, desconociendo la evolución clíni

ca de la enfermedad y la importancia de llevar el tratamiento y control por un tiempo determinado (atención de un primer nivel), originan, debido a las complicaciones que acarrea, la intervención del Neumólogo y de hospitalización (segundo nivel) con las consabidas limitaciones físicas pudiendo llegar hasta la muerte.

Lo cual, demuestra la importancia de no abandonar el -- tratamiento, labor inherente al médico familiar, el cual debe orientar e informar al paciente sobre su padecimiento, como -- educador permanente que es, y por consiguiente evitar las re-- percusiones de la enfermedad en la vida del paciente, en sus -- relaciones familiares y de la sociedad misma en que se desen-- vuelve.

GENERALIDADES DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

Padecimiento tan antiguo como la vida misma, se han aislado micobacterias extraídas del suelo, que están relacionadas desde el punto de vista serológico con las bacterias humanas, - lo que apoya la teoría de que la infección tuberculosa provino de la tierra misma en los albores del paleolítico.

El estudio de 30 momias egipcias, descubrió alteraciones óseas de posible origen tuberculoso (Mal de Pott).

El 24 de Marzo de 1882, Roberto Koch aisla el bacilo tuberculoso. En 1921 Calmette y Guérin anuncian haber producido - la vacuna B.C.G.

En 1944 Schatz, Bugie y Waksman descubren la estreptomina, posteriormente se combinó con el P.A.S. (ácido paraaminosalicílico) y la isoniacida. Ya en las décadas pasadas sustancias como la neomicina, ciclocerina, viomicina, isoxyl C-P, -- ethambutol, pirazinamida y rifampicina han enriquecido el arsenal terapéutico.

Concepto: La tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada por diversas especies de mycobacterias, conocidas globalmente con el nombre de bacilo tuberculoso.

La transmisión de la tuberculosis casi siempre es de persona a persona, aunque puede ser en forma indirecta por utensilios contaminados, siendo la principal vía de entrada la aérea.

La tuberculosis ataca principalmente en los primeros -- años de la vida, pero también se le encuentra en edades adultas y puede adoptar las formas siguientes:

- 1.- Primoinfección tuberculosa
- 2.- Tuberculosis pulmonar primaria
- 3.- Tuberculosis postprimaria.

El probable diagnóstico de tuberculosis debe tenerse en mente cuando existe un síndrome febril incierto. Las bases para el diagnóstico de la tuberculosis comprenden:

- 1.- Antecedentes de contagio
- 2.- Cuadro clínico del padecimiento que se caracte-

riza por: tos, expectoración que puede ser hemoptoica, hemoptisis, dolor torácico, disnea -- que puede ser desde pequeños a grandes esfuerzos, cianosis, fiebre, diaforésis, astenia, adinamia, anorexia y pérdida de peso.

3.- Pruebas tuberculínicas positivas.

4.- Signos radiológicos.

5.- Baciloscopías positivas y cultivo positivo para *mycobacterium tuberculosis*.

6.- Prueba terapéutica.

El tratamiento: para instituir el tratamiento adecuado - debe de tratar de establecer el diagnóstico de certeza, la terapéutica médica debe llevarse a cabo en el enfermo ambulante en cuanto es descubierto; el enfermo ya no representa peligro de - contagio, pues la población bacilar en el esputo y la virulencia del germen descienden en pocos días.

La terapéutica médica actual cuenta con 17 medicamentos, unos de acción bacteriostática y los otros de acción bactericida, los cuales se dividen en primarios y secundarios, esto debido al potencial de acción y efectos tóxicos secundarios. Los -- considerados como primarios son: Estreptomocina, HAIN, Etambu--tol, PAS, Rifampicina. Es conveniente hacer mención del HAIN -- que constituye el bactericida más eficaz, ya que reúne las cua-

lidades de fácil administración, magnífica penetración en cavidades y tejidos, bajo costo y escasa toxicidad, el cual siempre debe suministrarse junto con otro (s) antifímico (s). La tuberculosis es uno de los ejemplos más claros donde está justificada la administración simultánea de antibióticos y quimioterápicos para asegurar el éxito del tratamiento médico; pues así se obtiene una acción terapéutica más potente y se evita la aparición de resistencia bacteriana.

Cuando se asocian y suministran en forma simultánea ambas drogas, se destruye tanto la población sensible como la resistente.

A continuación presento el tratamiento tanto para niños como para adultos debido a la diferencia en dosis y duración -- del tratamiento:

TRATAMIENTO PARA NIÑOS

| Nombre | Dosis y vías de administración. | Duración del tratamiento. |
|-------------------|--|---------------------------|
| Estreptomicina | 15-30 mg/Kg. de peso c/24-48 h.IM | 1 a 3 meses |
| Isoniacida (HAIN) | 10-20 mg/Kg. X día vía oral. | 1 a 2 años |
| Etambutol | 15/25 mg/Kg/día vía oral. | 6 a 12 meses |
| P.A.S. | 200 mg/Kg/día oral. | 6 a 12 meses |
| Rifampicina | 10 mg/Kg/día. dosis máx. 600 mg. Oral. | 3 a 6 meses. |

ESQUEMA PARA ADULTOS

Recomendado por el grupo coordinador Interinstitucional de la tuberculosis y enfermedades del aparato respiratorio, -- que preside la S.S.A.

TRATAMIENTO PRIMARIO ESTANDAR

12 meses de duración.

A).- FASE INTENSIVA:

| Nombre | Dosis y vías de administración | Duración. |
|-------------------|--------------------------------|-----------------|
| Estreptomicina | 1 gr. IM/día | Durante 2 meses |
| Isoniacida (HAIN) | 300 mg/día una sola toma | durante 2 meses |
| Etambutol | 1200 mg/día una sola toma | durante 2 meses |

B).- FASE DE SOSTEN:

| | | |
|-------------------|------------------------------|-------------------|
| Isoniacida (HAIN) | 300 mg/día una sola toma | 10 meses. |
| Etambutol | 1200 mg/día una sola toma | durante 10 meses. |

TRATAMIENTO DE CORTA DURACION

Máximo 7 meses de duración

A1)- FASE INTENSIVA DE 2 MESES:

| | | |
|----------------|------------------------------|------------------|
| Estreptomicina | 1g. IM/día | Durante 2 meses. |
| HAIN | 300 mg/día. una sola toma | Durante 2 meses. |

| | | |
|--------------|-----------------------------|------------------|
| Rifampicina | 600 mg/día una sola toma | Durante 2 meses. |
| Pirazinamida | 2 gr./día una sola toma | durante 2 meses. |

B1)- FASE DE SOSTEN POR 4 MESES:

| | | |
|-------------|-----------------------------|----------------------------------|
| HAIN | 800 mg/día una sola toma | 2 veces a la semana por 4 meses. |
| Rifampicina | 600 mg/día una sola toma | 2 veces a la semana por 4 meses. |

PREVENCIÓN

Siendo la tuberculosis una enfermedad cosmopolita cuya importancia corre paralela con los índices de salubridad, potencial económico y nivel educacional, es indudable que el ideal para la erradicación de esta enfermedad, debe descansar en el control de los casos descubiertos y el de los contactos intra y extrafamiliares.

Las personas que conviven con los enfermos tuberculosos, conocidas como contactos, están expuestas a alto riesgo de infección y enfermedad, especialmente cuando el caso de infección es positivo al examen microscópico directo; por tanto, deben ser estudiados dentro de los primeros 15 días de descubierto el enfermo.

En la actualidad se dispone de diversas medidas preventivas, diagnósticas y terapéuticas de comprobada eficacia y bajo costo para el control de la enfermedad.

En orden de importancia epidemiológica y para evitar la aparición de nuevos casos, las medidas antituberculosas son:

- 1.- La quimioterapia de los casos de tuberculosis porque rompe automáticamente la cadena de - - transmisión de la enfermedad.
- 2.- La detección bacilos cópica de casos de tuberculosis pulmonar porque descubre fuentes de - infección.
- 3.- La vacunación con B.C.G. que disminuye hasta en un 80 % la frecuencia de tuberculosis primaria en niños.
- 4.- La quimiofilaxis secundaria que disminuye en un 70 % la frecuencia de las complicaciones de la primo-infección natural.
- 5.- De las medidas de promoción de la salud, las más importantes son: la educación para la salud que debe estar implícita en todas las actividades antituberculosas; las características de la vivienda y las costumbres que tiendan a disminuir el hacinamiento.
- 6.- Otras medidas de carácter general como la elevación del nivel de la vida, buena alimentación y el clima, se consideran actualmente de poca trascendencia.

EPIDEMIOLOGIA

La situación epidemiológica mundial de la tuberculosis es motivo de preocupación, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, 3 millones de personas fallecen -- anualmente, 1500 millones están infectadas y de 10 a 20 millones padecen la enfermedad.

La mortalidad en 1970 fue 3 veces mayor en los países subdesarrollados (14.7 por 100 000 habitantes), que en los países desarrollados (5.6 por 100 000 habitantes). En México, la mortalidad por tuberculosis ha descendido gradualmente en los últimos 50 años, de 80 por 100 000 habitantes en 1962 hasta -- 14.8 por 100 000 habitantes en 1974. El 88.9 % de las defunciones en este último año correspondieron a la localización pulmonar, el 7.5 % a la tuberculosis del sistema nervioso central y el 3.6 % a otras localizaciones.

Los datos disponibles de la Organización Sanitaria Panamericana, demuestran que México, en mortalidad ocupa el tercer lugar, siendo precedido por Chile y Paraguay. En Morbilidad -- tiene una posición inferior a la mediana, con tasa de 34.5 por 100 000 habitantes.

De acuerdo con los datos de mortalidad correspondientes a 1974, la tuberculosis en todas sus formas ocupó el noveno lugar dentro de las 10 primeras causas de defunción en el País,-

con 8,614 fallecimientos y tasa de 14.8 por 100 000 habitantes.

Ocupando también el segundo lugar como causa de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias.

En 1976 se descubrieron 10,961 enfermos de tuberculosis pulmonar, lo que equivale a una tasa de morbilidad de 17.58 -- por 100 000 habitantes, ocupando el décimosexto lugar entre las causas de morbilidad en el país. Estos datos nos confirman el problema de salud pública.

Durante el período 1963-1974 Veracruz ocupó el tercer lugar en mortalidad por tuberculosis pulmonar con 27.8 por 100 000 habitantes.

La morbilidad por tuberculosis pulmonar según frecuencia del Instituto Mexicano del Seguro Social, durante el semestre de Enero-Junio de 1983 fué de:

| | |
|-------------------------|------------------------------------|
| Casos notificados | 3630 |
| Porcentaje | 0.1 % |
| Coficiente | 13.7 por 100 000 derechohabientes. |

Durante 1982, la delegación Veracruz Sur ocupó el noveno lugar entre las principales causas de defunción con una tasa de 9.5 por 100 000 derechohabientes, para disminuir en 1983 al 5.3 por 100 000 derechohabientes.

En cuanto a incidencia, la tasa delegacional para 1982 -

fué de 11.6 por cada 10 000 derechohabientes, disminuyendo durante 1983 al 6.9 por cada 10 000 derechohabientes, siendo las zonas más afectadas: la zona cañera de Córdoba, Cosamaloapan y Hueyapan de Ocampo por demanda de consulta, egresos hospitalarios y defunciones ocurridas. Durante el semestre de Enero a Junio de 1983, la morbilidad por tuberculosis pulmonar en la Delegación Veracruz Sur se reportaron 187 casos, con un coeficiente de 21.1 por 100 000 derechohabientes.

U.M.F. NO. 1

La tendencia descendente a nivel Nacional, en la morbilidad por tuberculosis pulmonar, no es reflejo de lo que se observa en esta unidad, ya que en 1983 este padecimiento se incrementó de manera considerable, por lo que constituye un problema de salud pública, que requiere de atención y prioridad.

La incidencia en 1981 fué de 49 casos, descendiendo para 1982 a 38 casos, siendo el hecho notable de que en 1983 ésta se incrementa a 64 casos, cifra muy superior a la de estos últimos 2 años, con un coeficiente de morbilidad de 15.80 por 10 000 de derechohabientes, siendo más alta que la media delegacional.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha observado que los pacientes con tuberculosis pulmonar adscritos a la Unidad de Medicina Familiar NO. 1, abandonan el tratamiento en un 50 % aproximadamente.

HIPOTESIS

La deficiente orientación e información del paciente con tuberculosis pulmonar respecto a su padecimiento, es causa directa de abandono del tratamiento antifímico.

OBJETIVO GENERAL

Conocer el grado de orientación e información médica en el paciente con tuberculosis pulmonar y sus repercusiones en el tratamiento antifímico.

OBJETIVOS PARTICULARES

1.- Valorar la información educacional recibida por parte del Médico Familiar.

2.- Investigar las deficiencias de orientación e información como causa de abandono del tratamiento antifímico.

3.- Indagar la existencia de nuevos contactos como consecuencia de la falta de información en los casos bacilíferos.

MATERIAL Y METODOS

La recopilación de datos para este estudio retrospectivo, que comprende el semestre de Julio a Diciembre de 1982, se llevó a cabo del día primero de Mayo al 31 de Julio de 1983.

Primero identifiqué mi universo de trabajo, informándome sobre la forma de captación de los pacientes tuberculosos.- Se revisó el archivo de medicina preventiva, donde encontré la totalidad de los pacientes con tuberculosis pulmonar.

Se elaboró un fichero de 82 pacientes en total. Para lograr los objetivos del estudio, fué necesario revisar cada uno de los expedientes y así detectar los pacientes que abandonaron su tratamiento; tomándose como abandono de tratamiento el no acudir a su cita durante 1 mes o más.

Del total de los pacientes (82), se encontraron:

| | |
|---|----|
| Pacientes bacilíferos asistentes | 24 |
| Pacientes no bacilíferos asistentes | 29 |
| No asistentes con domicilio completo | 19 |
| No asistentes con domicilio incompleto ó nulo | 10 |

Los datos del domicilio fueron tomados de la tarjeta de adscripción al médico familiar (4-30-5).

Dadas las características geográficas de nuestra región (montañosa), y que, la población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 1 no únicamente comprende un sector de la ciu--

dad, sino también poblados de la sierra de Zongolica (Tuxpango, Campo Chico, Campo Grande, Tuxpanguillo, Capoluca, etc.), así como de las faldas del volcán (Chicola, La Perla, Santa Ana -- Atzacan, etc.), que incluso corresponden a otros municipios; -- hubo la necesidad de utilizar una unidad móvil, ya que mi deseo fué el de realizar una entrevista personal en el medio donde habita el paciente y su familia, para poder efectuar un interrogatorio directo, mediante un cuestionario previamente elaborado, con el fin de saber el grado de conocimiento sobre su padecimiento y sus complicaciones, contestar las preguntas ignoradas y así disipar sus dudas, además de exhortarlos de la necesidad de continuar su tratamiento.

De los 82 pacientes tuberculosos, decidí tomar una muestra representativa de 38 casos en total, de los cuales fueron:

| | |
|---------------------------------------|----|
| Casos bacilíferos asistentes | 12 |
| Casos no bacilíferos asistentes | 6 |
| Casos no asistentes | 20 |

Cuando decidí la elaboración de un cuestionario, pensé -- en las ventajas que tiene para el estudio, en el que se requiere uniformidad en la medición, ya que el vocabulario, las preguntas y el orden de estas son las mismas para todos, lo que -- nos daría una entrevista estructurada; pero también acepto que -- tiene ciertas desventajas como sería el no elaborarlo con un --

lenguaje simple, sin ambigüedades, evitando preguntas insinuantes y poco explícitas, además tomando en cuenta que el 36.84 % de nuestros pacientes son analfabetas, consideré necesario - - efectuar el cuestionario mediante interrogatorio directo, ya - que además tiene la ventaja de observar la reacción del paciente ante cada una de las preguntas, por lógica, no dejar el - - cuestionario escrito a los pacientes alfabetas, pues se daría oportunidad de disipar sus dudas y acarrearía doble visita domiciliaria.

Las entrevistas se efectuaron los fines de semana y - - días festivos, aprovechando sobre todo a nivel rural el poblado que se visitaba, de localizar en ese lugar de origen a todos los pacientes solicitados, aunque hubo la necesidad de acudir en varias ocasiones para finalmente localizarlos. Todo esto fué factible ya que la aplicación del cuestionario y posterior respuesta a sus dudas, me llevaba 30-35 minutos, aunque - en los pacientes de abandono de tratamiento empleamos el tiempo necesario pues una de las metas del estudio es lograr un -- verdadero diálogo médico-paciente mediante la comunicación, y por lo tanto convencerlos de continuar su tratamiento.

En el cuestionario que se formuló se incluyó la escolaridad del paciente.

CUESTIONARIO EN EL PACIENTE TUBERCULOSO SOBRE SU PADECIMIENTO.

- | | SI | NO |
|---|-----|-----|
| 1.- ¿Sabe usted que enfermedad padece? | () | () |
| 2.- ¿Sabe usted que es la tuberculosis? | () | () |
| 3.- ¿Sabe usted que la produce? | () | () |
| 4.- La tuberculosis: | | |
| a).- ¿Es contagiosa? | () | () |
| b).- ¿Se hereda? | () | () |
| c).- ¿O ambas cosas? | () | () |
| 5.- ¿Sabe usted si se puede prevenir? | () | () |
| 6.- ¿Sabe usted que métodos se emplean para descubrir la oportunamente? | () | () |
| 7.- ¿Hay alguna vacuna contra la enfermedad? | () | () |
| 8.- ¿En que forma se contagia de tuberculosis una persona sana? | () | () |
| 9.- ¿Que parte de su cuerpo puede afectar la tuberculosis? | () | () |
| 10.- ¿Sabe usted que molestias o síntomas produce la tuberculosis? | () | () |
| a).- Tos | () | () |
| b).- Expectorcación | () | () |
| c).- Fiebre | () | () |
| d).- Hemoptisis | () | () |
| 11.- ¿Sabe usted cuales son las complicaciones? | | |
| a).- Hemoptisis | () | () |
| b).- Disnea | () | () |

- | | SI | NO |
|---|-----|-----|
| c).- Insuficiencia respiratoria. | () | () |
| 12.- ¿La tuberculosis es mortal? | () | () |
| 13.- ¿Se cura? | () | () |
| 14.- ¿Cómo se cura? | () | () |
| 15.- ¿Que tiempo es necesario tomar medicamentos para que se cure? | () | () |
| 16.- ¿Porque no se debe interrumpir el tratamiento? | | |
| | | |
| 17.- ¿Sabe usted que tiene derecho a la atención médica hasta la resolución de la enfermedad? | () | () |
| 18.- ¿Porque abandono usted el tratamiento? | | |
| a).- Falta de vigencia | () | () |
| b).- Alcoholismo | () | () |
| c).- Recursos económicos | () | () |
| d).- Trabajo | () | () |
| e).- Otros | | |
| | | |
| 19.- ¿Va a reanudar su tratamiento? | () | () |
| 20.- Esta información se le dió: | | |
| a).- Su médico familiar | () | () |
| b).- Médico particular | () | () |
| c).- Trabajadora Social | () | () |
| d).- Enfermera | () | () |
| e).- Maestro (a) | () | () |
| f).- Otros | | |
| | | |
| 21.- Escolaridad | | |

RESULTADOS

Conforme a la revisión de expedientes clínicos y entrevistas domiciliarias programadas, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

La población total de pacientes detectados con tuberculosis, fué un total de 82 pacientes; no encontrándose predominancia significativa con respecto al sexo, 53.65 % en pacientes masculinos y de 46.35 % en pacientes femeninas. Respecto al grupo de edades más afectado, correspondió al de la edad más productiva, comprendiendo esta de los 25 a los 45 años de edad, en un 65.85 % del total, correspondiendo el 32.92 % al sexo masculino y el 32.92 % al sexo femenino. (Ver cuadro 1 página 28, gráfica I página 29).

De la población total (82 pacientes), se tomó una muestra representativa de 38 pacientes, tanto asistentes (18) como inasistentes (20).

Respecto al conocimiento de la enfermedad que padecen (preguntas 1,2,3,8,9,10), respondieron en forma satisfactoria el 86.10 % (15.5 pacientes promedio) de los asistentes, y en los no asistentes el 31.66 % (6.3 pacientes promedio). (Ver cuadros: 2,3,4, página 30; cuadros 9,10,11, página 31).

En cuanto a contagiosidad (pregunta 4), fué satisfactoria la respuesta en el 66.66 % (12 pacientes promedio) de los

asistentes, mientras que en los inasistentes fué del 30 % (6 - pacientes promedio). (Ver cuadro 5 página 30).

Referente a la prevención y diagnóstico oportuno (pregunta 5 y 6), respondieron en forma aceptable el 58.33 % (11 - pacientes promedio) de los asistentes, y en los inasistentes - fué de 2.5 % (0.5 pacientes promedio). (Ver cuadros 6 y 7, páginas 30 y 31).

En lo concerniente a protección específica (pregunta 7), el 100 % de los pacientes asistentes así como de los inasistentes dieron una respuesta acertiva (Ver cuadro 8, página 31).

El conocimiento de las complicaciones de la enfermedad (preguntas 11 y 12) lo fué en 94.44 % (17 pacientes promedio) de los asistentes, y un 52.5 % (10.5 pacientes promedio) de los inasistentes. (Ver cuadros 12 y 13, página 32).

Respecto al tratamiento (Preguntas 13,14,15 y 16) el -- 98.61 % (17.75 pacientes promedio) de los asistentes respondieron satisfactoriamente, mientras que en los no asistentes fué del 73.75 % (14.75 pacientes promedio). (Ver cuadros 14,15,16- y 17, páginas 32 y 33).

En cuanto a las prestaciones de servicios médicos (pregunta 17), el 66.66 % (12 pacientes promedio) de los asistentes sabían que tenían derecho hasta la resolución de su enfermedad, en cambio de los inasistentes sólo el 10 % (2 pacientes) lo sabían. (Ver cuadro 18, página 33).

En cuanto a las causas del abandono del tratamiento antitímico, (pregunta 18) 6 pacientes lo hicieron por mejoría -- (30 %), 4 por el alcoholismo (20 %), 4 pacientes por transferencia negativa con el Médico Familiar (20 %), 2 por no observar mejoría (10 %), otros 2 pacientes por falta de recursos -- económicos (10 %), otro paciente por el mismo parámetro anterior así como de no poder ausentarse de su trabajo (5 %) y -- otro más por falta de vigencia de derechos (5 %). (Ver cuadro 19, página 34. Gráfica 2, página 35).

La modificación en la conducta de los inasistentes respecto a continuar su tratamiento (pregunta 19), fué positiva -- en el 100 % de los casos. (Ver cuadro 20, pág. 36).

En cuanto a las fuentes de información, respecto a su -- padecimiento (pregunta 20), el 100 % de los asistentes refieren haberla recibido por parte del Médico Familiar, mientras -- que de los inasistentes el 70 % la recibieron de la misma fuente, y el 30 % restante por otras vías de información. (Ver cuadro 21, página 36).

Referente al grado de escolaridad, 4 pacientes asisten--tes son analfabetas (22.22 %), al igual que 10 pacientes ina--sistentes (50 %). Saben leer y escribir 2 pacientes asistentes (11.11 %), así como 3 pacientes inasistentes (15 %). Con primaria incompleta fueron 8 pacientes asistentes (44.44 %) y 7 pa--cientes inasistentes (35 %). La primaria completa fué obtenida

por 2 pacientes asistentes (11.11 %), en tanto que en los inasistentes fúé nula. Respecto a estudios de secundaria incompleta, se observó en 2 pacientes asistentes (11.11 %) siendo nula en los inasistentes.

Ningún otro paciente alcanzó estudios más altos. (Ver --
cuado 22, página 37).

POBLACION CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE LA U.M.F. 1

| Cuadro 1 | | Julio - Diciembre 1982 | | |
|------------------------|-----------------|------------------------|------------|----------|
| Grupo de edades - años | Número de casos | | Porcentaje | |
| | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres |
| 00-14 | 1 | 1 | 2.27 | 2.63 |
| 15-19 | 0 | 1 | 0.00 | 2.63 |
| 20-24 | 2 | 6 | 4.54 | 15.78 |
| 25-29 | 5 | 9 | 11.36 | 23.68 |
| 30-34 | 9 | 8 | 20.45 | 21.05 |
| 35-39 | 7 | 4 | 15.90 | 10.52 |
| 40-44 | 5 | 5 | 11.36 | 13.15 |
| 45-49 | 1 | 1 | 2.27 | 2.63 |
| 50-54 | 5 | 2 | 11.36 | 5.26 |
| 55-59 | 6 | 0 | 13.63 | 0.00 |
| 60 y más | 3 | 1 | 6.81 | 2.63 |
| TOTAL | 44 | 38 | 100.00 % | 100.00 % |

Fuente: Cédula de información.

PIRAMIDE DE POBLACION CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN LA

U.M.F. No. 1

GRAFICA 1

JULIO - DICIEMBRE 1982

HOMBRES: 53.65 %

60 y Más

MUJERES: 46.34 %

55-59

50-54

45-49

40-44

35-39

30-34

25-29

20-24

15-19

10-14

5-9

0-4

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

FUENTE: CEDULA DE ENCUESTA

TOTAL DE PACIENTES: 82

CUESTIONARIO ESQUEMATIZADO EN EL PACIENTE TUBERCULOSO

1.- Conocimiento de la enfermedad padecida:

| Pacientes | Respuesta afirmativa | Porcentaje | Respuesta negativa | Porcentaje | Total pacientes |
|----------------|----------------------|------------|--------------------|------------|-----------------|
| Asistentes | 17 | 94.45 | 1 | 5.55 | 18 |
| No asistentes. | 11 | 55.00 | 9 | 45.00 | 20 |

Cuadro 2

Fuente: Cédula de inf.

2.- Sabe usted qué es la tuberculosis:

| Pacientes | Respuesta afirmativa | Porcentaje | Respuesta negativa | Porcentaje | Total pacientes |
|----------------|----------------------|------------|--------------------|------------|-----------------|
| Asistentes | 14 | 77.77 | 4 | 22.22 | 18 |
| No asistentes. | 1 | 5.00 | 19 | 95.00 | 20 |

Cuadro 3

Fuente: Cédula de información.

3.- ¿Sabe usted qué la produce?:

| Pacientes | Respuesta afirmativa | Porcentaje | Respuesta negativa | Porcentaje | Total pacientes |
|----------------|----------------------|------------|--------------------|------------|-----------------|
| Asistentes | 17 | 94.45 | 1 | 5.55 | 18 |
| No asistentes. | 4 | 20.00 | 16 | 80.00 | 20 |

Cuadro 4

Fuente: Cédula de información.

4.- ¿La enfermedad es contagiosa, se hereda ó ambas cosas?

| Pacientes | Respuesta correcta | Porcentaje | Resp. In correcta | Porcentaje | Total pacientes |
|----------------|--------------------|------------|-------------------|------------|-----------------|
| Asistentes | 12 | 66.66 | 6 | 33.33 | 18 |
| No asistentes. | 6 | 30.00 | 14 | 70.00 | 20 |

Cuadro 5

Fuente: Cédula de información

5.- ¿Se puede prevenir la tuberculosis?:

| Pacientes | Respuesta afirmativa | Porcentaje | Resp. In correcta | Porcentaje | Total pacientes |
|----------------|----------------------|------------|-------------------|------------|-----------------|
| Asistentes | 12 | 66.66 | 6 | 33.33 | 18 |
| No asistentes. | 1 | 5.00 | 19 | 95.00 | 20 |

Cuadro 6

Fuente: Cédula de información

6.- ¿Sabe usted qué métodos se emplean para descubrirla oportunamente?:

| Pacientes | Respuesta afirmativa | Porcentaje | Respuesta negativa | Porcentaje | Total pacientes |
|---------------|----------------------|------------|--------------------|------------|-----------------|
| Asistentes | 9 | 50.00 | 9 | 50.00 | 18 |
| No asistentes | 0 | 0.00 | 20 | 100.00 | 20 |

Cuadro 7

Fuente: Cédula de información.

7.- ¿Hay alguna vacuna contra la enfermedad?:

| Pacientes | Respuesta afirmativa | Porcentaje | Respuesta negativa | Porcentaje | Total pacientes |
|---------------|----------------------|------------|--------------------|------------|-----------------|
| Asistentes | 18 | 100.00 | 0 | 0.00 | 18 |
| No asistentes | 20 | 100.00 | 0 | 0.00 | 20 |

Cuadro 8

Fuente: Cédula de información.

8.- ¿En que forma se contagia de tuberculosis una persona sana?:

| Pacientes | Respuesta afirmativa | Porcentaje | Respuesta negativa | Porcentaje | Total pacientes |
|---------------|----------------------|------------|--------------------|------------|-----------------|
| Asistentes | 16 | 88.88 | 2 | 11.11 | 18 |
| No asistentes | 9 | 45.00 | 11 | 55.00 | 20 |

Cuadro 9

Fuente: Cédula de información.

9.- ¿Que parte de su cuerpo puede afectar la tuberculosis?:

| Pacientes | Respuesta afirmativa | Porcentaje | Respuesta negativa | Porcentaje | Total pacientes |
|---------------|----------------------|------------|--------------------|------------|-----------------|
| Asistentes | 16 | 88.88 | 2 | 11.11 | 18 |
| No asistentes | 3 | 15.00 | 17 | 85.00 | 20 |

Cuadro 10

Fuente: Cédula de información.

10.- ¿Sabe usted que molestias o síntomas produce la tuberculosis? (Tos, expectoración, fiebre y hemoptisis, con 3 -- respuestas se tomó como satisfactor a la respuesta).

| Pacientes | Respuesta afirmativa | % | Respuesta negativa | % | Total pacientes |
|---------------|----------------------|-------|--------------------|-------|-----------------|
| Asistentes | 13 | 72.22 | 5 | 27.77 | 18 |
| No asistentes | 10 | 50.00 | 10 | 50.00 | 20 |

Cuadro 11

Fuente: Cédula de información.

11.- ¿Sabe usted cuales son las complicaciones?

(Hemoptisis, disnea, insuf. cardiorrespiratoria; con 2 - respuestas se tomó como satisfactoria la respuesta).

| Pacientes | Respuesta afirmativa | Porcentaje | Respuesta negativa | Porcentaje | Total pacientes |
|---------------|----------------------|------------|--------------------|------------|-----------------|
| Asistentes | 16 | 88.88 | 2 | 11.11 | 18 |
| No asistentes | 2 | 10.00 | 18 | 90.00 | 20 |

Cuadro 12

Fuente: Cédula de información.

12.- ¿La tuberculosis es mortal?:

| Pacientes | Respuesta afirmativa | % | Respuesta negativa | % | Total pacientes |
|---------------|----------------------|--------|--------------------|------|-----------------|
| Asistentes | 18 | 100.00 | 0 | 0.00 | 18 |
| No asistentes | 19 | 95.00 | 1 | 5.00 | 20 |

Cuadro 13

Fuente: Cédula de información.

13.- ¿Se cura?:

| Pacientes | Respuesta afirmativa | % | Respuesta negativa | % | Total pacientes |
|---------------|----------------------|--------|--------------------|-------|-----------------|
| Asistentes | 18 | 100.00 | 0 | 0.00 | 18 |
| No asistentes | 18 | 90.00 | 2 | 10.00 | 20 |

Cuadro 14

Fuente: Cédula de información.

14.- ¿Cómo se cura?:

| Pacientes | Respuesta afirmativa | % | Respuesta negativa | % | Total pacientes |
|---------------|----------------------|--------|--------------------|------|-----------------|
| Asistentes | 18 | 100.00 | 0 | 0.00 | 18 |
| No asistentes | 19 | 95.00 | 1 | 5.00 | 20 |

Cuadro 15

Fuente: Cédula de información.

15.- ¿Qué tiempo es necesario tomar medicamentos para que se cure?:

| Pacientes | Respuesta afirmativa | % | Respuesta negativa | % | Total pacientes |
|---------------|----------------------|-------|--------------------|-------|-----------------|
| Asistentes | 17 | 94.44 | 1 | 5.55 | 18 |
| No asistentes | 5 | 25.00 | 15 | 75.00 | 20 |

Cuadro 16

Fuente: Cédula de información.

16.- ¿Porqué no se debe interrumpir el tratamiento?

| Respuestas | Pacientes asistentes | % | Pacientes No asistentes | % |
|---|----------------------|--------|-------------------------|--------|
| Por el deseo de sanar. | 3 | 16.66 | 0 | 0.00 |
| Por el deseo de sanar y - no contagiar a la familia | 12 | 66.66 | 0 | 0.00 |
| Por temor a la muerte. | 0 | 0.00 | 16 | 80.00 |
| Pierde su -- efecto la medicina y pue do morir | 3 | 16.66 | 1 | 5.00 |
| Lo ignora | 0 | 0.00 | 3 | 15.00 |
| Total | 18 | 100.00 | 20 | 100.00 |

Cuadro 17

Fuente: Cédula de información.

17.- ¿Sabe usted que tiene derecho a la atención médica hasta la resolución de su enfermedad?:

| Pacientes | Respuesta afirmativa | % | Respuesta negativa | % | Total pacientes |
|---------------|----------------------|-------|--------------------|-------|-----------------|
| Asistentes | 12 | 66.66 | 6 | 33.33 | 18 |
| No asistentes | 2 | 10.00 | 18 | 90.00 | 20 |

Cuadro 18

Fuente: Cédula de información.

- 18.- ¿Porqué abandonó usted el tratamiento?:
 (pregunta obviamente encausada a los pacientes que abandonaron el tratamiento).

CAUSAS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTIFIMICO

| Respuestas | Pacientes | Porcentaje |
|--|-----------|------------|
| Falta de vigencia | 1 | 5.00 |
| Alcoholismo | 4 | 20.00 |
| Falta de recursos económicos | 2 | 10.00 |
| Por el trabajo y falta de recursos económicos. | 1 | 5.00 |
| Por transferencia negativa con el Médico de la unidad. | 4 | 20.00 |
| Mejoría | 6 | 30.00 |
| No observar mejoría | 2 | 10.00 |
| TOTAL | 20 | 100.00 |

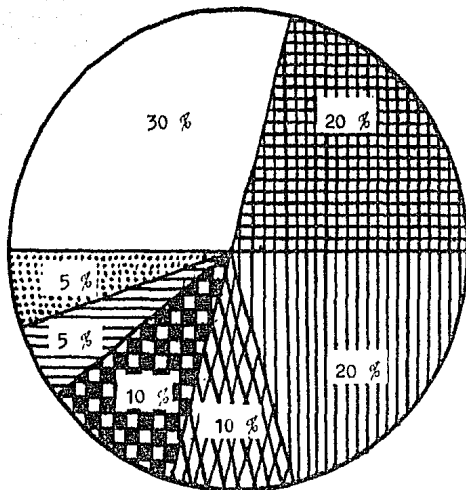
Cuadro 19

Fuente: Cédula de información.

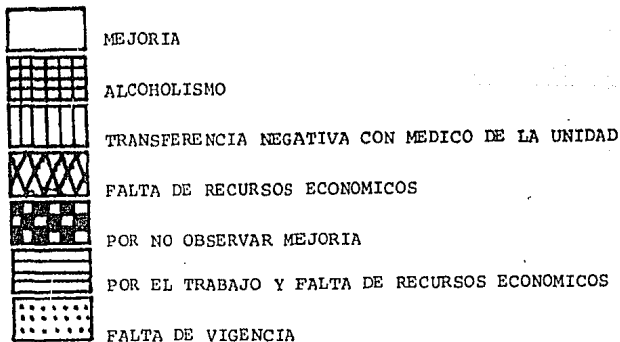
CAUSAS PRINCIPALES DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTIFIMICO

Gráfica 2

Julio - Diciembre 1982



Fuente: Cédula de encuesta



19.- ¿Va a reanudar su tratamiento?:

| Pacientes | Respuesta afirmativa | % | Respuesta negativa | % | Total pacientes |
|----------------|----------------------|--------|--------------------|------|-----------------|
| No asistentes. | 20 | 100.00 | 0 | 0.00 | 20 |

Cuadro 20

Fuente: Cédula de información.

20.- ¿Esta información se la dió?:

| Respuestas | Pacientes asistentes | % | Pacientes No asist. | % |
|----------------------------|----------------------|--------|---------------------|--------|
| Médico Familiar. | 18 | 100.00 | 14 | 70.00 |
| Médico Particular. | 0 | 0.00 | 1 | 5.00 |
| Trabajadora social | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| Enfermera | 0 | 0.00 | 2 | 10.00 |
| Maestro(a) | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| Amigo fenecido por TGP. | 0 | 0.00 | 1 | 5.00 |
| Familiar fenecido por TGP. | 0 | 0.00 | 2 | 10.00 |
| TOTAL | 18 | 100.00 | 20 | 100.00 |

Cuadro 21

Fuente: Cédula de información.

GRADO DE ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS.

| ESCOLARIDAD | PACIENTES ASISTENTES | % | PACIENTES NO ASIST. | % |
|----------------------------|----------------------|--------|---------------------|--------|
| ANALFABETAS | 4 | 22.22 | 10 | 50.00 |
| SABE LEER Y ESCRIBIR | 2 | 11.11 | 3 | 15.00 |
| PRIMARIA INCOMPLETA | 8 | 44.44 | 7 | 35.00 |
| PRIMARIA COMPLETA | 2 | 11.11 | 0 | 0.00 |
| SECUNDARIA INCOMPLETA | 2 | 11.11 | 0 | 0.00 |
| SECUNDARIA COMPLETA Y MAS. | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| TOTAL | 18 | 100.00 | 20 | 100.00 |

Cuadro 22

Fuente: Cédula de información.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La población estudiada de pacientes con tuberculosis pulmonar fué de 38 en total, de los cuáles 32 de ellos recibieron la orientación e información sobre su padecimiento por parte -- del Médico Familiar (84.21 %) aunque de una manera poco satisfactoria como lo demuestra el análisis de cada una de las preguntas cuestionadas, y aunado a esto, el que no abarcó el 100 % de la población, como lo demuestra el resto de los pacientes, -- que fueron 6 (15.78 %).

De los 20 pacientes que abandonaron el tratamiento, 14 -- recibieron la información por parte del Médico Familiar (70 %), y 6 refieren haberla recibido por otras fuentes de información-- (30 %).

6 pacientes abandonaron el tratamiento por mejoría -- (30 %), dos más por no observar mejoría (10 %), y otro por falta de vigencia de derechos (5 %), lo que hace un total de 9 pacientes (45 %), que además de no recibir la información adecuada sobre estos aspectos, existe desuniformidad en la educación-- del paciente, así como que el lenguaje usado no fué el adecuado de acuerdo al nivel cultural observado en cada uno de ellos. -- Cuatro pacientes (20 %), abandonaron el tratamiento por referir transferencia negativa con el Médico de adscripción, lo que habla por sí solo de una inadecuada relación Médico-paciente.

La causa de abandono en 4 pacientes más (10 %) con fue-
el alcoholismo, enfermedad social que se ha agudizado en las -
últimas décadas, y ha sido motivo de preocupación en nuestra -
sociedad contemporánea, respondiendo con la formación de gru-
pos de reintegración a la sociedad, como son los grupos de al-
cohólicos anónimos.

Otros 2 pacientes (10 %), dejaron de asistir al trata-
miento por falta de recursos económicos, ya que el lugar de re
sidencia es retirado de la clínica de adscripción, y por lo --
tanto, pagar el medio de transporte le resulta costoso, dadas-
las condiciones económicas que privan en el campesinado mexica
no. Abarcando el último parámetro mencionado, otro paciente lo
abandonó además por no poder ausentarse de su trabajo, ya que
le descontaban el día de sueldo, lo que agudizaba aún más su -
ya deprimente situación económica.

Respecto al grado de escolaridad observado en el total-
de los pacientes estudiados (38), el 36.84 % (14 pacientes) --
son analfabetas, el 13.15 % (5 pacientes) solo saben leer y es
cribir, el 39.47 % (15 pacientes) tienen primaria incompleta,-
el 5.26 % (2 pacientes) primaria completa, y el 5.26 % (2 pa--
cientes) secundaria incompleta. Lo que influye en forma impor-
tante, en cuanto a la comprensión sobre su padecimiento.

CONCLUSIONES

- 1.- La población estudiada de pacientes con tuberculosis pulmonar fué de 38 en total.
- 2.- 32 de ellos, recibieron la orientación e información sobre su padecimiento no del todo satisfactorio por parte del Médico Familiar.
- 3.- 6 pacientes recibieron la información por otras fuentes de información.
- 4.- De los 20 pacientes que abandonaron el tratamiento, 14 fueron informados por el Médico familiar, y el resto por otras fuentes.
- 5.- Seis pacientes abandonaron el tratamiento por mejoría.
- 6.- Cuatro pacientes debido al alcoholismo.
- 7.- Cuatro más por transferencia negativa con el Médico Familiar.
- 8.- Dos por no observar mejoría.
- 9.- Dos por falta de recursos económicos.
- 10.- Otro por falta de recursos económicos y no poder ausentarse de su trabajo.
- 11.- Otro más por falta de vigencia de derechos.
- 12.- El grado de escolaridad influyó en forma importante en el abandono del tratamiento.

ALTERNATIVAS DE SOLUCION

Es evidente la necesidad de concientizar al Médico Familiar de su labor como educador permanente, orientando e informando al 100 % de su población con tuberculosis pulmonar, a saber:

- 1.- Informar al paciente con TBP sobre su padecimiento, y las complicaciones como consecuencia del abandono.
- 2.- Canalizar a los pacientes alcohólicos a grupos de alcohólicos anónimos, para su reintegración al tratamiento y por consiguiente a la sociedad.
- 3.- Hacer de su conocimiento a las prestaciones médicas que tiene derecho, como es vigencia de derechos.
- 4.- Fomentar las campañas de alfabetización.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Rapp. R., S. Capbell R.W. Howell J.C. Isoniacid Induction-
of antinuclear bodies a prospective study, Ann Intern Med.
88:650-652. 1982.
- 2.- Hobson (W.). The theory y practice of public health (1 vol.,
702 p., 1975, 2a ed., Londres, Nueva York y Toronto, Oxford
Univ. Press, Ed.).
- 3.- Rutstein (D.D.). The coming revolution in medicine (1 vol.,
180 p., Cambridge (Mass.) y London, 1967, M.I.T. Press, Ed.)
- 4.- Dubos (R.J.) y Hirsch (J.C.) Bacterial and mycotic infec---
tions of man (1 vol., 1025 p., Filadelfia y Londres, 1965 -
Lippincott et Pitman, Ed.).
- 5.- J. Kumate y G. Gutierrez: Tuberculosis e infecciones por --
bacterias atípicas. Ed. Kumate, J.; 8a. ed. Edit. Mendez --
Cervantes. México, D.F., 1981, páq. 109-123.
- 6.- Diagnostic standards and classifications of tuberculosis --
and other mycobacterial diseases. New York, American Lung -
Association, 1974.
- 7.- Tuberculosis: Detección de casos y quimioterapia. Oficina -
Panamericana de la Salud. Washington, D.C.P.C. No. 392 1980.
- 8.- C. Pacheco y F. Magaña. A cien años del descubrimiento del-
bacilo de la tuberculosis. Dirección general de control de-
la tuberculosis y de las enfermedades del aparato respirator
rio. S.S.A., 1982.
- 9.- Tuberculosis. páq. 441-449. Control de enfermedades transmi-
sibles, S.S.A., 1975.
- 10.- H. F. Conn., Robert E. Rakel., Thomas W. Johnson; Medicina
Familiar., páq. 442-467. Editorial Interamericana. 1981.