



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



El Abandono del Paciente Tuberculoso al Tratamiento Antifímico

TESIS

Para obtener el Diploma de la Especialidad de Medicina Familiar

Presenta: **DR. ALEJANDRO HUERTA PANIAGUA**



Asesor: **Dr. Guillermo Bravo Moreno**
Neumólogo de la C. H. G. Z. con M. F.
de Morelia, Mich.

Febrero de 1984.



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

CAPITULO I, -	INTRODUCCION.....	1
CAPITULO II, -	OBJETIVO GENERAL DEL ESTUDIO.....	11
CAPITULO III, -	ORGANIZACION DEL TRABAJO.....	13
CAPITULO IV, -	FUENTES DE INFORMACION.....	14
CAPITULO V, -	MATERIAL Y METODOS.....	15
CAPITULO VI, -	RESULTADOS.....	17
CAPITULO VII, -	DISCUSION.....	22
CAPITULO VIII, -	CONCLUSIONES.....	23
CAPITULO IX, -	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	26
CAPITULO X, -	ANEXOS.....	29

I N D I C E

CAPITULO I, -	INTRODUCCION.....	1
CAPITULO II, -	OBJETIVO GENERAL DEL ESTUDIO.....	11
CAPITULO III, -	ORGANIZACION DEL TRABAJO.....	13
CAPITULO IV, -	FUENTES DE INFORMACION.....	14
CAPITULO V, -	MATERIA Y METODOS.....	15
CAPITULO VI, -	RESULTADOS.....	17
CAPITULO VII, -	DISCUSION.....	22
CAPITULO VIII, -	CONCLUSIONES.....	23
CAPITULO IX, -	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	26
CAPITULO X, -	ANEXOS.....	29

CAPITULO I

INTRODUCCION

ANTECEDENTES HISTORICOS:

Los hechos más evidentes de la existencia de la Tuberculosis desde la antigüedad más remota se conocen las exploraciones arqueológicas que han permitido descubrir momias con xifosis, así como huesos humanos y de animales con destrucciones que pueden considerarse de origen tuberculoso.

Se sabe que los Chinos e Hindúes curaban a los tísicos mediante reposo y tratamiento higiénico dietético. Entre los Hindúes era llamada "enfermedad real".

De los antiguos pueblos de la Mesopotamia datan las primeras descripciones de las diversas enfermedades en una mezcla de racionalismo empírico y misticismo curativo. Los Asirios y Babilónicos la atribuyen al demonio Asaku y sus síntomas los describían con exactitud: "El enfermo tose frecuentemente, su esputo es espeso y algunas veces contiene sangre".

Entre los Hebreos se designaba Shapata a la tisis, según se desprende del viejo testamento. "En esto estará la plaga... la carne se consumirá y los ojos se consumirán en sus cuencas".

Solo se tiene conocimiento más profundo cuando se llega a Hipócrates, el primer médico que describió con evidente sagacidad clínica la evolución de la Tuberculosis, al señalar sus síntomas hasta llegar a la caquexia (provocada por una úlcera de pulmón). Aplicó el nombre de tisis a la enfermedad y se consideraba que era incurable; sus palabras son: "Muchos morirán de los confinados en cama, no se conoce de alguno que haya sobrevivido mucho tiempo".

Y describía a los enfermos como sigue: de fiebres acompañadas -- con calos fríos de tipo continuo, agudo, sin intermisión completa, con exacerbaciones, sudores constantes pero no extendidos al cuerpo, extre-

midades frías que se calientan con dificultad.

La descripción de la facies Hipocrática de los tísicos era: los ojos hundidos, la nariz afilada, las sienas hundidas, la piel tensa, las orejas frías, la cara enjuta y descolorida, los párpados lividos, la boca abierta y los labios pálidos.

GALENO DE PERGAMO. - Consideró que la tisis era contagiosa y recomendó el aislamiento de los enfermos. Afirmó que las personas que conviven con ellos, que usan sus mismas ropas, contraen la enfermedad.

LA EDAD MEDIA. - Las enseñanzas Hipocráticas y Galénicas continuaron prácticamente hasta la desintegración del Imperio Romano de Occidente y todavía durante la Edad Media. La escrofulosis (struma) era llamada enfermedad regia porque se creía que los pacientes eran curados si un rey tocaba sus lesiones.

EL RENACIMIENTO. - Jerónimo de Fracastorius describió el origen y tratamiento del morbo gálico al que llamó Sifilis y sentó las bases de las enfermedades infecciosas, entre ellas la peste bubónica, el tifo y la misma Tuberculosis. Previó la existencia de agentes causales desconocidos e imperceptibles a la vista y señaló con precisión el contagio intrafamiliar.

LOS SIGLOS XVII Y XVIII. - El Francés Silvio encontró en los pulmones de cadáveres tubérculos que posteriormente se transformaban en cavernas. Carlos Linneo expresó la idea de propagación de las enfermedades infecciosas depende de la implantación de diminutos organismos independientes dentro o sobre el individuo afectado. Se atribuye a Pedro José Desault, el hecho de haber confirmado al esputo como medio propagador de la Tuberculosis, lo que confirmó también Pedro Mauriac.

LA EPOCA ANATOMOCLINICA SIGLO XIX. - En Inglaterra Mateo Baille había precisado que los tubérculos no son ganglios, sino una lesión peculiar del tejido pulmonar. Gaspar Bayle describió seis variedades clínicas de tisis, con diversas localizaciones en el cuerpo.

Laenec inventó el estetoscopio que le permitió el estudio más concienzudo mediante la auscultación, la comparación de datos clínicos con

el hallazgo de la necropsia. Denominó nuevas palabras como estertores, broncofonfa y pectoriloqufa.

En 1846 Herman Klence demostró que la Tuberculosis podía ser -- transmitida por la leche de vaca,

LA EPOCA BACTERIOLOGICA, - Luis Pasteur y sus demostraciones sobre el origen microbiano de las enfermedades infecciosas tomaron incremento, pero aún el de la Tuberculosis permanecía oculto, la gloria - de su descubrimiento estaba reservada para Roberto Koch, mediante numerosos intentos de coloración pudo al fin, descubrir, aislar, cultivar y reproducir al germen.

Los postulados de Koch quedaron como base de la investigación bacteriológica. La propiedad denominada ácido alcohol resistente se debe a Rindfleisch y a Erlich, ésta propiedad permitió a Zhiel y a Nielsen hallar una técnica especial de coloración para demostrar la presencia del germen.

LA EPOCA RADIOLOGICA, - En el siglo XIX hubo descubrimientos - de los Rayos X por parte de Roentgen. En 1897 Fluegger demostró la - transmisión de la enfermedad por medio de las gotitas de saliva. En -- 1898 Bouchard y Beclere los aplicaron (RX) al diagnóstico de las enfermedades pulmonares.

LA EPOCA PATOGENICA, - Julio Maria Parrot dió a conocer su experiencia en hospital de niños, donde morfan de Sarampión, Tosferina, - se asombró de un hallazgo necrótico tan frecuente como la presencia de adenopatfa traqueobronquial tuberculosa. El estudio minucioso le permitió comprobar que en los cadáveres había una pequeña lesión parenquim tosa pulmonar y al mismo tiempo una adenopatfa traqueobronquial.

Se llegó a conocer mejor la primoinfección tuberculosa latente gracias a Kuss de Parfs, continuador de los estudios de Parrot y de Ghon, - quienes dedicaron su inquietud a la investigación de las adenopatfas hilia res, el primero (1898) y a la demostración de la lesión parenquimosa - unida a la adenopatfa hilar el segundo (1912).

Otto Naegli dió a conocer en 1900 la frecuencia de la Tuberculosis en un trabajo que asombró por sus cifras, era el de zapatero. Aunque las dudas persistieron algún tiempo, la aplicación de la tuberculina de Koch en escarificación dió al pediatra Austriaco Von Pirquet la forma de comprobar la aseveración de Naegli; todos los enfermos tuberculosos reaccionaban aunque tardamente a la aplicación de cutánea de la tuberculina. Esta reacción le permitió comprobar que la infección tuberculosa estaba presente desde los niños hasta los ancianos. Más tarde Carlos Mantoux aplicó la tuberculina por vfa intradérmica a diferentes diluciones y obtuvo resultados iguales o superiores.

Carlos E. Ranke emitió por fin su idea en forma clara y precisa sobre las etapas evolutivas desde la entrada del bacilo al pulmón y la linfangitis consecutiva (complejo primario), la bacilemia ulterior y su terminación en la destrucción pulmonar en extrapulmonar. Esta misma teoría de Ranke ha servido para explicar la patogenia de la Histoplasmosis y la Coccidioidomicosis.

La idea de profilaxis continuó y correspondió a Calmette y Guérin en 1921, la tenuación de los gérmenes para crear una vacuna (1).

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD.

1. - AGENTE. Características; Orden; Actinomicetae. Familia; Mycobacterium. Tipo: Hominis. Por su forma es un bacilo. Tamaño; mide de 1.3 a 1.5 micras de longitud y de 0.3 de espesor, tiene una cápsula formada en un 60% de lípidos y resto de proteínas. Es inmóvil, no esporulado, aerobio, lábil a la luz y rayos solares, es un bacilo alcohol resistente, su ácida resistencia depende de la integridad estructural del bacilo. Se tiñe con técnica de Zhiel Nielsen. Se destruye por la pasteurización y la ebullición, es más resistente a la desecación, sobrevive períodos largos en el esputo.

2. - HUESPED. Son susceptibles los tuberculino negativos; a la edad de 45 años el 70% está infectada, la desnutrición y malas condiciones de higiene son importantes en la aparición de esta enfermedad, es más fre-

cuenta en el sexo masculino por el tabaquismo, ocupación y alcoholismo, La inmunidad específica es siempre adquirida.

3. - MEDIO AMBIENTE. Se presenta en medio socio económico bajo, con promiscuidad hacinamiento, malas condiciones de higiene y alimentación. Fuente de infección: La expectoración de personas con Tuberculosis es la fuente común. El reservorio lo constituye el hombre y el ganado bovino tuberculoso. Mecanismo de transmisión: Por inhalación contenido en las gotitas de Flugger de personas enfermas, secundariamente por ingestión de leche cruda procedente de vacas enfermas.

MECANISMOS DE DEFENSA DEL PULMON. - Moco bronquial: (adhesividad y lisosimas) Linfocitos: Macrófagos del tracto bronquial. Función ciliar: Hay 200'000,000 de cilios por centímetro cuadrado de mucosa bronquial, existen 200 metros cuadrados de epitelio respiratorio, hay 1,500 movimientos ciliares por minuto.

PERIODO DE INCUBACION. - Es variable generalmente de 6 a 8 semanas.

PATOGENIA. - Luego de la implantación se comienza a multiplicar, la primera reacción es la producción de exudado principalmente neutrófilos, posteriormente los neutrófilos mueren y aparecen fagocitos mononucleares, que engloban a los bacilos y tienen una etapa de simbiosis, hasta que se destruyen los mononucleares.

Los bacilos llegan a los linfocitos regionales y de ahí a todo el organismo por vía hematogena, o sea produce el complejo primario de Ranke formado por la Neumonitis, la linfangitis y la linfadenitis; ó sea que después de establecida la infección, los bacilos se multiplican y se produce diseminación linfohematogena precoz que generalmente es abortiva, aunque eventualmente es progresiva y causa enfermedad (tuberculosis primaria o de primoinfección).

Esto ocurre en el período prealérgico, en este momento no existe sintomatología y las pruebas tuberculínicas son negativas.

La mayoría de las veces la primoinfección es relativamente benigna e involuciona a la curación por calcificación en casi todos los casos, aunque ocasionalmente lo hace por fibrosis. Esto sucede entre los 12 y 24 -

meses después de la infección primaria. En los casos que curan pueden presentar dos eventualidades:

1. - Que a partir del complejo primario se presente diseminación hematógena produciéndose las complicaciones de la Tuberculosis primaria, tales como meningitis, Tb miliar, ganglionar, ósea, etc.

2. - Que haya diseminación por contiguidad y se produzca bronconeumonía como consecuencia de la abertura de un ganglio dentro del bronquio subyacente.

ANATOMIA PATOLOGICA. - La lesión característica es de tipo inflamatorio crónico granulomatoso, con necrosis caseosa central rodeado de células epiteloides y células gigantes de tipo Langhans, rodeadas de linfocitos. Los bacilos se encuentran en la zona de necrosis.

MANIFESTACIONES CLINICAS. - La primoinfección es asintomática la mayoría de las veces o se puede confundir con infección de vías respiratorias. El período de incubación se presenta de 4 a 6 semanas, solo deja la hipersensibilidad a la tuberculina. En la Tb pulmonar cuando existen síntomas, el cuadro se manifiesta como síndrome febril de predominio vespertino de evolución prolongada acompañada de síntomas respiratorios como tos, expectoración y dolor torácico y síntomas generales. Cuando hay lesiones extrapulmonares aparecen en el aparato o sistema involucrado.

NIVELES DE PREVENCIÓN: Inespecífico. - Saneamiento ambiental y educación para la salud, buenos hábitos alimenticios. Específico. - Vacunación BCG de niños de 0 a 14 años, se aplica por vía intradérmica a una dosis de 0.05 ml. en niños de 0 a 3 meses y de 0.1 ml. para mayores.

DIAGNOSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO. - Pesquisas de casos: mediante la búsqueda constante de enfermos bacilíferos en la población de 15 y más años que presenten tos y expectoración. De inmediato se iniciará el tratamiento en donde se haya confirmado bacterias, lógicamente con las drogas antituberculosas ya conocidas.

REHABILITACION. - Se realiza solo en los pacientes que por lo avanzado de la enfermedad han quedado con secuelas (1).

La Tuberculosis es una enfermedad infecciosa y como tal no escapa a la ley general que rige a las relaciones parásito huésped. El hecho de que la tuberculosis puede seguir un curso agudo o crónico depende directamente del grado de adaptación y del tiempo de convivencia entre el bacilo de Koch y el hombre. En consecuencia, todo individuo que elimina bacilos es porque su respuesta inmunitaria ha sido deficiente o porque condiciones transitorias han debilitado su capacidad para reaccionar, permitido que el bacilo se multiplique en el organismo y produzca la enfermedad. Otra característica es que el ciclo epidémico se desarrolla en periodos muy largos, tal vez porque este caso, el desarrollo de la enfermedad y la inmunidad están muy relacionados con las condiciones de vida de la población y sigue por lo tanto las alternativas de esta.

Desde el descubrimiento de Koch, las bases de la prevención quedaron establecidas y en el transcurso del tiempo ha habido progresos muy evidentes en los métodos de lucha. Aunque el bacilo de Koch afecta a casi toda la población en un país con endemia tuberculosa, la mayor parte de las infecciones son inefectivas como fuente de nuevos contagios porque la lesión es denominada por el individuo, o el individuo enferma sin ser bacilífero. El riesgo de enfermar entre los convivientes es mayor en la población general. Godfrey los demostró en Nueva York.

Por su extensión y sus consecuencias, la tuberculosis crea un problema social muy grave, tal vez mayor que cualquier otra enfermedad. Esta gravedad es mayor en los países subdesarrollados porque en ellos la enfermedad encuentra condiciones favorables para transmitirse. Todas las poblaciones de bajo nivel de vida presentan tasas altas, endémicas de infección tuberculosa; como las condiciones de defensa frente al bacilo, ya que por otra parte los casos bacilíferos conviven habitualmente a los niños menores y a los adultos jóvenes. Todo esto conduce a la exclusión del trabajo de una proporción importante de población activa con los siguientes perjuicios para la economía social; por otro lado, la sociedad debe atender a este grupo mientras está enfermo invirtiendo en ellos.

El cambio fundamental que plantea es el manejo de la Tuberculosis se está haciendo de problema clínico pasa a ser de Salud Pública. El --

tratamiento de la Tuberculosis se está haciendo cada vez mas ambulatorio y la vacunación más y más extendida. En el curso de la historia se han hecho la campaña más gigantesca, 192 millones de personas han sido sometidas a la prueba de la tuberculina y 74 millones vacunadas con BCG entre 1948 y 1957 en los países de la Tierra. La mayor parte de este programa se ha realizado en Asia (3).

PANORAMA EPIDEMIOLOGICO. - La situación epidemiológica mundial de la Tuberculosis es motivo de preocupación; según estimación de la OMS, 3 millones de personas fallecieron de Tuberculosis anualmente, 1500 millones están infectadas y de 10 a 20 millones padecen la enfermedad. Los datos disponibles de la OPS correspondiente a morbilidad y mortalidad por tuberculosis en América Latina indican que México ocupa el tercer lugar precedido por Chile y Paraguay, en morbilidad tiene una posición inferior a la mediana con tasa de 34,5 x 100 000 habitantes. El comité de expertos de la OMS en la tuberculosis subraya esta situación en el noveno informe; las dos terceras partes de la población mundial están tratando de lograr un desarrollo económico y social con recursos que representan solo el 13% de producto anual bruto del mundo. La mortalidad por tuberculosis en México en los últimos años (50) ha descendido desde 80 x 100 000 hasta 14,8 en 1974.

Dentro de los datos de la tuberculosis en todas sus formas ocurrió que ocupó el noveno lugar dentro de los primeras causas de defunción en el país, con 8614 fallecimientos y tasa de 14,8 x 100 000 habitantes. La tuberculosis fué la segunda causa de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias. En 1974 las defunciones por tuberculosis pulmonar representaron el 88,9% del total de esta causa; se registró en segundo lugar a las del sistema nervioso central con 7,5% y al conjunto de otras localizaciones correspondió al 3,5%. Las tasas respectivas fueron de 13,2% 1,1 y 0,5% x 100 000 habitantes. La mortalidad fué mayor en los estados de la frontera norte y del litoral del Golfo de México, regiones en las cuales las tasas son superiores a la del promedio general del país. Los estados de Veracruz, Coahuila y San Luis Potosí ocupan los primeros lugares (4).

El programa nacional contra la Tuberculosis es el instrumento técnico y científico que resume la experiencia nacional e internacional en -

la lucha contra esta enfermedad. Su finalidad es reducir progresivamente la morbimortalidad en la población del país. Para controlar la Tuberculosis se requieren de actividades bien organizadas y fundadas sólidamente en normas técnicas precisas, con una base científica clara, se trata además de tareas permanentes, que exigen un esfuerzo intenso y prolongado y no de acciones esporádicas, los cuales se deben básicamente a la gran amplitud del reservorio humano y animal del bacilo y la cronicidad de la infección y de la enfermedad tuberculosa. Los objetivos deben considerarse inmediatos que son: evitar la primoinfección natural e interrumpir la cadena de transmisión y el objetivo final es disminuir las tasas de morbimortalidad y de esta manera alcanzar en control de la enfermedad. Las actividades deben de realizarse durante el cumplimiento del programa son: Vacunación con BCG, búsqueda de casos y tratamiento, educación para la salud, adiestramiento e investigación. (5).

Se hizo un estudio de 50 individuos de ambos sexos en el Hospital General de México, todos diagnosticados como tuberculosos, de los cuales 27 eran varones y el resto mujeres. Pertenecían todos ellos a un sustrato socio económico cuyas características los colocaban en situación de inferioridad social. Esto puede explicarse por su bajo nivel de escolaridad, de ocupación y correlativamente de menor capacidad económica que a su vez indica promiscuidad lo que puede ser un factor desencadenante y característico de los enfermos tuberculosos.

Por otro lado es importante señalar que el paciente tuberculoso sufre de dependencia psíquica. Esta depresión puede explicar el porqué del comportamiento anormal del tuberculoso, observado a través de su tratamiento y a través de actitudes mostradas por encuestas psicológicas.

Esta depresión lo diferencia claramente, observándose que estas características psiquiátricas, corresponden a una depresión neurótica y por lo tanto, además de su problema de tuberculosis debe de tratarse como psiquiátrico.

Por lo tanto, la etiología de su depresión, pese a que en ocasiones se ha considerado un sustrato orgánico, dado las similitudes socio --

económicas observadas como diferenciales, respecto a otros enfermos no tuberculosos podemos casi afirmar que estas son las causantes del cuadro depresivo, ya que impiden la confrontación de su enfermedad por desventaja que significa ante el stress de la infección pulmonar. Además corresponde a las entradas en sujetos deprimidos mentales, -- que difieren a su vez de poblaciones psíquicamente normales. Es decir la menor escolaridad el menor ingreso económico y las limitaciones laborales parecen ser comunes denominadores de la producción de las alteraciones psíquicas en nuestro medio.

Finalmente debemos consignar la necesidad de trabajo conjunto de Neumología y Psiquiatría para la remoción integral de estos problemas, que ante la evidencia de los datos expresados anteriormente.

Ya que la ayuda del fármaco antidepressivo en los pacientes tuberculosos crónicos por un lado previenen complicaciones psicológicas y por otro lado la deserción o el rechazo de la atención médica (2).

CAPITULO II

OBJETIVO GENERAL DEL ESTUDIO

JUSTIFICACION:

Teniendo en conocimiento a la Tuberculosis como una de la enfermedades que han azotado a la humanidad desde tiempos muy remotos, - por lo que fué motivo de diversos estudios por un sin fin de investigadores, y que gracias al esfuerzo de todos ellos, pues siendo enfermedad tan compleja es ahora bien comprendida.

En la actualidad es de gran preocupación de los organismos de salud como son la OMS y la OPS, el de lograr un diagnóstico temprano, - un tratamiento adecuado y oportuno, pero de mas y vital importancia - el de lograr una prevención, ya que contando con todos los medios necesarios tanto materiales como humanos, serfa el de encontrar un índice de menor morbilidad y mortalidad al actualmente registrado.

La razón de estudio fué que después de revisar los archivos de Medicina Preventiva en el Departamento de Epidemiología, nos dimos cuenta que del total de pacientes tuberculosos aproximadamente un 25% de estos pacientes no se tenían control de ellos, ya que no acudían a consulta externa de Neumología desconociéndose su paradero, causa que nos motivó a tratar de conocer mas a fondo los motivos o razones que propiciaron el abandono a su tratamiento.

Tomando en cuenta a ésta enfermedad como de las infectocontagiosas de alto riesgo de transmisión, tanto para los familiares como - - otros convivientes, se investigó domicilio, para hacer encuestas personales como familiares para así conocer sus diferentes puntos de vista sobre esta enfermedad.

Además que por su extensión y sus consecuencias la Tuberculosis ya no sólo es problema médico sino que tiene sus repercusiones sociales, nos podemos adelantar a las conclusiones que es una enfermedad de la clase baja, con bajo nivel de vida, hábitos higiénicos y dietéticos deficientes y por lo tanto con menor capacidad de defensa contra la enfermedad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tomando en cuenta a ésta enfermedad como las de alto riesgo de transmisión en nuestro país y que aún no se ha podido llevar un buen control epidemiológico, vemos que después de revisar los archivos de Medicina Preventiva, un porcentaje de pacientes diagnosticados como Tuberculosos abandonan su tratamiento antituberculoso por diversas causas, tanto familiares como personales y algunas otras.

HIPOTESIS

En el abandono del tratamiento por parte del paciente tuberculoso encontramos que hay una serie de factores, tales como enfermedades mentales, alcoholismo e ignorancia de su padecimiento que en determinado momento los llevan a suspender su tratamiento y por consecuencia un mal control de éste.

CAPITULO III

ORGANIZACION DEL TRABAJO

Se trata de un estudio retrospectivo y sincrónico realizado en la Clínica Hospital General de Zona con Medicina Familiar No 1, de -- Morelia, Mich., donde se revisaron las TACS de los pacientes tuberculosos registrados en el periodo del 1o. de enero al 30 de junio de 1983.

CAPITULO IV

FUENTES DE INFORMACION

Para la elaboración del presente trabajo, fué necesario consultar:
Departamento de Medicina Preventiva,
Archivo Clínico,
Domicilio de los pacientes tuberculosos investigados.

Documentos:

TACS de pacientes registrados como tuberculosos,
Expediente Clínico.

CAPITULO V

MATERIAL Y METODOS

RECURSOS HUMANOS:

Colaborador: Dr. Jaime López Rivera. Jefe del Departamento de Medicina Preventiva de la Clínica Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 de Morelia, Mich.

Asesor: Dr. Guillermo Bravo Moreno. Neumólogo de la Clínica Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 de Morelia, Mich.

Investigador: Dr. Alejandro Huerta Paniagua. Residente de 2o. año de la Especialidad de Medicina Familiar con sede en Morelia, Mich.

RECURSOS MATERIALES:

Se tomaron de los archivos de Medicina Preventiva a los pacientes tuberculosos que no estaban bajo control, que abandonaron su tratamiento por diversas causas, ya fueran personales o de cualquier otra índole.

El Universo de trabajo fué el de 121 pacientes tuberculosis, de éstos se tomó la selección de la muestra que fueron 35 que no tenían control de su tratamiento en la ciudad de Morelia, Mich.

El tiempo empleado en la investigación fué del 7 de octubre de 1983 al 9 de enero de 1984.

a) 7 de octubre, se recolectaron datos de los pacientes por medio de los expedientes clínicos del Departamento de Epidemiología de Medicina Preventiva.

b) 8 de octubre al 8 de noviembre, se recolectaron datos del paciente y de sus familiares, con visitas domiciliarias de 1 a 2 horas diarias.

c) 9 de noviembre al 8 de diciembre se utilizaron para manejo estadístico y tabulaciones de datos obtenidos.

d) 9 de diciembre al 30 de enero, conclusiones y entrega de tesis.

CRITERIOS DE INCLUSION:

1. - Pacientes tuberculosos sin control de su tratamiento.
2. - Qué fueran residentes de la ciudad de Morelia, Mich.
3. - Pacientes tuberculosos de los 2 a los 80 años,
4. - Pacientes asegurados en el IMSS.
5. - Pudieran localizarse.
- 6.- Que compararan con el investigador.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

1. - Pacientes tuberculosos en control.
2. - Pacientes tuberculosos no residentes de la ciudad de Morelia, - Mich.
3. - Pacientes suberculosos no asegurados del IMSS.

Se realizaron visitas a domicilio en las que se aplicaba un cuestionario al paciente en que se contemplaban los siguientes aspectos: sexo - edad, ocupación, escolaridad, estado civil, causas de la suspensión de su tratamiento y opinión de la enfermedad que padecen.

El cuestionario a alguno de los familiares incluía; parentesco, escolaridad, ocupación, opinión de la enfermedad y motivo del abandono - del tratamiento,

Este cuestionario se anexa al final del trabajo.

CAPITULO VI

RESULTADOS

CUADRO 1

TOTAL DE PACIENTES TUBERCULOSOS REGISTRADOS

GRUPO DE EDAD	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	%M	%H	TOTAL%
2 - 9	2	6	8	1.65	4.95	6.60
10 - 19	5	2	7	4.13	1.65	5.78
20 - 29	5	5	10	4.13	4.13	8.26
30 - 39	10	14	24	8.26	11.57	19.83
40 - 49	15	12	27	12.39	9.91	22.30
50 - 59	9	18	27	7.43	14.82	22.25
60 - 69	6	6	12	4.95	4.95	9.90
70 - 79	4	2	6	3.30	1.65	4.95
TOTAL:	56	65	121	46.24	53.72	99.87

FUENTE: ARCHIVO DE MEDICINA PREVENTIVA
1983.

CUADRO 2

PACIENTES SIN CONTROL DE TRATAMIENTO

GRUPO DE EDAD	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	%M	%H	TOTAL
2 - 9	2	-	2	5.71	-	5.7
10 - 39	2	3	5	5.71	8.57	14.2
40 - 49	-	2	2	-	5.71	5.7
60 - 69	9	9	18	25.71	25.71	51.4
70 - 79	3	5	8	8.57	14.28	22.8
TOTAL	16	19	35	45.70	54.28	99.9

CUADRO 3

	E S C O L A R I D A D					
	MUJERES	HOMBRES	%M	%H	TOTAL	% TOTAL
SECUNDARIA	1	1	4	4	2	8
PRIMARIA INCOMPLETA	3	7	12	28	10	40
PRIMARIA COMPLETA	2	6	8	24	8	32
NO ESCOLARIDAD	5	0	20	-	5	20
TOTAL:	11	14	44	56	25	100

+ FUENTE: ENCUESTA PERSONAL

1983.

CUADRO 4 O C U P A C I O N

OCCUPACION	HOMBRES	MUJERES	%H	%M	TOTAL	TOTAL %
ESTUDIANTES	1	1	4	4	2	8
HOGAR	-	10	-	40	10	40
DIVERSOS	13	-	52	-	13	52
TOTAL	14	11	56	44	25	100

FUENTE: ENCUESTA PERSONAL 1983

CUADRO 5 ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	HOMBRES	MUJERES	%H	%M	TOTAL	TOTAL%
CASADOS	6	4	24	32	14	56
SOLTEROS	3	6	12	24	9	36
VIUDOS	2	-	8	-	2	8

FUENTE: ENCUESTA PERSONAL 1983.

CUADRO 6 CAUSAS DE ABANDONO

CAUSA	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%H	%M	TOTAL %
FALLECIERON	3	5	8	8.57	14.28	22.85
NO SEGURO	2	4	6	5.71	11.42	17.13
MOTIVOS PERS.	8	3	11	22.85	8.57	31.42
NO SE LOCALI- ZARON	5	5	10	14.28	14.28	28.56
TOTAL	18	17	35	51.41	48.55	99.96

FUENTE: ENCUESTA PERSONAL 1983.

En relación al inciso 8 de que si habfan encontrado beneficio alguno. Todos refirieron que sí obtuvieron beneficio, motivo en parte del abandono del tratamiento.

En relación al inciso 9 de que si sabfan el riesgo que podía causarle la suspensión del tratamiento a ellos y a sus familiares. Al encontrarse beneficio alguno y de la disminución de sus síntomas pen saban que no había riesgo alguno para ellos y para los familiares.

En relación al inciso 10 en que se refiere que la enfermedad les causaba. Todos concluyeron en que sí les causaba depresión, verguenza, aislamiento.

En relación al inciso 11 que se refiere que si alguno de los convivientes era tosedor crónico o había sido diagnosticado tuberculoso. Refirieron que no y en relación a la prueba de contactos se ignora resultados.

CUESTIONARIO FAMILIAR:

Se realizaron 25 cuestionarios a los familiares; entre los que se contaron 14 esposas con 56%, 10 madres con 40% y una abuela con 4%.

PARENTESCO	NUM.	%
ESPOSA	14	56
MADRE	10	40
ABUELA	1	4

La escolaridad fue de 20 con primaria incompleta con 80%, los 5 restantes no sabfan leer ni escribir con un 20%.

ESCOLARIDAD	NUM.	%
PRIMARIA INCOMPLETA	20	80
NO ESCOLARIDAD	5	20

La ocupación de todas correspondía a labores del hogar.

Todos sabfan de la enfermedad, pero no temfan ser contagiados.

Las relaciones si se vieron afectadas, ya que sí les daba preocupación.

CAPITULO VII

DISCUSION

En base a los resultados obtenidos de los cuestionarios aplicados a los pacientes tuberculosos sin control, así como a sus familiares, encontramos;

Como primera causa, un rechazo al tratamiento por ser de duración prolongada, y la gran cantidad de fármacos diarios que se tienen que ministrar.

Los efectos secundarios de los medicamentos predisponen al paciente tuberculoso a suspender el tratamiento por iniciativa personal, sin tomar en consideración a su médico tratante.

Debido a la mejoría clínica que experimentan en forma importante estos pacientes durante los primeros días del tratamiento, ocasionan el abandono voluntario del tratamiento por desconocimiento del plan terapéutico a seguir (dosis y duración).

RECOMENDACIONES:

Tomando en cuenta como otro factor de suspensión del tratamiento por cuestiones laborales, debido a que no favorece de un ambiente propicio para la administración adecuada de los fármacos, el investigador recomienda sean incapacitados por el tiempo necesario, ya que por un lado necesitan del reposo y por otro lado para que no haya motivos que los obliguen a suspender su tratamiento.

Consideramos la necesidad de entablar pláticas con el núcleo familiar donde se desenvuelve el paciente, buscando un adecuado medio para llevar a cabo la obtención de resultados satisfactorios de estos casos.

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES

En base a los datos obtenidos. Encontramos que la población de pacientes tuberculosos fué mayor en los grupos de edades de 30 a 60 años, ocupando un 70% de la población total. Los grupos de población menores los encontramos en los grupos de edades de 2 a 20 años, compatible, ya que los programas de control de la tuberculosis de 20 años a la fecha se han incrementado así como la presencia de la aplicación de medidas preventivas como la BCG en todos los menores de edad.

El grupo fué mayor en hombres que en mujeres con una diferencia más o menos del 13%.

Entre el grupo de los que no llevan control se encontró un 28% de la población total y las edades correspondieron al grupo de 60 a 69 años siéndo en porcentaje igual en hombres y mujeres.

En relación a la escolaridad el mayor porcentaje ocurrió entre aquellos que sólo habfan cursado primaria incompleta y los de no escolaridad casi en un 90%. Siéndo un porcentaje muy parejo entre hombres y mujeres.

En relación a la ocupación, encontramos un porcentaje del 40% dedicadas a las labores del hogar, siéndo todas mujeres y el 52% fueron de hombres dedicados a diversas actividades.

El estado civil en su mayoría casados un 56%, los solteros fueron en 36%.

Las causas de abandono ocuparon un 28% de la población total de tuberculosos. Y las que ocuparon el mayor porcentaje fueron las causas de motivos personales en un 31.42%.

Todos coincidieron en haber encontrado beneficio alguno, no sabfan de riesgos para ellos o sus familiares y cursaron con depresión, vergüenza y aislamiento.

En el cuestionario familiar encontramos que la entrevista que se

aplicaron fueron en la mayoría a las esposas y a las madres, la escolaridad predominó en primaria incompleta y no escolaridad, la ocupación de todas correspondía al hogar. Todos conocían de la enfermedad pero no temían ser contagiadas y las relaciones sí se vieron afectadas ya que era motivo de preocupación en todas ellas.

R E S U M E N

1. - Nace durante mi formación de post-grado, la necesidad de conocer las causas que motivan el abandono al tratamiento antituberculoso en los pacientes tuberculosos, en ésta Institución de Salud (IMSS).

2. - Durante el Segundo Semestre de 1983, elaboré un protocolo de Investigación, así como la solicitud correspondiente ante el Instituto para su autorización.

3. - Propuse un estudio retrospectivo, sincrónico, local, en donde se aplicó un cuestionario tanto personal como familiar en donde se contempló: sexo, edad, ocupación, escolaridad, estado civil, causas del motivo del abandono del tratamiento y opinión de la enfermedad.

4. - Este cuestionario se aplicó a 25 pacientes y 25 familiares residentes de esta ciudad.

5. - Obteniendo como resultado, situaciones adversas como escolaridad mínima o nulas, ocupaciones con bajo ingreso económico. No teniendo la suficiente información de la enfermedad.

CAPITULO IX

BIBLIOGRAFIA

1. - Alcalá, V: La Tuberculosis Pulmonar. Aportaciones Médicas. Ed. Interamericana, México 1970.
2. - Lara, A y Ramirez J: Indices de Depresión en los enfermos con Tuberculosis Pulmonar. Salud Pública de México. Volumen 16, - México 1974.
3. - Pacheco, Carlos: Programa Nacional Contra la Tuberculosis. Salud Pública de México. Volumen 20, México 1978.
4. - Pacheco, C: Programa Nacional Contra la Tuberculosis. Gaceta Médica de México. Volumen 114, México 1978.
5. - San Martín, H: Salud y Enfermedad. Prensa Médica Mexicana. Cuarta Edición, México 1981.

CUESTIONARIO

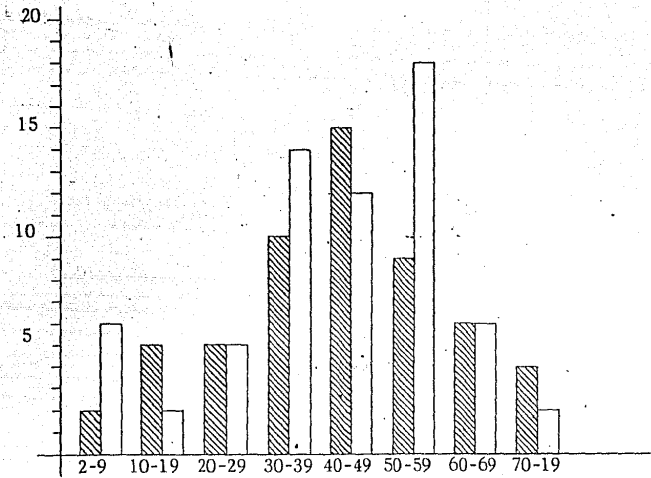
FAMILIAR:

1. - Parentesco.
2. - Escolaridad.
3. - Ocupación.
4. - Conoce la enfermedad que padece el paciente. Sí - No.
5. - Teme sea contagiado. Sí - No.
6. - Ha visto afectada sus relaciones con el paciente por causa de su enfermedad. Sí - No.
7. - La enfermedad que padece el paciente le causa: a) Vergüenza
b) Temor c) Rechazo d) Otras: Cuáles.

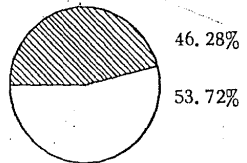
NO SE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

A N E X O S

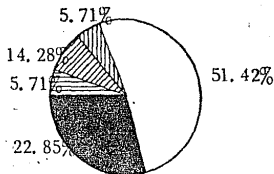
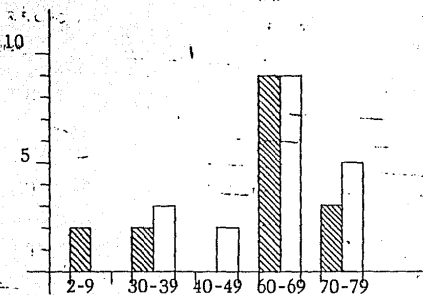
(1) TOTAL DE PACIENTES TUBERCULOSOS










■ mujeres
□ hombres

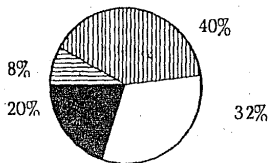
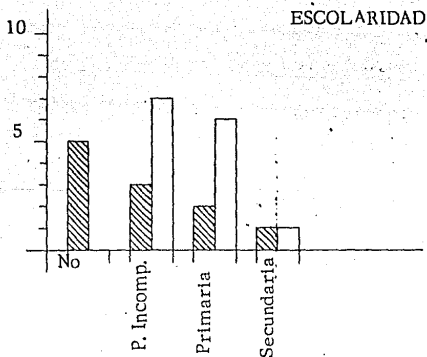




(2) PACIENTES SIN CONTROL DE TRATAMIENTO







 mujeres
 hombres

 2-9
 40-49
 30-39
 60-69
 70-79

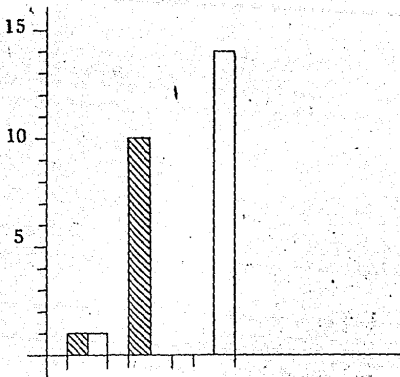




 Mujeres
 Hombres

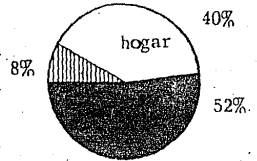
 Secundaria
 Primaria Incompleta.
 Primaria
 No Escolaridad.




(3)

OCUPACION



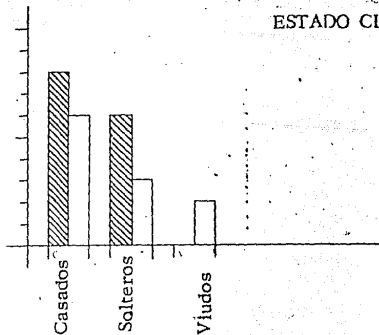
 Mujeres
 Hombres





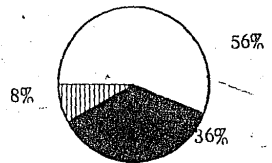
 Estudiantes
 Hogar
 Diversos




10

ESTADO CIVIL

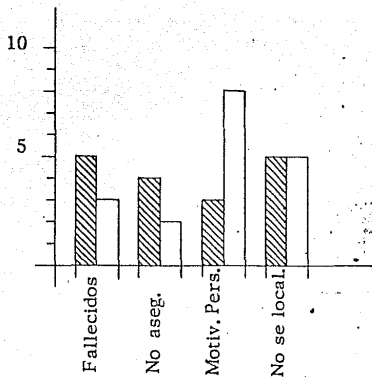


 Mujeres
 Hombres



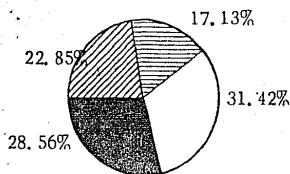
 Viudos
 Casados
 Solteros

(4) CAUSAS DE ABANDONO



▨ Mujeres

□ Hombres



▨ Fallecidos

▨ No Asegurados

□ Motivos personales

■ No se localizaron