

# Tuberculosis Pulmonar

(Revisión de Ingresos por Tuberculosis Pulmonar durante un año en el Hospital "Dr. Raúl Blanco Cervantes.")

Francisco Echeverría Casoria\*

## INTRODUCCION

Durante una larga trayectoria en el tratamiento hospitalario de pacientes con tuberculosis pulmonar, me ha llamado poderosamente la atención el hecho de que, en los últimos años, una gran cantidad de pacientes reingresan a nuestra Institución con una exacerbación de su padecimiento. Es posible que la tendencia moderna de acortar el tratamiento hospitalario en este tipo de enfermedad, tenga alguna relación con el fenómeno anotado anteriormente. Sin embargo, me inclino más a creer que el problema radica principalmente en la interrupción del tratamiento ambulatorio y de los controles periódicos que el paciente debe seguir al salir del Hospital. Observamos cómo en el Sanatorio Carlos Durán, en donde tuve oportunidad de iniciar mis actividades en el año 1956 en la rama de Neumotisiología, era requisito indispensable que las baciloscopías por B.K. fueran negativas por lo menos durante seis meses consecutivos, incluyendo los cultivos correspondientes, antes de darle la salida al paciente. Además, se le daba gran importancia al estudio radiológico pulmonar comparativo, así como a la mejoría en el estado general del enfermo; ambas cosas han pasado a un segundo plano en la actualidad. Como tiempo aceptable en la conversión del esputo dentro del hospital, actualmente se consideran como suficientes solamente tres meses consecutivos o menos, según el caso. Una conducta semejante a la descrita en el párrafo anterior, se mantuvo durante muchos años en el Hospital Nacional para Tuberculosis. No fue sino hasta hace relativamente poco tiempo, que las cosas comenzaron a simplificarse y los tratamientos hospitalarios empezaron a acortarse en el Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes, de acuerdo con las normas internacionales en el manejo de

la Tuberculosis pulmonar. Ante la situación anotada al comienzo de este trabajo, me puse de acuerdo con el Médico Jefe de Residentes de este Hospital y sus subalternos, para que interrogaran a los pacientes que reingresaban a la Institución, dirigiendo la pregunta en forma clara y específica al hecho que motivaba su reinternamiento, indagando sobre el tratamiento ambulatorio seguido en forma extrahospitalaria, después de habersele dado la salida.

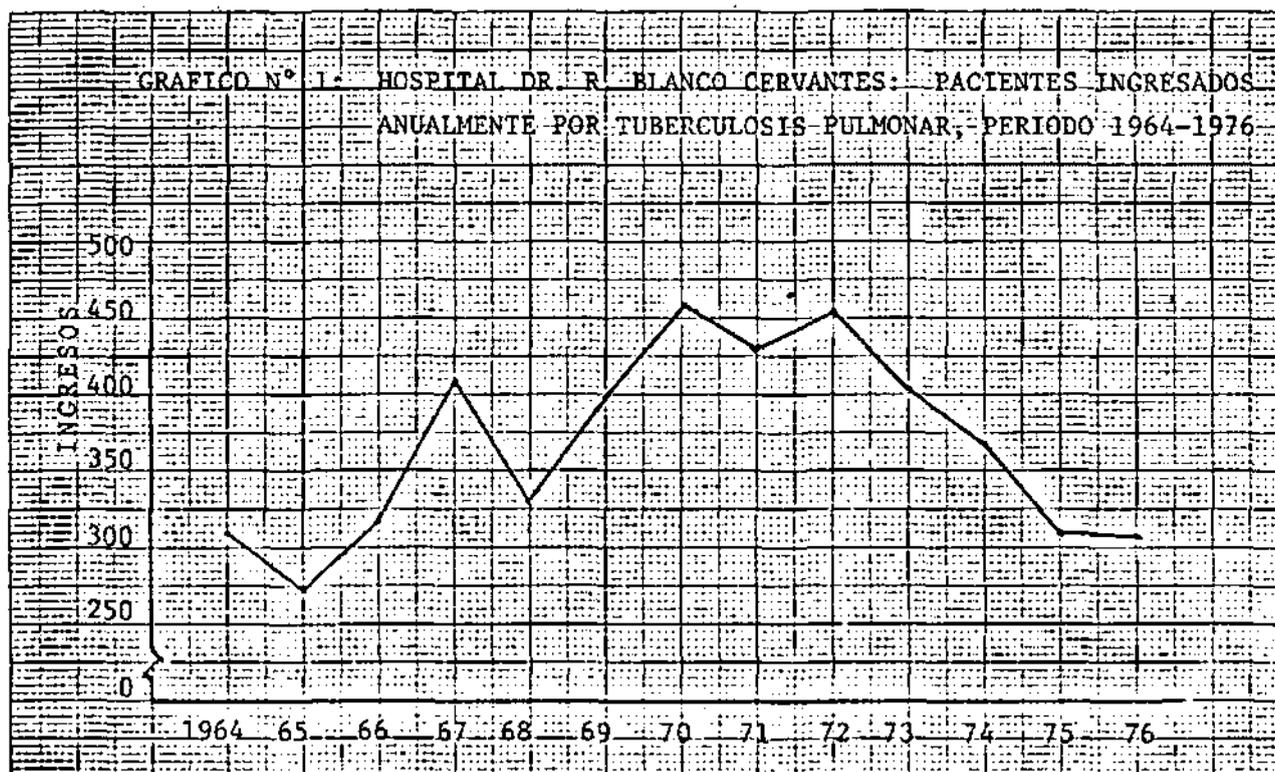
## MATERIAL Y METODO

Se revisan los expedientes médicos de 178 pacientes que forman el total de ingresos a los salones de Neumotisiología del Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes durante un año exacto, del 1° de junio de 1977 al 31 de mayo de 1978. Se descartan 8 casos en los que no se pudo confirmar el diagnóstico de tuberculosis pulmonar, y que encuadran dentro de otro tipo de patología respiratoria, de manera que los cálculos estadísticos se hacen en base de 170 casos. Se observa una disminución en el número de internamientos, en comparación con años anteriores.

CUADRO No. 1  
HOSPITAL DR. R. BLANCO CERVANTES:  
PACIENTES INGRESADOS ANUALMENTE POR  
TUBERCULOSIS PULMONAR  
PERIODO 1964-1976

Año	No. Ingresos	Año	No. Ingresos
1964	310	1970	456
1965	273	1971	430
1966	317	1972	454
1967	407	1973	403
1968	330	1974	367
1969	398	1975	310
		1976	309

\* Jefe Servicio de Neumología, Hospital Raúl Blanco Cervantes.



Se procede luego a tabular los 170 casos en estudio tomando en cuenta los siguientes parámetros:

1. Nombre y dos apellidos del paciente.
2. Número de expediente hospitalario
3. Sexo
4. Edad
5. Ocupación
6. Residencia
7. Clasificación de la Tuberculosis pulmonar
8. Casos de primer ingreso
9. Casos de segundo ingreso
10. Casos de tercer ingreso o más
11. Complicaciones agregadas a la Tuberculosis pulmonar
12. Tratamiento ambulatorio previo al internamiento continuo
13. Tratamiento ambulatorio previo al internamiento interrumpido
14. Tratamiento ambulatorio post-internamiento, interrumpido por indicación médica.
15. Tratamiento ambulatorio post-internamiento,

to, interrumpido por el paciente.

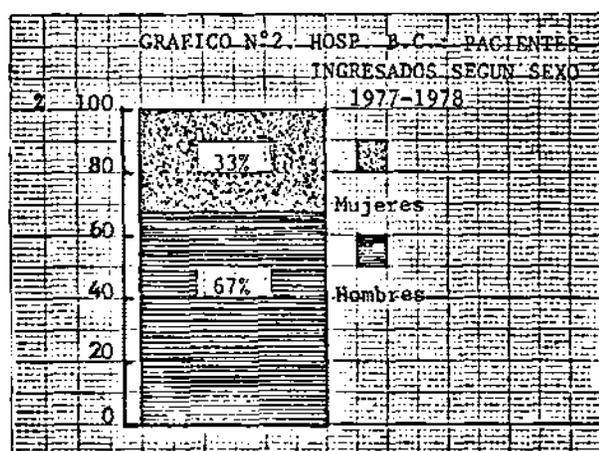
16. Tratamiento ambulatorio post-internamiento interrumpido porque no le llegaba el medicamento al centro de salud correspondiente
17. Tratamiento ambulatorio post-internamiento continuo
18. Casos que no tuvieron tratamiento ambulatorio.

En los puntos 1 y 2 se anota los nombres completos de los pacientes, incluyendo dos apellidos, así como el número del expediente médico, únicamente con miras a darle más exactitud al trabajo que se presenta, de manera que cualquier colega que desee investigar acerca de la veracidad de los datos anotados, puede solicitarlos en los archivos de nuestro Hospital. Sin embargo, por carecer de interés científico, estos datos no se exponen en esta presentación y permanecen únicamente en los cuadros correspondientes en borrador.

El punto número 3 se refiere a la agrupación de pacientes de acuerdo con el sexo:

**CUADRO No. 2**  
HOSPITAL DR. R. BLANCO CERVANTES:  
DISTRIBUCION DE PACIENTES, INGRESADOS  
SEGUN SEXO  
VALORES ABSOLUTOS Y RELATIVOS  
JUNIO 1977-MAYO 1978

	Absolutos	Relativos
Hombres	114	67.0
Mujeres	56	33.0
Total	170	100.00

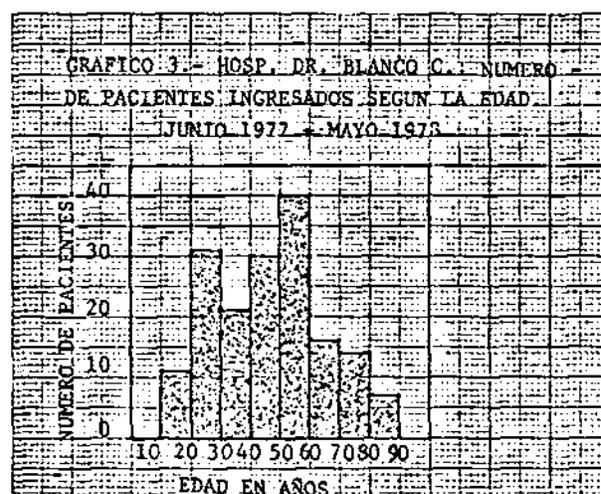


De los 170 casos, 114 son pacientes del sexo masculino (67%) y 56 del sexo femenino (33%). O sea, un marcado predominio en internamientos de varones.

El punto 4 distribuye a los pacientes de acuerdo a su edad cronológica:

**CUADRO No. 3**  
HOSPITAL DR. R. BLANCO CERVANTES:  
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA  
EDAD DE PACIENTES INGRESADOS  
VALORES ABSOLUTOS Y RELATIVOS  
JUNIO 1977-MAYO 1978

Edad	No. de pacientes	%
10 a menos de 20	11	6.5
20 a menos de 30	31	18.3
30 a menos de 40	21	12.4
40 a menos de 50	30	17.6
50 a menos de 60	40	23.5
60 a menos de 70	16	9.4
70 a menos de 80	14	8.2
80 a menos de 90	7	4.1
Total	170	100.0



Se internan pacientes cuyas edades oscilan entre 10 y 90 años observándose una mayor concentración entre 50 y 60 años con un promedio ponderado de 46.5 años de edad. En relación con la ocupación u oficio de los pacientes ingresados, punto No. 5.

**CUADRO No. 4**  
HOSPITAL DR. R. BLANCO CERVANTES:  
DISTRIBUCION DE PACIENTES INGRESADOS SEGUN OCUPACION POR SEXO  
VALORES ABSOLUTOS Y RELATIVOS  
JUNIO 1977-MAYO 1978

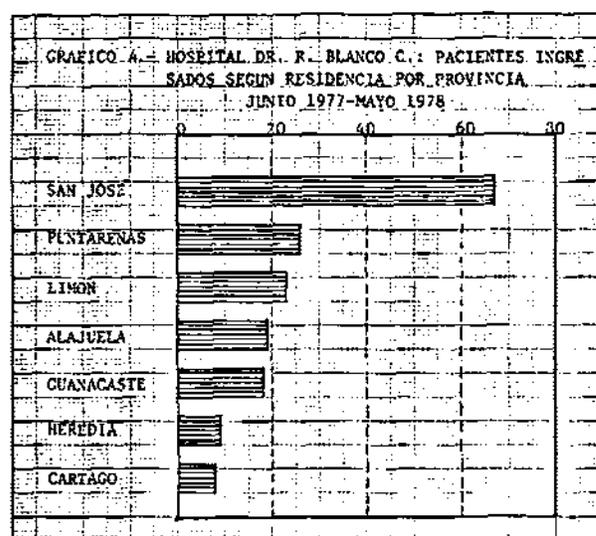
Ocupación	Ambos Sexos	ABSOLUTOS		RELATIVOS		
		Hombres	Mujeres	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
1. Doméstico	50		50	29.4		89.3
2. Peón agrícola	48	48		28.2	49.0	
3. Chofer	9	9		5.3	7.8	
4. Comerciante	6	6		3.5	5.3	
5. Carpintero	6	6		3.5	5.3	
6. Retirado	6	6		3.5	5.3	

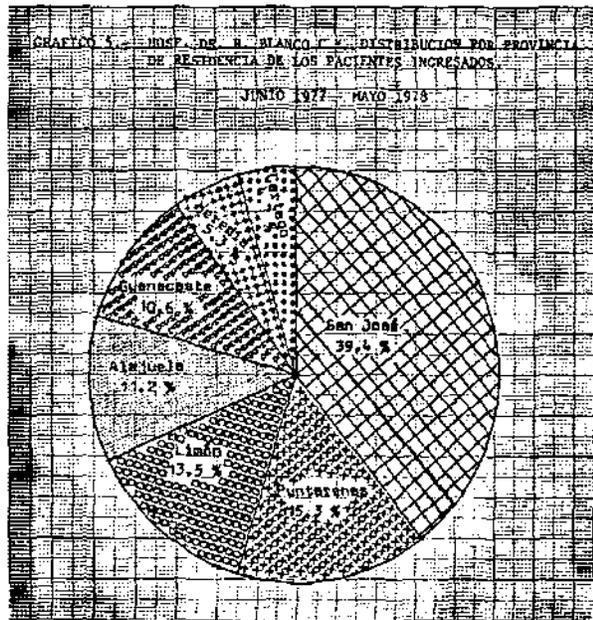
7. Estudiante	5	2	3	2.9	1.7	5.3
8. Zapatero	4	4		2.4	3.5	
9. Radio-operador	4	4		2.4	3.5	
10. Mecánico automotriz	3	3		1.7	2.6	
11. Estibador	3	3		1.7	2.6	
12. Desocupado	3	3		1.7	2.6	
13. Ebanista	2	2		1.2	1.7	
14. Albañil	2	2		1.2	1.7	
15. Costurera	1		1	0.6		1.8
16. Barbero	1	1		0.6	0.9	
17. Telegrafista	1	1		0.6	0.9	
18. Artesanos	1	1		0.6	0.9	
19. Agricultor	1	1		0.6	0.9	
20. Pescador	1	1		0.6	0.9	
21. Maestro	1	1		0.6	0.9	
22. Guarda	1	1		0.6	0.9	
23. Peón de construcción	1	1		0.6	0.9	
24. Vendedor de chances	1		1	0.6		6.3
25. Cantante	1	1		0.6	0.9	
26. Pintor	1	1		0.6	0.9	
27. Superv. Fáb. Textiles	1		1	0.6		1.8
28. Cantinero	1	1		0.6	0.9	
29. Agente Vendedor	1	1		0.6	0.9	
30. Panadero	1	1		0.6	0.9	
31. Guardia Civil	1	1		0.6	0.9	
32. Huaquero	1	1		0.6	0.9	
33. Cargador (sacos)	1	1		0.6	0.9	
Total:	170	114	56	100.0	100.0	100.0

Se observa una gran concentración en oficios domésticos en pacientes del sexo femenino, 89.3%. En varones, la gran mayoría se agrupa como peón agrícola, 49%. En el punto No. 6 se agrupan los internamientos según su residencia por provincia:

**CUADRO No. 5**  
HOSPITAL DR. R. BLANCO CERVANTES:  
PACIENTES INGRESADOS SEGUN  
RESIDENCIA POR PROVINCIA  
VALORES ABSOLUTOS Y RELATIVOS  
JUNIO 1977-MAYO 1978

Provincia	Absolutos	Relativos
San José	67	39.4
Alajuela	19	11.2
Cartago	8	4.7
Heredia	9	5.3
Guanacaste	18	10.6
Puntarenas	26	15.3
Limón	23	13.5
Total:	170	100.0





Llama la atención el hecho de que la gran mayoría de nuestros pacientes provienen de la Provincia de San José (39.4%), ocupando el segundo lugar la Provincia de Puntarenas (15.3%) y luego la Provincia de Limón (13.5%). El último lugar lo ocupa la Provincia de Cartago (4.7%).

En el punto No. 7 se clasifican los casos de Tuberculosis pulmonar en Grado I (mínimos), Grado II (moderadamente avanzados) y Grado III (muy avanzados), de acuerdo con la clasificación actualmente aceptada por la O.M.S. y que se basa en la extensión radiológica de las lesiones pulmonares.

**CUADRO No. 6**  
HOSPITAL DR. R. BLANCO CERVANTES:  
CLASIFICACION DE LA TUBERCULOSIS  
SEGUN SU GRADO EN PACIENTES INGRESADOS  
1977-1978

Grado	No. Pacientes	%
I	1	0.6
II	33	19.4
III	136	80.0
Total	170	100.0

Se observa una gran mayoría de casos grado III (avanzados) = 80%, en comparación con los casos de grado II (moderadamente avanzados) = 19.4% y los de grado I (mínimos) = 0.6%. En los puntos 8, 9 y 10 se agrupan los pacientes de acuerdo con el número de veces que han ingresado al Hospital.

**CUADRO No. 7**  
HOSPITAL DR. R. BLANCO CERVANTES:  
CLASIFICACION DE PACIENTES INTERNADOS  
SEGUN EL NUMERO DE VECES QUE HAN  
INGRESADO  
JUNIO 1977-MAYO 1978

Ingreso	No. Pacientes	%
1	102	60.0
2	31	18.2
3o más	37	21.8
Total	170	100.0

La mayoría son pacientes que ingresan por primera vez a la Institución = 60%. Ocupa el segundo lugar el grupo de pacientes que ingresan por tercera vez o más = 21.8%, y en el último lugar los que ingresan por segunda vez = 18.2%. Si sumamos estos dos últimos porcentajes, tenemos un total de reingresos en general de 40%. El punto número 11 se refiere a las diferentes complicaciones que se presentan en los casos estudiados y que pueden tener relación directa o indirecta con el padecimiento.

**CUADRO No. 8**  
HOSPITAL DR. R. BLANCO CERVANTES:  
COMPLICACIONES ASOCIADAS AL  
PADECIMIENTO DE TUBERCULOSIS PULMONAR  
1977-1978

Complicaciones	Número de casos
1. Hemoptisis	33
2. Alcoholismo	22
3. Psiquiátrico	12
4. Neumotórax	7
5. Úlcera Péptica	6
6. Caquexia	5
7. Fallecimiento	5
8. Diabetes	4
9. Anemia	3
10. Asma bronquial	2
11. Asma	2
12. Cor pulmonale	2
13. Epilepsia	2
14. Toracoplastia	2
15. Demencia	1

16. Indisciplina	1
17. Eritrodermia	1
18. Fractura clavícula	1
19. Tuberculosis Peritoneal	1
20. Anemia severa	1
21. Secuelas mentales por alcoholismo	1
22. Trastornos mentales	1
23. Insuficiencia respiratoria	1
24. Senilidad	1
25. Cáncer gástrico	1
26. Enfisema	1
27. Bocio operado	1
28. Calcistopatía	1
29. Gastritis crónica	1
30. Tuberculosis Renal	1
31. Ginecológicos	1
32. Cardiovascular	1
33. Artritis	1
34. Trastornos reumáticos	1
35. Neumomediastino	1
36. Pleuro-neumonectomía	1

Como puede observarse, ocupan los primeros lugares, en orden decreciente, la hemoptisis, el alcoholismo, el neumotórax y los problemas psiquiátricos. Pasamos luego al estudio del tratamiento ambulatorio que el paciente ha llevado antes o después de haber estado internado en el Hospital. En el punto No. 12 se agrupan los casos de tratamiento ambulatorio previo al internamiento continuo.

CUADRO No. 9  
HOSPITAL DR. R. BLANCO CERVANTES:  
TRATAMIENTO AMBULATORIO EN PACIENTES  
DE TUBERCULOSIS PULMONAR  
VALORES ABSOLUTOS Y RELATIVOS  
JUNIO 1977-MAYO 1978

* Tratamiento	Absoluto	Relativo
Previo y continuo	26	23.2
Previo e interrumpido por el paciente	9	8.0
Previo e interrumpido por el médico	1	0.9
Post-internamiento interrumpido por el médico	30	26.8
Post-internamiento interrumpido por el paciente	33	29.5
No le llegaba	9	8.0
Post-internamiento continuo	4	3.6
No han tenido <sup>1</sup>	58	-
	170	100.0

<sup>1</sup> No se tomaron en cuenta para la distribución relativa.

Un total de 26 pacientes (23.2%) recibió tratamiento previo al internamiento y en forma continua. En cambio, en el punto No. 13, de acuerdo con lo anotado en el mismo cuadro, observamos que 9 pacientes (8%) tuvieron tratamiento previo pero interrumpido por ellos mismos y sólo uno tuvo tratamiento previo pero interrumpido por el médico. Se revisan luego los casos de tratamiento ambulatorio post-internamiento, lógicamente en pacientes que reingresan a la Institución. Encontramos que en 30 casos (26.8%), la interrupción fue por indicación médica, punto No. 14 del mismo cuadro. En comparación con 33 casos (29.5%) en que la interrupción fue por iniciativa propia del paciente, punto No. 15 del mismo cuadro. El punto No. 16 se refiere a ciertos casos esporádicos pero muy importantes en que el medicamento no llegaba al centro de salud correspondiente para ser entregado al paciente; en este grupo encontramos 9 casos (8.0%). El punto No. 17 arroja un total de 4 casos (3.6%) de pacientes que mantuvieron su tratamiento ambulatorio post-internamiento en forma ininterrumpida. Se refiere al mismo cuadro No. 9. Finalmente el punto No. 18 da una cifra de 58 pacientes ingresados (34.12%) que nunca recibieron tratamiento ambulatorio, de manera que los porcentajes anotados anteriormente se refieren a 112 casos (65.88% del total de 170 expedientes revisados.

## COMENTARIO

El hecho de que el número de pacientes internados por Tuberculosis pulmonar en el Hospital "Dr. Raúl Blanco Cervantes" durante el último año sea inferior al de años anteriores, se explica fácilmente ya que la tendencia moderna está en favor del tratamiento ambulatorio de dicha enfermedad. De manera que el criterio que comparte la mayoría de los colegas que se dedican al estudio y tratamiento de esta enfermedad, principalmente aquellos con inclinación al aspecto epidemiológico y salubrista, es el de internar únicamente los casos complicados. Este criterio no es totalmente compartido por el Neumotisiólogo clínico, quien se apoya un poco más en el tratamiento hospitalario, sin menospreciar la importancia y utilidad que en un gran número de casos tiene el tratamiento ambulatorio. En términos generales, el Neumotisiólogo salubrista abarca más cantidad de casos, en forma general, impersonal, en una medicina de

masas. En cambio el Neumotisiólogo clínico da un trato más directo y personal a los pacientes, en forma más directa, pero lamentablemente abarca solamente una cantidad limitada de pacientes dentro del ámbito hospitalario. Observamos luego un marcado predominio de internamientos de pacientes masculinos (67%) sobre los femeninos (33%). Este dato está estrechamente ligado con el comentario anterior en que se dijo que la tendencia al tratamiento hospitalario se basa en gran parte en las complicaciones de los pacientes tuberculosos que pueden inclusive llevarlos a grados muy avanzados de la enfermedad y con resistencia bacilar adquirida generalmente por interrupción del tratamiento. Vemos cómo los problemas de alcoholismo e irresponsabilidad son más frecuentes entre los varones que en las mujeres. Por otro lado, las mujeres son por regla general, más dóciles y disciplinadas en sus tratamientos. A pesar de que nuestro Hospital es para enfermos adultos, nos hemos visto obligados a recibir pacientes hasta de 10 años de edad ante la gravedad del caso. No debemos sorprendernos por el hecho de que algunos pacientes sean de edad avanzada, ya que tenemos en el mismo Hospital un Servicio de Geriátrica que con cierta frecuencia traslada enfermos al Servicio de Neumotisiología, previo estudio y aceptación por parte de nuestro equipo. Posiblemente este detalle hace que el promedio ponderado de edad (46.5) sea un poco más alto que el que se reporta en otras partes. Lógicamente la mayoría de las mujeres que se internan (89.3%), desempeñan oficios domésticos, cosa frecuente en nuestro medio. El hecho de que el 49% de los varones internados sea peón agrícola, confirma una vez más que la tuberculosis pulmonar ataca con más frecuencia a las personas de escasos recursos económicos.

Si bien es cierto que el Hospital no está hecho para engordar a los pacientes, es muy satisfactorio observar cómo nuestros enfermos tuberculosos, que ingresan en estados avanzados de desnutrición, a las pocas semanas de internamiento muestran un notable aumento de peso y una gran mejoría de su estado general, dado el excelente régimen alimenticio que reciben. Es bien sabido por todos nosotros que los medicamentos en general y particularmente aquellos que se indican en las enfermedades infecto-contagiosas como la tuberculosis, actúan mejor acompañados de una buena y bien balanceada dieta. En el caso del Diatebén, la casa

productora especifica claramente que este medicamento debe acompañarse de un régimen alto en proteínas, para obtener mejores resultados. El hecho de que la mayoría de nuestros ingresos son pacientes de la Provincia de San José (39.4%), se debe lógicamente a que ésta es la de mayor concentración de habitantes en el país; además, hay que tomar en cuenta que el Hospital está ubicado en dicha Provincia. Sin embargo, el dato es importante, ya que desde hace mucho tiempo se comenta, mediante estadísticas nacionales, que la tuberculosis pulmonar está prácticamente erradicada de nuestro medio, principalmente de la Meseta Central, cosa que veo con mucha reserva. Es posible que si se intensifica la búsqueda de casos en lugares alejados de la Meseta Central, aumentarían notablemente los porcentajes para Puntarenas, Guanacaste y Limón, en donde existe gran cantidad de población cuyas condiciones socio-económicas son deplorables. Definitivamente, la gran mayoría de nuestros ingresos (80%), son casos muy avanzados. Si tomamos en cuenta que la tendencia actual indica el internamiento solamente en casos avanzados o complicados, el asunto puede no ser de mucha importancia; pero si recordamos que gran parte de estos casos avanzados provienen de la Meseta Central, de la misma Ciudad de San José, el dato comienza a preocuparnos. Este año hemos recibido casos avanzados de tuberculosis de los alrededores del Hospital y de la Universidad de Costa Rica. Valga el comentario en este punto de que, en la Universidad de Costa Rica, hace algunos años, se hacían catastros radiológicos anuales a toda la población universitaria: estudiantes, empleados administrativos y docentes, en forma obligatoria. Actualmente se examinan sólo los alumnos nuevos y el examen no se vuelve a repetir durante toda la carrera en forma programada y obligatoria. Desde luego, lo mismo sucede con el personal de ese centro de estudios. El caso a que me refiero anteriormente es el de una alumna joven, de tercer año, cavitaria y con hemoptisis, que recientemente iniciaba tratamiento ambulatorio en la Consulta Externa del Hospital Calderón Guardia.

En relación con el número de veces que reingresan los pacientes, vemos cómo el 60% lo hacen por primera vez. El hecho de que el 18.2% ingresen por segunda vez es realmente alarmante, y, como dije anteriormente, ha sido el motivo principal de esta investigación. Definitivamente

esta cifra tan alta indica que algo anda mal al salir el enfermo del Hospital, es donde tenemos que dirigir nuestra atención para tratar de corregir un hecho tan lamentable. ¿Será que estamos dando salidas prematuras con internamientos muy cortos, con pocas baciloscopías negativas por B.K., haciendo poco caso de la evolución radiológica y del estado general del paciente, como lo indican las autoridades internacionales? ¿Será que los pacientes no cumplen con el tratamiento ambulatorio y con sus controles en forma regular y bajo la presión necesaria por parte de las consultas externas correspondientes? Me parece que ambas interrogantes son de gran importancia y pasaremos de inmediato a comentarlas. Tenemos que aceptar que los internamientos prolongados tienen una serie de inconvenientes, entre los que podemos mencionar los siguientes: el alto costo para la Institución en el aspecto económico, los problemas de conducta que ofrecen los enfermos que no llegan a adaptarse al medio hospitalario, el abandono del hogar principalmente cuando el enfermo es del sexo masculino y mantiene su familia, la desadaptación social que sufren los pacientes dentro de su medio ambiente y en sus propios hogares. Por otro lado vemos cómo en tiempos pasados, cuando los internamientos por tuberculosis eran más largos, el número de reingresos era mucho menor. De manera que me inclino a creer que sí existe una relación directa entre los reingresos al Hospital y el hecho de que los internamientos sean cada día más cortos. Además, hay que tomar en cuenta que el 21.8% de nuestros enfermos reingresan por segunda vez o más. En estos casos crónicos hay que tomar en cuenta además el problema de la resistencia que adquiere el bacilo de Koch a los tuberculostáticos conocidos, en pacientes con varios internamientos, quienes han sido sometidos a diferentes esquemas de tratamiento, generalmente interrumpidos por distintas causas, al salir del Hospital. La realidad es que el 40% de nuestros enfermos actualmente vuelven a ingresar al Hospital por reactivación de su proceso tuberculoso pulmonar o por alguna complicación o secuela de la enfermedad. Las complicaciones más frecuentes pueden verse en el cuadro No. 8. La hemoptisis y el neumotórax espontáneo requieren tratamiento hospitalario urgente. El alcoholismo y los problemas psiquiátricos llevan generalmente al paciente a un grado avanzado de irresponsabilidad, que en muchos casos es el causante del fracaso en el tratamiento de la

tuberculosis. Entramos ahora de lleno en el último punto de este trabajo, en mi concepto el más importante, que es el tratamiento ambulatorio de la tuberculosis pulmonar. Tema de gran actualidad y controversia. Vemos cómo el 23.2% de nuestros enfermos ingresan con tratamiento previo y continuo. Este grupo está formado casi en su totalidad por pacientes trasladados de hospitales generales, los cuales ingresan directamente en nuestro Servicio, continuándoseles la misma medicación establecida en la anterior Institución. El 8.9% de pacientes con tratamiento previo e interrumpido está formado por casos de tratamiento ambulatorio o domiciliario. Al revisar los casos de tratamiento ambulatorio interrumpido después de haber sido dado de alta el paciente en el Hospital, sub-dividimos este grupo en dos sub-grupos: las interrupciones hechas por el paciente y las interrupciones por indicación médica. Vemos cómo en el primer caso (interrupción hecha por el paciente), el grupo forma un 29.5% del total, en comparación de los 26.8% en que la interrupción se hizo por indicación médica.

En el interrogatorio dirigido, los pacientes que interrumpieron el tratamiento por su propia iniciativa motivan su actitud en una serie de argumentos que pueden enlistarse en la siguiente forma:

1. Intolerancia al medicamento. Generalmente trastornos de tipo digestivo irritativo y otros.
2. No iban al centro médico correspondiente a buscar el medicamento porque les quedaba muy lejos.
3. Falta de medios de comunicación con la unidad sanitaria correspondiente.
4. Falta de recursos económicos para pagar los medios de transporte.
5. Imposibilidad física para transportarse al sitio donde tenían que retirar el medicamento.
6. Falta de medios económicos para comprar medicamentos de alto costo, principalmente en el caso de pacientes que se encontraban en tratamiento ambulatorio a nivel de consulta médica privada.

7. Actitud de irresponsabilidad por problemas de alcoholismo o irresponsabilidad pura.
8. Falta de comprensión de su problema pulmonar, originado por diferentes tipos de trastornos psiquiátricos.

En el grupo de las interrupciones por indicación médica encontramos en los expedientes anotadas las siguientes motivaciones:

1. Tratamiento dado por tiempo suficiente de acuerdo con el criterio del facultativo.
2. Diferentes tipos de intolerancia a los medicamentos que además de los digestivos pueden ser: Hipoacusia, trastornos visuales, vértigo, ictericia, etc.
3. Cambio de esquema de tratamiento prematuramente, por no existir el medicamento de selección en el centro médico correspondiente. Generalmente por el alto costo de algunas drogas de este tipo.
4. Como castigo por indisciplina, principalmente en el caso de pacientes que no querían cumplir ciertas indicaciones médicas como el internamiento hospitalario.
5. Casos dados de alta.

Hay un grupo de 9 pacientes (8%) a los que no les llegaba el medicamento al centro de salud correspondiente. Únicamente 4 enfermos (3.6%) mantuvieron su tratamiento ambulatorio post-internamiento, ininterrumpidamente y con controles periódicos, y a pesar de eso reingresaron a nuestro Hospital. Este grupo está formado básicamente por casos con complicaciones o secuelas de la enfermedad o, si eran bacilíferos, por resistencia bacilar adquirida a los esquemas terapéuticos usados. Este último y pequeño grupo es el que realmente ameritaba el reinternamiento, mientras que en casi todos los otros casos (36.4%) hubo algún tipo de falla que los indujo a ingresar de nuevo al Hospital. Vale anotar el hecho de que 58 pacientes (34.12%) nunca recibieron tratamiento ambulatorio pre ni post-internamiento, de manera que en este renglón trabajamos únicamente con 112 casos (65.88%) que sí tuvieron este tipo de tratamiento. En este punto quiero insistir en el hecho de que nuestras estadísticas se basan en datos

puramente subjetivos, de acuerdo con la información dada por el paciente. Lógicamente están sujetos a error, como todos los estudios estadísticos, principalmente en este caso en que los enfermos pudieron haber tergiversado sus respuestas, pero era el único medio de llevar a cabo esta investigación. Todo el grupo de factores negativos anotados, y que llevaron al paciente a una recidiva de su padecimiento después del internamiento hospitalario, debieron haber sido detectados y corregidos de inmediato por la o las instituciones que tienen a su cargo el control epidemiológico de la tuberculosis pulmonar en nuestro país. Comprendo que para llevar a cabo una misión tan amplia y completa se requiere una gran cantidad de recursos materiales y humanos que, por su alto costo, están fuera del alcance de nuestro sistema. Al no existir en forma total, o ser deficiente el complejo necesario para el control y seguimiento de los casos en tratamiento ambulatorio de la tuberculosis, dicho tratamiento pierde enormemente su efectividad y puede convertirse a veces en nocivo. El tratamiento ambulatorio de la tuberculosis pulmonar es una de las armas más importantes con que se cuenta en la actualidad para el control de esta enfermedad. Lamentablemente necesita una infraestructura firme, compleja y costosa que en Costa Rica sólo existe en forma parcial, de manera que, al poner en práctica dicho tratamiento, estamos invirtiendo el orden de las cosas. Este es el punto medular del problema que actualmente nos lleva a un alto porcentaje de fracasos, recidivas y reinternamientos de nuestros pacientes egresados del Hospital. Permítaseme la comparación: es como poner a correr un tren sin antes instalar los rieles, o como construir un edificio sin antes hacer las bases.

## CONCLUSIONES

El tratamiento ambulatorio y los controles interrumpidos post-internamiento, así como las salidas prematuras, son las causas principales del gran número de recidivas y reinternamientos en los casos de tuberculosis pulmonar. Es necesario llevar a cabo una reestructuración total con el aporte material suficiente para armar la infraestructura compleja e indispensable que garantice que los pacientes egresados tengan y mantengan sus esquemas de tratamiento ambulatorio y la revisión programada de sus casos clínicos bajo un sistema de supervisión estricta.

## RESUMEN

Se trata de llevar a cabo una revisión de todos los ingresos por tuberculosis pulmonar en el Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes, durante un año, del 1° de junio de 1977 al 31 de mayo de 1978. Se observa una marcada disminución en el número de ingresos, en comparación con años anteriores, lo que se atribuye a la política actual que recomienda ampliamente el tratamiento ambulatorio o domiciliario de dicha enfermedad. Además se anota y se comenta el hecho de que ingresan más pacientes del sexo masculino (67%) que del sexo femenino (33%). La edad de nuestros enfermos internados en su mayoría oscila entre los 50 y 60 años, con un promedio ponderado de 46.5 años. Predominan notablemente los peones agrícolas entre los hombres y los oficios domésticos entre las mujeres, aunque existe una variada gama de ocupaciones entre nuestros internados. La gran mayoría de nuestros ingresos provienen de la provincia de San José (39.4%), ocupando el último lugar la provincia de Cartago (4.7%). Se le da mucha importancia a este dato, principalmente al relacionarlo con el hecho de que el 80% de nuestros ingresos son casos muy avanzados. El 60% de nuestros pacientes ingresa por primera vez, el 18.2% por segunda vez y el 21.8% por tercera vez. O sea que el 40% vuelven a internarse en nuestros salones de Neumotisiología. Este dato llamó la atención del suscrito y lo indujo a llevar a cabo esta investigación, ya que se trataba de un problema muy grave que aparentemente ha aumentado con el tiempo. Las complicaciones principales que con más frecuencia se ven en nuestros ingresos, son la hemoptisis, el alcoholismo, los problemas psiquiátricos y el neumotórax, aunque también anotamos una serie extensa de complicaciones. El 23.2% de nuestros ingresos recibió tratamiento ambulatorio previo al internamiento en nuestro Hospital, en forma continua; este grupo está formado por pacientes trasladados directamente de otras instituciones hospitalarias a la nuestra y que ya venían con esquemas terapéuticos establecidos, los cuales nosotros automáticamente continuamos. Un 8.9% tuvieron tratamiento previo al internamiento, en forma ambulatoria o domiciliaria pero interrumpido. En los casos de tratamiento ambulatorio post-internamiento e interrumpido, vemos que en un 26.8% la interrupción fue por indicación médica, mientras que en un 29.5% la interrup-

ción fue por iniciativa propia del paciente. En ambos casos se enlistan y comentan los diferentes motivos que hubo para la interrupción del tratamiento ambulatorio. A un 8% de los pacientes no les llegaba el medicamento al centro de salud correspondiente. Solamente un 3.6% de los pacientes mantuvieron tratamiento ambulatorio post-internamiento en forma ininterrumpida y disciplinada siendo ciertas complicaciones o secuelas de la tuberculosis pulmonar las causantes del reinternamiento. Del total de 170 casos estudiados, 112 (65.88%) recibieron tratamiento ambulatorio. Los otros 58 (34.12%) nunca tuvieron este tipo de terapéutica. Se comenta y se relaciona la gran cantidad de reingresos al Hospital con el tratamiento ambulatorio interrumpido y con los controles deficientes de nuestros pacientes egresados.

## NOTA:

Los conceptos anotados en este trabajo son la opinión muy personal del suscrito y están basados en una investigación estadística exclusivamente intra-hospitalaria.

## BIBLIOGRAFIA

1. Bobrowitz ID, Rovins DE: 1967. Ethambutol-isoniazid versus PAS-isoniazid in original treatment of pulmonary tuberculosis. *Amer. Rev. Resp. Dis.* 96:428.
2. Corpe R.F.: 1970. Rifampicin in initial treatment of pulmonary tuberculosis. *American Thoracic Society, Annual Meeting, Cleveland, Ohio.*
3. Crofton, J., 1963. "Etude comparative des résultats obtenus par l'emploi de la Streptomycine quotidienne et par son emploi discontinu". *Bull. Un. Int. Tuberc.*, Vol. 33, p. 51.
4. Medical Research Council (1955). Various combinations of isoniazid with streptomycin or with PAS in the treatment of pulmonary tuberculosis. *Br. Med. J.*, i, 435.
5. Ninni A., Di Filippo A., Del Bono M., Natali P.: 1967. Il livelli sierici della rifampicina in funzione della posologia e delle modalità di somministrazioni, *Arch. Tisiol.*, 22, 487.

6. Russell, W., y Col., 1959. Combined drug treatment of tuberculosis. Clinical Application of the principles of appropriate and adequate chemotherapy to the treatment of pulmonary tuberculosis". J. Clin. Invest., vol. 38, p. 1366.
  7. Schwartz, W., 1963. "Isoniazid alone compared with isoniazid and PAS in the treatment of minimal and non cavitary, moderately advanced, previously untreated pulmonary tuberculosis". Amer. Rev. Resp. Dis., Vol. 87, p. 424.
  8. Tuberculosis Chemotherapy Centre, Madras, 1960. A concurrent comparison of isoniazid plus PAS with three regimens of isonizid alone in the domiciliary treatment of pulmonary tuberculosis in South India. Bull Wld. Hlth Org., 23. 535.
-