

11226  
2ej  
93



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

División de Estudios de Postgrado  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
Delegación Veracruz Sur  
Hospital General de Zona No 8  
Con Unidad de Medicina Familiar No. 61  
H. Córdoba, Ver.

"RESPUESTA DE LA POBLACION TEMPORAL Y  
ESTACIONAL TUBERCULOSA AL TRATAMIENTO  
ANTIFIMICO EN LA UMF No. 61"

## TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

P R E S E N T A :  
DR. FRANCISCO FERIA RAMIREZ



H. Córdoba, Ver.



1985



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 está 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.

INDICE

- 1.-Introducción
- 2.-Antecedentes Científicos
- 3.-Planteamiento del problema
- 4.-Objetivos
- 5.-Hipótesis
- 6.-Material y Método
- 7.-Resultados (demostración en cuadros)
- 8.-Comentarios
- 9.-Conclusiones
- 10.-Bibliografía

T I T U L O

"RESPUESTA DE LA POBLACION TEMPORAL Y ESTACIONAL  
TUBERCULOSA AL TRATAMIENTO ANTIFIMICO EN LA UMF  
No. 61"

## I N T R O D U C C I O N

En nuestro país la Tuberculosis Pulmonar continúa siendo un gran problema de salud pública, considerando que hasta 1980 ocupaba el 16 avo., lugar dentro de las primeras veinte causas de morbilidad y mortalidad a nivel nacional y con respecto al Estado de Veracruz, actualmente ocupa el primer lugar en reportar las cifras más altas de casos nuevos durante el año de 1983 sin que hasta el momento actual, se haya logrado controlar la enfermedad de manera significativa, a pesar de las campañas contra su erradicación, encontrándose dentro de las causas de este descontrol un gran número de pacientes desertores a los tratamientos ya sea por que desconocen su enfermedad y complicaciones o por que el médico familiar omitió o no fué claro en las indicaciones médicas que son tan importantes para todo paciente tuberculoso.

La tuberculosis es un padecimiento que no respeta edad, -- sexo ni raza siendo cualquier persona susceptible.

Si bien desde el descubrimiento del *Micobacterium* por Koch

en 1884 y el tratamiento en 1944 por Waksman con un antibiótico de fácil manejo, se han modificado notablemente las estadísticas de morbimortalidad y aún sigue siendo como anteriormente se comentó una de las causas de deterioro del ser humano.

La tuberculosis progresiva a veces no origina síntomas -- que puedan ser advertidos por el médico o el enfermo. La infección mortal en potencia, quizá durante largo tiempo evolucione con aparente salud, ésto hace de la tuberculosis un proceso -- mórbido que todavía reclama sus víctimas en sociedades civilizadas preocupadas por la salud pública y en la que casi está -- logrando el exterminio de otras enfermedades más fáciles de reconocer.

Sería un gran adelanto para dominar la tuberculosis que -- todo médico supiera que puede existir en forma activa sin provocar manifestaciones sintomáticas y que, al aparecer éstas, -- el padecimiento tal vez ya sea incurable. Es por ello que la -- labor del médico familiar que entra en contacto con la familia considerada como la célula de la sociedad, sepa orientar , educar y motivar cambios en los hábitos higiénico-dietéticos; para que este padecimiento pueda si no ser erradicado totalmente si sea detectado oportunamente y disminuya la morbilidad y -- mortalidad del mismo. (1-2)

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de la tendencia descendente de los indicadores -- epidemiológicos, la tuberculosis todavía constituye un problema de salud pública en el país que requiere prioridad de atención.

El 20% de la población de la República Mexicana por su -- dispersión e inaccesibilidad a las vías de comunicación no han recibido los beneficios de las instituciones de salud.

Los estados de la República Mexicana que presentan cifras más altas son : los de la frontera norte, los del litoral del Golfo partiendo del norte hasta Tabasco y los del litoral del Pacífico sur, especialmente Chiapas.

Por las condiciones socioeconómicas que privan en nuestro estado en las cuales la ignorancia, la promiscuidad y la miseria son pilares en los que se sostiene la alta incidencia de la enfermedad. En la actualidad se dispone de diversas medidas preventivas, diagnósticas y terapéuticas de comprobada eficacia y bajo costo para el control de la enfermedad.

Por todo lo anterior expuesto y por lo que observé en la U.M.F. No. 61 de Córdoba, Ver. durante la consulta externa correspondiente a temporales y estacionales, la mayoría de este tipo de pacientes tuberculosos se encuentran en edad productiva de la vida y que tanto ellos como sus familiares desconocen la evolución clínica de la enfermedad así, como las complicaciones al desertar los enfermos del tratamiento establecido o hacer caso omiso de las indicaciones médicas que le fueron da-

das a conocer al inicio de su terapéutica.

Al avanzar y complicarse el padecimiento es en ocasiones necesario la intervención y manejo del servicio médico del segundo nivel e inclusive en casos hasta del tercer nivel tan solo por desconocimiento del padecimiento o irresponsabilidad -- del paciente, trayendo como consecuencia desequilibrio en el -- aspecto físico, económico y social del paciente y núcleo familiar.

Es por ello que motivado por esta situación que se vive -- día a día se llevó acabo este estudio, considerando fundamen-- talmente que el éxito de toda terapéutica radica en el médico quien tiene la obligación hasta donde sea posible de estable-- cer una buena relación médico-paciente, impartir educación hi-- giénico dietética, orientar y motivar para que no se abandone el tratamiento establecido. A los familiares del enfermo moti-- varlos para que nos ayuden a lograr los objetivos que se han-- planeado, ya que de no ser así, las repercusiones de la enfer-- medad en la vida del enfermo, de sus relaciones interfamilia-- res por su mismo problema patológico tendrán como resultado un mal pronóstico para el paciente. Por tal motivo pensamos que -- las acciones generadas por el médico familiar este tipo de ca-- sos es de vital importancia para culminar con éxito lo planea-- do por él.

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La Tuberculosis Pulmonar, es un padecimiento tan antiguo como la vida misma, se han aislado Micobacterias extraídas del suelo que estan 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 enfermo tose a menudo, su esputo es espeso y a veces contiene sangre, su respiración suena como una flauta, su piel esta fría, pero sus pies estan calientes, suda mucho y su corazón muestra profunda alteración-. Esta descripción fué hecha -- por un médico de Babilonia hace tres mil años de lo que clínicamente debió corresponder a un cuadro de tuberculosis.

La típica xifosis producida por la tuberculosis de la columna vertebral (Mal de Pott) ha sido hallada en esqueletos -- del período Neolítico, encontrándosele representada a menudo -- en el arte egipcio, y el estudio de 30 momias descubrió alteraciones óseas de posible origen tuberculoso.

Textos médicos Indostánicos de aproximadamente 1000 años A.C., describen la enfermedad considerada como inmunda e incurable. En sus libros "Las Epidemias", Hipócrates aportó la primera descripción detallada de lo que los griegos llamaron ---- Phthisis, la cual definió como discracia humana conducente a -- la ulceración y supuración de los pulmones. Galeno destacó que la ulceración de los pulmones era la causa de la enfermedad, --

creyendo que los tubérculos pulmonares eran causados por la coagulación de humores corporales y viciados. En el siglo XVII se intentó abordar el problema en forma racional, Francois de la Boe, definió acertadamente la relación entre la tuberculosis pulmonar y escrófula.

Richard Morton en su famosa Phthisiología (1689) confirmó este hallazgo clasificando la tuberculosis en estadios y estableció regímenes para cada uno de ellos. Las escuelas italianas de medicina, sostenían que la tuberculosis era contagiosa; las francesas que eran de origen endógeno.

En el siglo XVIII la enfermedad alcanzó su máxima incidencia en Europa.

El primer estudio intensivo de la tuberculosis fue titulado Recherches sur la Phtisie Pulmonar publicado en 1810 para Gaspar Laurent Boyle, fué el primero en relacionar la tuberculosis pulmonar con la de otros órganos. Laennec con su descubrimiento del estetoscopio permitió un gran progreso en el estudio clínico de la enfermedad, ambos Laennec y Boyle contrajeron la tuberculosis.

En el siglo XVIII y en la primera mitad del XIX, "La peste Blanca" se vió rodeada de una aura romántica. Mucha gente famosa padeció esta enfermedad, la cual se creía atacaba con mayor frecuencia a los individuos de una gran sensibilidad o de una inteligencia excepcional, Alejandro Dumas en la Dama de las Camelias, Mozart, Chopin, Goethe y Keats.

En la segunda mitad del siglo XIX, el romanticismo cedió al realismo y el sentimentalismo se vió desplazado ante el espectáculo de millones de personas que trabajaban largas horas en condiciones higiénicas deplorables y vivían en los barrios-pobres, focos de infección y enfermedad.(3)

Los descubrimientos de Pasteur inspiraron una extensa búsqueda de un posible germen de la tuberculosis. Villemin en su trascendental *Etudes sur la Tuberculose* (1868) y en estudios posteriores sostuvo que la enfermedad si se originaba espontáneamente en seres humanos y animales como resultado de la herencia, condiciones atmosféricas o medio ambiente pobre.

En la oficina Imperial de Sanidad Pública de Berlín, el hijo de un ingeniero de Minas Prusiano se hallaba estudiando el problema. Había ganado la plaza por su famoso trabajo sobre el bacilo del Antrax; ahora se concentraba con el material infeccioso suministrado por el Hospital de la Charite, ensayando numerosas combinaciones de tintes. Después de tres años de trabajo y 270 experimentos infructuosos logró aislar un delgado organismo en forma de bastoncillo que consiguió cultivar en suero de sangre de ganado.

El término tuberculosis parece haber sido creado por el clínico alemán Johann Lukas Schoenlin en 1839, si bien los términos más antiguos de consunción y tisis siguieron en uso hasta finales del siglo pasado. La primera movilización contra la tuberculosis en los Estados Unidos fué la formación en Filadelfia en 1892 de la Sociedad para la prevención de la tuberculo-

sis auspiciada por el Dr. Lawrence F. Fick, tenía como propósito educar al público acerca de la contagiosidad del mal. En 1904 se fundó la National Association for Study and Prevention of Tuberculosis.

En 1921 el médico Charles Albert Calmette y el veterinario Camille Guérin anunciaron haber producido una vacuna a base de bacilos tuberculosos atenuado. Había nacido la vacuna B.C.G.

En 1929 de 252 niños vacunados con BCG en Lübeck Alemania murieron 71 y 27 contrajeron la enfermedad. A pesar de descubrirse que el fracaso se debió a contagio en el laboratorio, la vacuna sufrió el estigma por muchos años.

Actualmente la vacuna es obligatoria en muchos países.

Durante 2,500 años los intentos del hombre para combatir la tuberculosis han descrito un círculo completo. Hipócrates recomendó el descanso y una dieta sana, siguió la era de las drogas y los menjerges que, a su vez fué seguida por el régimen de descanso, aire y dieta, desplazado de nuevo por la era de las drogas.

Hasta la mitad del siglo XIX se probó todo lo imaginado en el tratamiento de la tuberculosis : aguas minerales alcalinas, palo santo, sazafrán, mercurio, baños fríos, quinina. Durante la era "Vampiro" de la medicina se trataba al paciente con sangrías, extrayéndole en ocasiones 8 onzas dos o tres veces por semana.

La primera recomendación sensata fué ofrecida por un médico rural inglés llamado George Bodington, al recomendar en --- 1840 que los enfermos fueran apartados de las condiciones higiénicas desfavorables e ingresados en pequeños hospitales donde se les podían proporcionar los cuidados necesarios y consistentes en ejercicios y aire puro, fué el origen del concepto del reposo sabatorial que dominaría la tisiología. En la década de 1880 el cirujano italiano Carlos Forlanini, realizó por primera vez la operación del neumotórax artificial que también fué efectuada independientemente por el cirujano John B. Murphy de E.U.A. durante los años 30 los perfeccionamientos quirúrgicos incluyen el neumoperitoneo y la toracoplastia. Un procedimiento posterior fue la resección quirúrgica. Durante la primera fase de la quimioterapia fué en 1944 cuando Schatz, Bigie y Waksman, descubrieron la estreptomocina, posteriormente se combinó con el ácido paraaminosalicílico (P.A.S.) y la Isoniácida.

Durante las décadas pasadas otras sustancias tales como la Clolocerina, Viomicina, Isoxul-C-P, Ethambutol y Rifampicina han enriquecido el arsenal terapéutico. ( 4,5,6 )

H I P O T E S I S

" EL CUMPLIMIENTO A LAS INDICACIONES MEDICAS  
SON CAUSA DE CURACION DE LOS ENFERMOS DE -  
TUBERCULOSIS EN LA POBLACION "

OBJETIVOS

- 1.-Conocer la actitud del paciente temporal y estacional del campo, frente al tratamiento antifímico.
- 2.-Que todo paciente tuberculoso conozca su enfermedad y la importancia de los estudios de laboratorio y gabinete.
- 3.-Lograr actitud adecuada en el paciente tuberculoso y su familia, creando conciencia de que es un padeci -- miento curable, si coopera adecuadamente con el trata miento.
- 4.-Descubrir el tiempo promedio de positividad del bacilo en pacientes temporales y estacionales con el tratamiento antifímico instituido.

MATERIAL Y METODO

Para realizar este estudio se tomó como universo de trabajo a los pacientes de carácter temporal y estacional tuberculosos detectados o diagnosticados por: baciloscopías positivas, clínicamente y con imágenes sugestivas de proceso fímico activo que acudieron a la U.M.F No. 61 en el mes de julio de 1983- y que fueron un total de ocho pacientes, a los cuales se les siguió la evolución de su enfermedad durante doce meses, finalizando dicho estudio en julio de 1984.

En este trabajo se incluyeron pacientes vírgenes y de recaída, instituyéndoseles tratamiento de larga duración (un año) con antifímicos de primera y segunda elección dependiendo del caso.

El esquema medicamentoso fue a base de:

ESTREPTOMICINA.- 1 Gr. Pco. Amp. I.M. durante 45 días y después 1 Gr. I.M. dos veces por semana durante ocho meses. (En caso de intolerancia a la Estreptomycin se sustituiría por -- Tiacetazona Tabl. de 150 Mg. a razón de 2-3 Mg/Kg/24 Hrs. V.O. por doce meses sin rebasar 90 Grs. dosis total).

H A I N.-300 Mg. Tabl. 400 Mgs. V.O. en una sólo dosis durante doce meses.

ETAMBUTOL.-400 Mg. Tabl. 1,200 Mgs V.O. en una sólo dosis diariamente durante ocho meses.

### CONTROL DE LOS PACIENTES EN ESTUDIO

A cada uno de los pacientes incluidos en el estudio se les elaboró historia clínica y se les realizó estudio epidemiológico a nivel de Medicina Preventiva.

Se impartieron platicas mensuales a los pacientes y familiares con la finalidad de establecer una buena relación médico paciente y familiares. Se les dió a conocer de una manera sencilla la Historia Natural de la Tuberculosis Pulmonar, los medios preventivos y de la importancia de acudir a las citas médicas, de laboratorio y gabinete, así como de seguir al pie de la letra las demás indicaciones médicas. A los familiares se les hizo notar la importancia que tienen con su intervención motivando a sus enfermos a no abandonar el tratamiento y demás recomendaciones médicas.

Durante el tiempo de estudio se les realizó a los enfermos examen clínico general cada mes para valorar la evolución de su padecimiento o bien para detectar alguna patología agregada. Se llevó control basilosκόpio y radiológico, se vigiló la ausencia o presencia de efectos colaterales de los medicamentos empleados, y se llevo un control de su peso.

Finalmente con el deseo de cumplir con nuestras metas establecidas y de motivar en todo momento al enfermo, se realizaron visitas domiciliarias principalmente a dos de los pacientes que inesperadamente dejaron de acudir por sus medicamentos y sobre todo a las reuniones mensuales.

RESULTADOS

DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTE  
ESTUDIADOS Y CON DIAGNOSTICO DE T.B.P. JU-  
LIO DE 1983 A JULIO DE 1984 EN LA UMF No.  
61 DE CORDOBA, VER.

EDAD	M	S	X	O	P	TOTAL	PORCIENTO
16 años					1	1	12.5 %
27 "	1					1	12.5 %
28 "	1					1	12.5 %
29 "					1 +	1	12.5 %
32 "	1					1	12.5 %
32 "	1					1	12.5 %
41 "					1 ++	1	12.5 %
44 "					1	1	12.5 %
<hr/>							
	5				3	8	100 %

(+).-Paciente problema durante el año de estudio (no tomaba adecuadamente sus medicina.)

(++).-Paciente problema durante el año de estudio (desertor del tratamiento por alcoholismo crónico).

FUENTE DE INF. EXP. CLINICO.

<u>O C U P A C I O N</u>	M	S E X O	F	T O T A L
LABORES DEL HOGAR			3	3
OBRERO	1			1
CAMPESINO	4			4
	5		3	8

<u>E S T A D O C I V I L</u>	M	S E X O	F	T O T A L
SOLTEROS	3		1	4
CASADOS	2		2	4
	5		3	8

D E T E C T A D O S A T R A V E S D E B A C I L O S C O -  
P I A S

<u>B A C I L O S C O P I A S</u>	M	S E X O	F	T O T A L
POSITIVAS	1		2	3
NEGATIVAS	4		1	5
	5		3	8

EL CONTROL BACILOSCOPICO.-Se llevó a cabo al mes, dos meses,-- seis meses y diez meses de instituido el tratamiento, teniendo como resultado que en seis de los pacientes desde el primer mes se hizo negativo, en otro de los pacientes (alcoholico) al mes fué positivo y a los dos meses fué negativo, otro de los - pacientes (no tomaba adecuadamente sus medicamentos) todas las muestras han sido positivas desde el inicio del estudio.

PESO DEL PACIENTE AL INGRESAR AL ESTUDIO Y SU INCREMENTO AL FINALIZAR.

PACIENTE	M	SEXO	F	PESO INICIAL	PESO FINAL
1			1	46 kilos	53 kilos
1 +			1	48 kilos	40 kilos
1			1	30 kilos	42 kilos
1	1			42 kilos	52 kilos
1	1			39 kilos	48 kilos
1	1			50 kilos	59 kilos
1	1			48 kilos	53 kilos
1 ++	1			40 kilos	50 kilos
		5	3		

(+).-Paciente problema durante el año de estudio (no tomaba adecuadamente sus medicamentos) incremento en peso negativo.

(++).-Paciente problema durante el año de estudio (alcoholico crónico)

FUENTE DE INF. EXPEDIENTE CLIN.

EFFECTOS COLATERALES E INTOLERANCIA A MEDICAMENTOS

Desde que se inicio el tratamiento julio de 1983 hasta julio de 1984, no se presentó ningun efecto colateral ni intolerancia a los productos antifímicos empleados, por lo tanto no se comenta nada al respecto.

# ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

PACIENTES QUE ASISTIERON CON SU FAMILIAR A LAS PLATICAS IMPARTIDAS EN LA U.M.F. No. 61 (10 PLATICAS EN TOTAL)

PACIENTE	FAMILIAR	TOTAL DE PERSONAS	NUMERO DE PLATICAS ASISTIDAS.
1	1	2	7 Pláticas
1	1	2	8 "
1	2	3	8 "
1	1	2	9 "
1	---	1	8 "
1	1	2	8 "
1 +	1	2	6 "
1 ++	2	3	6 "
<hr/>			
8	9	17	

En cada una de las pláticas que tuvimos con los pacientes y familiares, hubo una asistencia promedio de 11-13 personas

(+).-Paciente problema alcoholico.

(++).-Paciente problema (no toma adecuadamente sus medicinas.)

LESIONES RADICOLÓGICAS SUGESTIVAS O COMPATIBLES CON T.B.P. AL -

<u>INICIO DEL ESTUDIO.</u>	<u>MAS.</u>	<u>PEM.</u>	<u>TOTAL</u>	<u>PORCIENTO</u>
1.-Datos sugestivos de TBP parahiliar y nódulos diseminados en ambos hemitórax.	1		1	12.5 %
2.-Nódulos blandos diseminados y de predominio en lóbulo apical izquierdo.	1		1	12.5 %
3.-Zona parahiliar derecha cavitada con nivel líquido (abscesada) y aumento de densidad en ramificaciones bronquiales derechos y de fibrosis en región basal izquierda.		1	1	12.5 %
4.-Lesiones miliares diseminadas activas en hemitórax derecho y con -- bronquiectasias.		1	1	12.5 %
5.-Datos en relación a TBP miliar activa en ambos hemitórax.	1		1	12.5 %
6.-Zonas de condensación con pérdida del ángulo costofrénico del hemitórax derecho. Imagen sugestiva de -- neumonía basal y derrame pleural.	1		1	12.5 %

CONTINUA....

	<u>MAS.</u>	<u>FEM.</u>	<u>TOTAL</u>	<u>PORCIENT</u> <u>TC</u>
7.-RECAIDA, lesiones diseminadas con destrucción del parenquima parahiliar izquierdo, reactivadas y avanzadas las lesiones.	1	+	1	12.5 %

8.-RECAIDA, Nódulos blandos diseminados en ambos hemitórax, bronquiectasias y datos de bronquitis crónica TBP activa.	1	++	1	12.5 %
---	---	----	---	--------

-----

(+).-Paciente problema no tomaba adecuadamente sus medicamentos.

(++).-Paciente problema alcoholismo crónico

Fuente de información Expediente Clínico (copia fiel de reporte radiológico.)

LESIONES RADIOLOGICAS DEL PARENQUIMA PULMONAR DESPUES DE 12 MESES DE HABER SEGUIDO LA EVOLUCION DEL PADECIMIENTO A LOS 8 PACIENTES EN ESTUDIO.

	<u>MASC</u>	<u>FEM</u>	<u>TOTAL</u>	<u>PORCIENTO</u>
1.-Tórax normal, sólo nódulos calcificados parahiliares de predominio izquierdo.	1		1	12.5 %
2.-T.B.cicatricial apical izquierda, datos de bronquitis y bronquiectasia.	1		1	12.5 %
3.-Congestión bronquial y enfisema mínimo derecho así como fibrosis.		1	1	12.5 %
4.-Caverna cicatricial en lóbulo superior derecho. Imágenes sugestivas basales de bronquiectasia.		1	1	12.5 %
5.-Tórax normal, sólo calcificaciones parahiliares ambos hemitórax.	1		1	12.5 %
6.-Datos de paquipleuritis basal derecha con flagelación mínima -- del ángulo cardiofrénico derecho.	1		1	12.5 %

CONTINUA....

MASC   FEM   TOTAL   PORCIENTO

7.-Paquipleuritis apical izquier-  
da con bronquiectasias y sobredis-  
tención pulmonar basal. Fibrosis-  
en el lóbulo derecho, imágenes de  
bronquiectasia que alterna con --  
imágenes nodulares que sugieren -  
actividad de T.B.P.

1+      1      12.5 %

8.-Fibrosis intersticial con da-  
tos de T.B.P. cicatricial, bron-  
quiectasia y datos de bronquitis-  
crónica.

1++                      1      12.5 %

=====

(+).-Paciente problema (No tomó adecuadamente sus medicamentos  
e hizo caso omiso a las indicaciones médicas, por lo que  
las imágenes radiológicas sugieren TBP activa.

(++).-Paciente problema (alcohólico crónico que ingresó al gru-  
po de Alcohólicos Anónimos a tiempo y con ello se logró culmi-  
nar con éxito al estabilizarse su tuberculosis pulmonar.

COMENTARIOS

Nuestros resultados fueron satisfactorios a pesar de la muestra reducida, ya que al conocer la Historia Natural de la Tuberculosis por los pacientes en estudio, se logró crear en ellos una conciencia positiva al enterarse que su padecimiento era curable si se responsabilizaban de asistir puntualmente a las citas médicas, de laboratorio y gabinete. Tomar ininterrumpidamente su tratamiento medicamentoso y llevar a cabo todas las indicaciones médicas complementarias a su terapéutica, logrando con ello que la tuberculosis se estabilizara.

La tarea no fué nada fácil, pues es importante la relación médico-paciente y en este caso la nuestra fué muy buena; si embargo, tuvimos dos pacientes problema en los cuales vertimos todo nuestro interés por lograr cambios en su actitud y -- que estos fueran positivos, sin embargo no fué así, pues de -- los dos pacientes problema, uno de ellos el femenino no se pudo lograr ningún cambio en su actitud. Sin embargo, ambos casos nos dieron enseñanza que viene a robustecer nuestros conocimientos en beneficio de nuestra población adscrita.

PACIENTE PROBLEMA. - Masculino de 41 años de edad, casado-alcohólico crónico, con datos radiológicos de tuberculosis activa desde 1982 y que en diferentes ocasiones abandona el tratamiento por su problema-alcohólico. Ingresó como recaída en julio de 1983 al grupo de tuberculosos en estudio. A través de nuestras entrevistas mensuales se logró que éste paciente ingresara al grupo de Alcohólicos Anónimos y con ello la modifi-

cación de su conducta y modo de comportarse ante su patología logrando con ello que su tuberculosis se estabilizara.

PACIENTE PROBLEMA.-Femenino de 29 años de edad casada con antecedentes de tuberculosis pulmonar activa desde 1982. No toma adecuadamente sus medicamentos por negligencia, desertando en diferentes ocasiones del tratamiento. Con esta actitud ha ocasionado problemas a sus familiares, sobre todo por su irresponsabilidad ante si misma.

Ingresó en julio de 1983 a formar parte de nuestro grupo de tuberculosos en estudio, después de haber estado en tratamientos diversos interrumpidos con médicos particulares.

A pesar del poco interés por asistir a las entrevistas en la UMF No. 61, no se perdió la oportunidad de orientarla y darle a conocer las complicaciones y repercusiones a que al continuar observando ese comportamiento de indiferencia hacia su padecimiento. Sin embargo a pesar de la labor de convencimiento por parte de sus familiares y en especial de la parte médica, sólo se lograba que la paciente tomara sus medicinas unos cuantos días tal y como se lo habíamos indicado, pero posteriormente lo abandonaba como ya era costumbre de hacerlo.

Este caso fué la excepción en el que no se tuvo el éxito esperado, pero a pesar de todo los esfuerzos realizados para obtenerlo fracasamos, sin embargo este caso nos dejó enseñanza como ya se mencionó en párrafos anteriores y afirmar nuevamente

CONTINUA...

que la relación médico-paciente es fundamental desde la primera entrevista para que el paciente le de importancia a las indicaciones médicas que son básicas en el objetivo planeado.

### CONCLUSIONES

Después de haber realizado el estudio antes mencionado -- llegamos a las siguientes conclusiones:

- 1.-De los ocho pacientes estudiados, en seis de ellos se logró establecer una relación médico-paciente satisfactoria. Un paciente por problemas de alcoholismo crónico, ésta dinámica no fue adecuada en un principio. En la otra paciente desertora de tratamientos en diversas ocasiones ya referida en los comentarios anteriores debido a su cronicidad de su padecimiento y a resultados irregulares de las terapéuticas anteriores, esto -- condicionó probablemente su falta de colaboración para seguir con el tratamiento indicado.
- 2.-De los ocho pacientes estudiados, cuatro fueron campesinos, por tres amas de casa y un obrero, lo que nos revela que las condiciones socioeconómicas y culturales de los campesinos son desventajosas frente a otro grupo de población, lo que debe -- ser tomado en cuenta por el médico al estudiar o tratar este -- tipo de pacientes.
- 3.-En cuanto al estado civil, éste no afectó en nada el curso del tratamiento.
- 4.-Respecto al porcentaje de asistencia a nuestras pláticas im partidas en la UMF No.61, concluimos, que una vez que escucharon la primera plática se interesaron por conocer la naturale-

za del padecimiento que les aquejaba, así como ello contribuyó como veremos mas adelante a mejorar la evolución natural de su padecimiento, incluso los dos pacientes que presentaron cierta resistencia a este plan de estudio y tratamiento asistieron a mas de 50 % de esas pláticas. También fué posible la participación de familiares de los pacientes, llegando en algunos casos a asistir dos familiares con el enfermo lo que consideramos -- bastante positivo, ya que depende de la participación solidaria del núcleo familiar que el enfermo tuberculoso no abandone el tratamiento y lo siga en forma adecuada según las indicaciones médicas.

Fue notable el cambio de actitud de los enfermos lo cual reflejó en una mejoría de su estado general tomando el caso de un paciente que al inicio del estudio pesaba 30 kilos y al término del mismo llegó a pesar 42 kilos. Esa mejoría fué reflejada también clínicamente por la disminución y en algunos casos la desaparición de la sintomatología respiratoria. Igualmente como se pudo observar en las tablas correspondientes las lesiones radiológicas observadas al inicio del estudio se modificaron hacia la mejoría al final de dicho estudio.

Desde el punto de vista del tratamiento, fundamentalmente fue bueno ya que siete pacientes de los ocho que fueron, lograron que se estabilizara su tuberculosis pulmonar.

Por todo lo anterior comprobamos nuestra hipótesis enunciada de que si el enfermo sigue las indicaciones médicas en forma adecuada, éste puede llegar a la curación total.

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

- 1.-Carlos R.P.; Somolinos P.J: Con motivo del Centenario del descubrimiento del Bacilo de la Tuberculosis. Salud Pública de México. Vol XXIV. No.3 Mayo-Junio 1980.(231-240)
- 2.-Lee, B.R; Reynard, J.Mc. D: Tratamiento práctico y Control de la Tuberculosis. Clínicas Médicas de Nte. América. Edit. Interamericana 1979 .By WB Saunders Company Philadelphia - -- (1180-1203)
- 3.-Carlos P. Francisco M: A cien años del descubrimiento del bacilo tuberculoso. Dirección General de Control de la Tuberculosis y de las enfermedades del Apto. Respiratorio. - Secretaría de Salubridad y Asistencia Inf. 1982 (3-55)
- 4.-Cosio Villegas I: Aparato Respiratorio. Novena Edición 1979 (507-511)
- 5.-Rueda R.D. Carrada B.T. Xelhuantzin: Tuberculosis en niños y adolescentes. Revista Médica del Hosp. Gral. :Sociedad Médica 1982 (72-78)
- 6.-A.J. Galan Haro, R.G. Mendez G.A. Neum. Cirug. Tórax Méx. Vol. 34 1973 (5-7)