

Integración de las Actividades de Lucha Antituberculosa a los Centros de Salud del País

Arturo Blanco Solís*

Nuestro pequeño país, con una área geográfica de 50.900 Km², una topografía variada como son nuestros países centroamericanos, dispone de vías de comunicación terrestres, fluviales y aéreas que comunican casi todo el país.

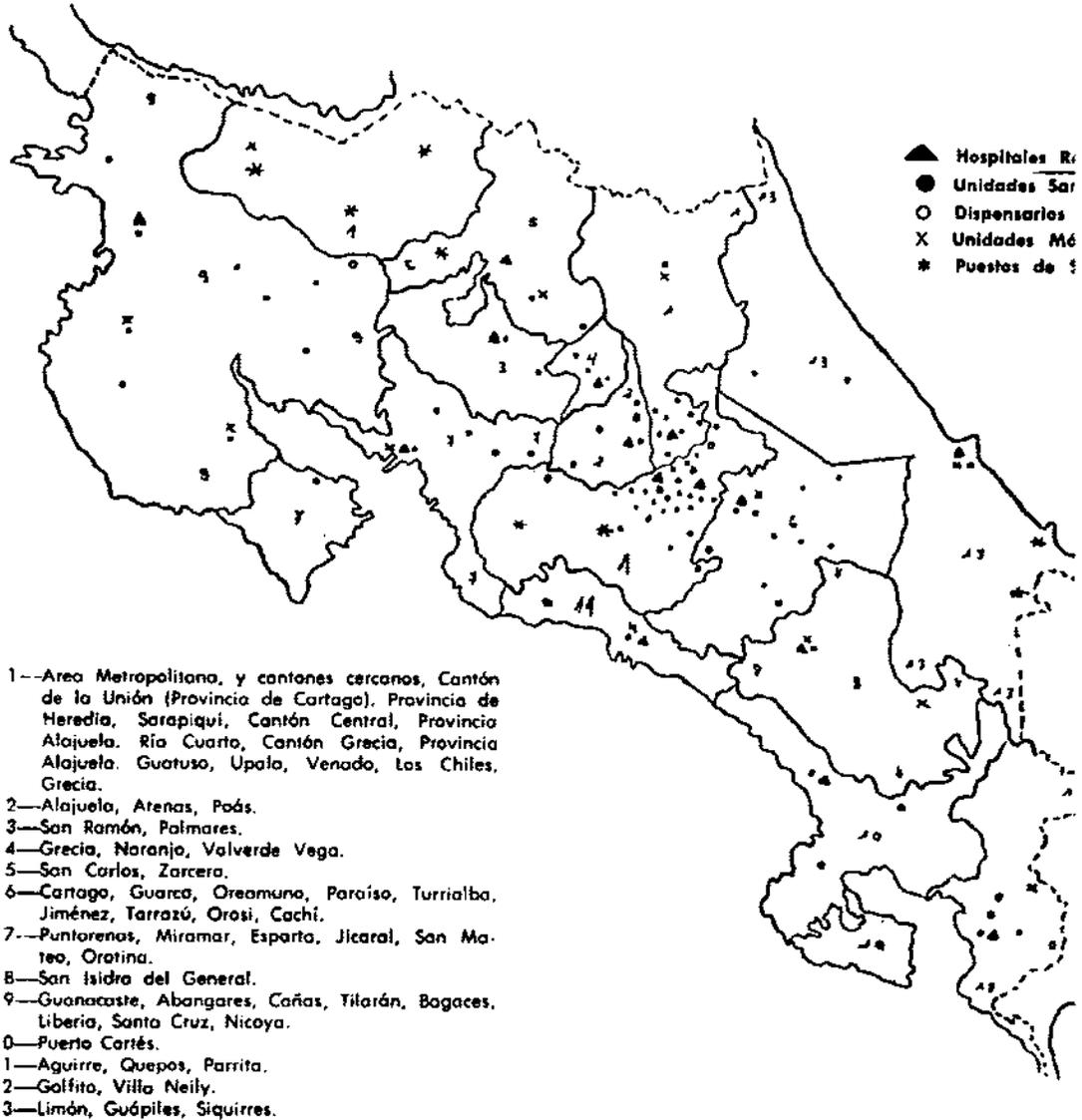
Nuestra población que alcanza ya 1.665.000 habitantes, presenta un crecimiento demográfico explosivo: 4% de índice de natalidad y 3.5% de crecimiento. Los nacimientos se efectúan en un 63.5% en centros maternales. La mortalidad general de 8.8 por 1.000 habitantes y un 48% de ellos corresponden a menores de 5 años. Nuestra población menor de 15 años la constituye el 48% del total de la población. La densidad media es de 28.6 habitantes por Km², desigualmente distribuída ya que un 50% se encuentra ubicada en la Meseta Central. La población rural general del país es de un 65%. Nuestra población inactiva es de 72%. La división política comprende: 7 provincias, 68 cantones y 326 distritos.

Costa Rica dispone de 700 enfermeras con un 76.9% trabajando en hospitales y un 12.7% en unidades sanitarias, el 10.4% restante en clínicas particulares. De 1.946 auxiliares de enfermería 88.4% trabajan en hospitales y el 11.6% en unidades sanitarias. Se dispone de 914 médicos, de los cuales 807 trabajan actualmente en el país, distribuidos en las diferentes siete provincias del país. En el análisis de la distribución de médicos trabajando en el país, encontramos que mientras que en la provincia de San José existen 986 habitantes por médico, en las provincias alejadas la proporción es de :Guanacaste 6.718 habitantes por médico, Puntarenas 5.210 y limón 5.370 por médico.

Disponemos de 61 Unidades Sanitarias, 17 centros rurales de asistencia, 16 hospitales regionales y periféricos, 16 dispensarios de salud, 7 puestos de salud y 14 unidades móviles de salud (terrestres, fluviales y aéreas) distribuidas por todo el territorio nacional.

* Director de la Lucha Nacional Antituberculosa, Costa Rica, presentado a la III Reunión del Grupo de Trabajo de Directores de Lucha Antituberculosa de Centro América y Panamá.

ZONAS REGIONALES EN PROYECCION GEOGRAFICA



Organograma y aspectos administrativos de la Integración

Se hace necesario, para cubrir las demandas de los grupos de población rural del país y lejanos, generalmente marginados, que las actividades de la Lucha Antituberculosa se integren en forma permanente y orgánica a los centros de salud existentes en el país.

Una buena integración significa su realización por etapas que toma varios años, venciendo una serie de obstáculos debido al hábito de trabajar en forma vertical y otros por la escasez de recursos de diferente índole. Nosotros apenas tenemos 23 meses de haber iniciado la práctica de esta filosofía.

Es necesario para el entendimiento de la proyección de nuestras actividades a los centros asistenciales preventivos en salud del país, referirse al organograma del Ministerio de Salubridad Pública, que muestra los medios existentes que aprovechamos para llegar a esos centros de salud.

El Ministerio de Salubridad Pública por medio de la Dirección General de Salubridad Pública tiene la supervisión técnica y administrativa de las unidades sanitarias y las unidades móviles. La Dirección General de Asistencia controla el aspecto administrativo y financiero de los hospitales regionales y periféricos del país. Trabajamos en forma coordinada con estas dos Direcciones, de tal forma que por medio de ellas podemos hacer llegar y cumplir los progresos de Lucha Antituberculosa en forma integrada.

Por medio de la división de control del Dispensario Antituberculoso, se aunan funciones normativas de supervisión y evaluación de las actividades realizadas a nivel de los centros regionales, tanto hospitalarios, asistenciales, como preventivos de las unidades sanitarias.

Hemos dividido el país, por el momento en 13 zonas regionales, explicadas en un mapa que muestra la localización de dichos centros regionales. Estos centros regionales corresponden a zonas de atracción en donde las poblaciones afluyen para su asistencia, por presentarse condiciones de vías de comunicación y distancia para ser atendidos. (Ver mapa de Costa Rica con la distribución de zonas regionales).

Un centro regional dispone de hospital y unidad sanitaria, encargándose el hospital de atender la consulta externa, en donde se dan los tratamientos. Conforme lo explican las normas, todo paciente diagnosticado debe recibir tratamiento en dichas consultas o en unidades sanitarias locales, con las tres drogas de primera línea estreptomycina, P.A.S., y H.A.I.N, recibiendo la estreptomycina hasta 90 gramos máximo, continuándola luego con el P.A.S., y H.A.I.N. El hospital reporta a la respec-

tiva unidad sanitaria, el tratamiento del paciente y manera de llevarlo, a fin de que aquellos que presenten ausentismo sean buscados por la enfermera de la unidad sanitaria. También realiza en el hospital exámenes de rayos X de la zona regional. La lectura de las radiografías la efectúa el radiólogo del hospital, cuando se dispone de él, o en su defecto un médico del hospital o de la unidad sanitaria correspondiente. Practica los exámenes de esputo que se refiere por la unidad sanitaria regional o local, cuando no disponen de medios para hacerlo. Realiza también hospitalizaciones temporales de los casos de emergencia, ya que muchos de los pacientes diagnosticados con esputo positivo son referidos a este Dispensario para ser internados en el Sanatorio o en el Hospital Antituberculoso.

La unidad sanitaria regional se ocupa del aspecto preventivo, especialmente realizando las pruebas de tuberculina e inmunizando con B.C.G. Busca también los casos reuantes a tratamiento, que han sido reportados por el hospital regional; deben buscar los contactos de los pacientes diagnosticados, elaboran los informes trimestrales del Registro de Casos Activos en donde aparecen señaladas todas las actividades desarrolladas, por medio de signos especiales, en los enfermos en control y tratamiento. Existe la interconsulta tanto del hospital, unidad sanitaria, como del Dispensario Central. Si se trata de una unidad sanitaria localizada en una región alejada, pero perteneciente a una zona de atracción del centro regional, dicha unidad ejerce funciones asistenciales, preventivas y además envía enfermos para el control de rayos X al hospital regional respectivo. En cuanto al examen de esputo cuando disponen de microscopio efectúan el examen, y si no envían la muestra o el frotis al hospital regional. Actualmente, 16 unidades sanitarias disponen de microscopio y todos los hospitales regionales lo tienen. Estas unidades deben también elaborar sus informes trimestrales sobre actividades realizadas tanto a la unidad sanitaria central regional como al Dispensario.

Una unidad sanitaria dispone de un médico a tiempo completo o parcial según el volumen de trabajo, 1, 2 y hasta 4 auxiliares de enfermería. Los dispensarios de salud disponen de un médico que llega esporádicamente y de una auxiliar de enfermería fija. Estos dispensarios entregan medicamentos, tienen un registro de sus cargos en control y para los exámenes de rayos X envían al enfermo al hospital regional respectivo. En cuanto a exámenes de esputo, se ha indicado que hagan sus frotis para referirlos al hospital regional. Las unidades móviles disponen de un médico y 2 auxiliares de enfermería, visitan cada 15 días las poblaciones muy retiradas del centro de las zonas regionales, se les encarga de buscar los pacientes de esas zonas y entregar los medicamentos, dar consulta. Consideramos que es necesario que estas unidades móviles se integren mejor a nuestras actividades y puedan realizar exámenes de esputo a las regiones respectivas.

Los médicos supervisores de la Lucha Antituberculosa, que son dos actualmente, visitan cada uno de ellos una vez por mes y alternando, las determinadas zonas que les corresponde. Un Supervisor Médico visita Puntarenas (zona Norte), Alajuela, comprendiendo el centro y zona Piloto, que comprende los cantones de San Ramón, Palmares, Naranjo, Valverde Vega, San Carlos, Alfaro Ruiz y Grecia; y Limón. Cartago apenas está comenzando a ser integrado y por el momento el Dispensario Central, presta asistencia a la zona regional de Heredia. El otro supervisor Médico acaba de iniciar la supervisión a la zona Sur de Puntarenas y a la región de Guanacaste.

Cuando analizamos las poblaciones regionales integradas o que están en vías de integración, encontramos que exceptuando el Area Metropolitana en donde se encuentra ubicada el 24 % de nuestra población y en donde la población es un 53.9 % urbana y el 46.1 % rural, en el centro de los centros regionales la población es predominantemente rural llegando a veces hasta un 89.2% (San Carlos), un 90.3 % (San Isidro de El General), un 90.8 % (Puerto Cortés) y un 90.9 % (Aguirre).

Están actualmente trabajando en forma integrada bajo supervisión y usan los ficheros, el Dispensario Central Antituberculoso (Area Metropolitana) y las siguientes zonas de centros regionales: Alajuela con una población total de 93.885 habitantes, correspondiéndole un 74 % de población rural, San Ramón 44.499 habitantes con un 79.1 % de población rural, Grecia 53.326 habitantes con un 82.8 % de población rural, San Carlos 50.076 habitantes con un 89.2 % de población rural, Puntarenas 109.717 habitantes con una población rural de 73.1 % y Limón 79.343 habitantes con una población rural de 67.1 %.

El Dispensario Central proporciona a todas las zonas regionales, material biológico de tuberculina, vacuna, placas radiográficas y material de laboratorio, de rayos X y las drogas según necesidades presupuestales. Dichos envíos se efectúan regularmente cada 3 meses. También papelería de registros e informes.

Se ha hecho un cálculo del costo de una consulta externa en un centro asistencial regional, como lo es el Hospital de San Ramón en la provincia de Alajuela, y un centro preventivo y asistencial local como lo es la unidad sanitaria de Palmares, cantón situado en la misma provincia, lo que puede tomarse como ejemplo para las demás instituciones en su género en el resto del país. Es así como basado en datos recogidos, se ha establecido el costo de una consulta para el hospital de San Ramón en ₡ 17.85 y el costo de una consulta de la Unidad de Palmares en ₡ 8.85. Las bases para establecerlas las constituyeron los sueldos devengados por el personal médico, para-medico y administrativo de cada uno de esos centros. Además los valores que representa el material radiográfico, de laboratorio, drogas de primera línea, tuberculina y B.C.G., enviados a esos centros.

Aspectos Técnicos:

Al inicio de nuestras actividades se elaboraron histogramas tuberculínicos de los pacientes tuberculosos del Sanatorio Durán y en grupos de escuelas y colegios que se sometieron a pruebas de tuberculina, llegando a la conclusión que nuestra positividad de la prueba, debe tomarse a partir de los 10 m.m., del diámetro transversal de lectura de la pápula. Nos llamó la atención en dichos histogramas la existencia significativa en adultos de un porcentaje de reacciones que consideramos inespecíficas menores de 10 m.m., que deben ser motivo de investigación y que corresponden especialmente a zonas cálidas como San Carlos y Limón.

En cuanto a exámenes de esputo hemos insistido en los cursos de adiestramiento, en charlas con los médicos de unidades sanitarias y hospitales regionales en darle prioridad al examen de esputo directo, y en el Dispensario Central tomamos como norma realizarlo en toda persona que se presente al examen pulmonar sobre todo en el sintomático pulmonar. Esto se ha traducido en un aumento notable del número de exámenes de esputo practicados en el Dispensario Central. Por ejemplo de julio de 1966 a junio de 1967, se reporta un número total de 587 exámenes de esputo y con la nueva medida adoptada en el período de julio de 1967 a junio de 1968, dicho número subió a 3.887 exámenes de esputo directos. Cabe señalar que se ha encontrado una resistencia de los médicos de los centros de salud en darle la prioridad debida al examen de esputo. Se ha acostumbrado a guiarse por la radiografía pulmonar. Nosotros insistimos en que el esputo tiene prioridad para el diagnóstico y para evaluar el curso del tratamiento que recibe el paciente.

También elaboramos nuestras normas técnicas en que se enfoca primero la tuberculosis como problema de salud pública, luego se explica lo referente a tuberculina, su aplicación técnica, lectura, su significado, otro se refiere a laboratorio (exámenes de esputo), vacunación B.C.G., y esquemas de tratamiento. Presentamos también normas de los ficheros y registros explicando su manejo, para uso tanto a nivel central como regional y se explica también el organograma de la integración de nuestras actividades a los centros regionales.

Hemos dado especial importancia, para crear conciencia y para la realización de las labores a los cursos de adiestramiento teórico-prácticos que han durado de 8 a 15 días; lo han recibido 37 médicos que elaboran en hospitales regionales y unidades sanitarias, 47 enfermeras de salud pública, 12 auxiliares de enfermería. Se aprovechó también el curso de adiestramiento para técnicos de laboratorio, que realizó el Laboratorio Central del Ministerio de Salubridad Pública, para técnicos de hospitales regionales y unidades sanitarias, 23 técnicos de esos centros reali-

zaron prácticas en exámenes de esputo de nuestro Dispensario y recibieron charlas sobre la importancia del control de la Tuberculosis durante 8 días.

Cabe recordar la intensa actividad de la educación sanitaria, sobre tuberculosis que se llevó a cabo en las diferentes regiones del Plan Piloto, realizado en los 7 cantones de la provincia de Alajuela, por medio de charlas a maestros y proyecciones de slides en cinematógrafos públicos y salas. Se obtuvo así una buena motivación de la población para el buen éxito de la realización del Plan Piloto.

Aspectos Epidemiológicos:

Infección:

Analizados los índices de infección del país de acuerdo con los resultados de las pruebas de tuberculina realizadas en el Plan Tripartito en las provincias de Puntarenas y Guanacaste en 1965-1966, las curvas de infección obtenidas en todas las escuelas y colegios de Limón, las confeccionadas de diferentes escuelas y colegios del país y las recientemente efectuadas de la Zona Piloto de la provincia de Alajuela, llegamos a la conclusión de que el índice general del país puede fijarse en 24.5 %. Si nos referimos a los diferentes grupos de edad, hay una oscilación variable entre 7 a 14 % a la edad de 13 a 14 años, hasta un 27 a 50% en los de más de 30 años, comparadas las diferentes regiones del país. En el estudio de la infección por grupos de edad del Plan Piloto que se presentará, se hace exposición detallada.

Morbilidad:

Incidencia Diagnosticada:

En el período comprendido de julio de 1967 a junio de 1968 se descubrieron 517 casos diagnosticados como tuberculosos activos, incluyendo los procesos primarios, procedentes de todas las regiones del país. Los casos de reinfección clasificados por extensión de lesión dio el siguiente resultado: 25 % mínimos, 33.5 % moderados y 41.5 % avanzados.

En la distribución por las zonas regionales se aprecia que existe una predominación de incidencia en las zonas alejadas de tipo rural predominante. Por ejemplo correspondiendo 72 casos a la región Sur de Puntarenas (Puerto Cortés, Aguirre, Golfito) (90 % P. Rural), 84 para Guanacaste (83 % P. Rural) y 90 a Limón (67 % P. Rural), zonas todas de población altamente rural. De los 517 casos diagnosticados entraron en tratamiento hospitalario-ambulatorio 198, y en forma única-

mente ambulatoria 223, que comprenden los de esputo negativo, complejos primarios y 10 positivos, 96 no iniciaron tratamiento por no haber sido posible localizarlos. 4 pacientes del grupo hospitalario-ambulatorio abandonaron el tratamiento. En el período de ese año (julio 1967-junio 1968), del total de 198 de tratamiento hospitalario-ambulatorio negativizaron 178 durante el primer año de tratamiento; permanecen aún positivos 16 y abandonaron el tratamiento 4. De los 223 pacientes ambulatorios todos mantienen su negatividad. Los esquemas de tratamiento que se usaron en el hospitalario-ambulatorio fueron las 3 drogas de primera línea al inicio: estreptomycin, P.A.S., e Hidrácida. La dosis total de estreptomycin osciló entre 60 y 90 gramos, luego continuaron durante el último tiempo de estancia hospitalaria y en forma ambulatoria con P.A.S., y H.A.I.N. Los ambulatorios fueron tratados únicamente con P.A.S. y N.A.I.N., pero los positivos recibieron estreptomycin al comienzo.

El promedio de estancia en el Hospital ha sido de 252.3 días y 209.8 días para el Sanatorio. En este promedio de estancia están incluidos los aislados supercrónicos resistentes, irrecuperables muchos de ellos, calculados en un porcentaje mayor de un 20 %. En realidad los pacientes no cronificados que ingresan a los centros de asistencia tienen una estancia que oscila de 4 a 6 meses. El costo de estancia diario ha sido calculado en ₡ 41.46 para el Hospital y ₡ 35.00 para el Sanatorio.

Prevalencia de morbilidad diagnosticada:

A fin de obtener las cifras de prevalencia de casos activos en el país, se realizó una revisión de las fichas de los casos diagnosticados en los últimos años, correspondientes a todas las regiones del país. Después de dicho estudio quedaron como casos activos un número de 2.373. Calculados al por mil sobre las poblaciones, la prevalencia diagnosticada oscila de un 0.5 por mil para la región de Cartago hasta un 3.6, 4.2, 4.7 y 5.6 por mil para las regiones de Golfito, Puerto Cortés, Limón y Aguirre respectivamente, todas estas zonas alejadas en el país. Con respecto a la distribución de las áreas rurales y urbanas de esta prevalencia, encontramos que para las regiones citadas por ejemplo: Cartago, la distribución de 98 casos encontrados es de 61 rural y 37 urbana. En Golfito, 92 en el área rural y 110 en la urbana. En Puerto Cortés 6 de rural y 96 de urbana, Limón 103 en el medio rural y 268 en el urbano, Aguirre, Quepos y Parrita, 74 casos en el medio rural y 41 en urbano.

El número de contactos actualmente controlados en el registro es de 377, y el número de quimioprofilaxis alcanza a 392. Reciben quimioprofilaxis aquellos tuberculosos positivos contactos expuestos, no vacunados, sin evidencia radiológica de lesión pulmonar y los menores de 3 años con viraje tuberculínico intenso, no vacunados.

Prevalencia de morbilidad estimada para el país:

En el estudio de los casos diagnosticados de Tuberculosis, encontramos en el Plan Tripartito que se llevó a cabo de 1965 a 1966, en la provincia de Puntarenas y Guanacaste con los casos también diagnosticados en el Dispensario Central, procedentes de diferentes partes del país, calculamos como morbilidad estimada para Costa Rica un 0.3 %, de la población que padece de procesos abiertos con baciloscopia positiva. (Asesor Dr. Bouroncle).

Como dato importante podemos agregar que en un estudio catastro-torácico con foto fluorescopia en grupos altamente expuestos, realizados en los Sanatorios Psiquiátricos Chacón Paur y Chapuí, que se examinaron 1427 empleados y pacientes y en el Hospital San Vicente de Paúl 168 pacientes y empleados, encontramos un índice de morbilidad de imágenes sospechosas en la fluoroscopia de un 3%, y en un examen reciente de investigación catastro-torácico de 13.457 personas que comprende casi la totalidad del personal docente y administrativo del país, el índice fue altamente bajo, llegando apenas a 0.1 %. Otro catastro-torácico practicado en los reclusos de los centros penales dio un 0.7 % de sospechas TB.

En cuanto a la mortalidad por Tuberculosis, según datos referidos por la Dirección General de Estadística y Censos, ha sido calculada para 1968 en un 8.7 por 100.000 habitantes. Se refiere a su mayoría a fallecimientos ocurridos en hospitales. Creemos que la realidad es mayor ya que en la mortalidad general del país en las zonas retiradas, un alto porcentaje muere sin atención médica que en algunas regiones llega hasta un 60 %. Sin contar además que el reporte por fallecimiento de tuberculosis, que es de declaración obligatoria, deja mucho que desear.
