

ATENCIÓN DEL ENFERMO TUBERCULOSO A NIVEL COMUNITARIO EN EL ESTADO DE CHIAPAS, MÉXICO

— José Juan Solórzano Moguel¹ y María Elena Álvarez Cuevas¹ —

Entre agosto de 1989 y agosto de 1990 en el Municipio de Chicomuselo, estado de Chiapas —una zona de alta incidencia de tuberculosis— se capacitaron promotores de salud para realizar acciones prioritarias del Programa Nacional de Lucha contra la Tuberculosis. Para ello, se formalizó un programa de capacitación, evaluación bimensual de los trabajos realizados, detección de nuevos casos, supervisión de tratamientos y estudio de contactos utilizando la estructura y los recursos del Programa. Se asignaron a los promotores de salud las siguientes funciones: búsqueda de pacientes con síntomas respiratorios y realización de baciloscopias, revisión de la cicatriz posvacunal en menores de 15 años y estudios de contactos de enfermos tuberculosos. En total, se administraron 1 778 dosis de vacuna BCG a menores de 15 años en 35 comunidades, se estudiaron 144 pacientes con síntomas respiratorios, se practicaron 257 baciloscopias y se diagnosticaron 26 casos de tuberculosis. El grupo de edad más afectado fue el de 15 a 45 años. La vigilancia de los pacientes durante el tratamiento se efectuó mediante baciloscopia. Veintinueve personas iniciaron el tratamiento, 24 lo terminaron, 24 fueron curados, 5 no terminaron el tratamiento, 2 lo abandonaron, 3 fallecieron y ningún tratamiento fracasó. La eficiencia del programa fue de 82% y la eficacia, de 100%. Los resultados obtenidos demuestran que es posible aprovechar el recurso humano de la comunidad para desarrollar programas de salud. El hecho de que la comunidad aceptó y apoyó el programa se debe en parte a que, al aplicarlo, se tuvieron en cuenta sus intereses.

La tuberculosis en México continúa siendo un grave problema de salud pública. La morbilidad y mortalidad por todas las formas de presentación de la enfermedad (de las cuales la pulmonar es la más frecuente y contagiosa) han aumentado en los últimos años. Los datos proporcionados por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaria

de Salud y Asistencia (SSA) muestran una tendencia al aumento en el número de casos (de 11 215 en 1980 a 14 895 en 1989) (1). Ello indica que, a pesar de que la tuberculosis es una enfermedad controlable, todavía no se han aplicado los mecanismos adecuados para disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad.

El estado de Chiapas, ubicado en la frontera sur del país, es el más afectado a nivel nacional. Las tasas de morbilidad y mortalidad por tuberculosis en Chiapas son mucho más altas que la media nacional y oscilan entre 56,42 y 18,5 por 100 000 habitantes, respectivamente (2).

A pesar de ser uno de los estados con más recursos económicos, por su ex-

¹ México, Secretaría de Salud y Asistencia, Hospital General de Comitán. Dirección postal: 9a. Calle Sur-oriente No. 11, C.P. 30000, Comitán, Chiapas, México.

tenso territorio y sus características agroecológicas, sus índices de marginación social están entre los más altos del país (3). En la zona viven numerosos grupos étnicos y de campesinos en precarias condiciones de vida y con escaso acceso a los servicios de salud. Esta situación explica en parte el grave deterioro de los indicadores de salud de este estado y el predominio de las enfermedades infecciosas.

La magnitud que ha alcanzado el problema de la tuberculosis en Chiapas es un indicador de la limitada cobertura de los servicios de salud a nivel estatal. En la evaluación operativa realizada en el primero y segundo semestres de 1989, del total de tosedores detectados solo se examinó a 64,5% y se les realizaron baciloscopias a 50,4% (1,8 por paciente sintomático). De los 1 186 casos diagnosticados solo 694 iniciaron el tratamiento, 80% de los cuales siguieron el esquema de corta duración. La eficiencia del tratamiento fue 75,15 y la eficacia, 82,7 (4). La mayoría de estos enfermos se diagnosticaron en etapas tardías de la enfermedad, cuando esta ya había causado lesiones orgánicas importantes.

En este trabajo se presenta la experiencia del desarrollo de una respuesta integral al problema de la tuberculosis llevada a cabo en una zona de alta incidencia en el estado de Chiapas, ubicada en la región sanitaria III, fronteriza con Guatemala.

Las actividades del programa son realizadas en el Municipio de Chicomuselo por promotores de salud comprometidos con el trabajo comunitario. El programa se desarrolló como respuesta a la necesidad urgente de formar un grupo de la comunidad responsable y con capacidad técnica para realizar acciones prioritarias de forma coordinada en la lucha contra la tuberculosis. La deficiencia de

servicios de salud en la zona, los altos índices de abandono del tratamiento, la falta de supervisión estricta de los mismos, la baja cobertura de vacunación con BCG y el alto número de casos de meningitis fímica (uno de los más elevados del país) (5) obligan a tomar medidas distintas de las empleadas por el programa del Hospital General de Comitán.

MATERIALES Y MÉTODOS

Área de trabajo

El trabajo se llevó a cabo entre agosto de 1989 y agosto de 1990 en el municipio de Chicomuselo —habida cuenta del elevado número de casos diagnosticados y del alto grado de participación de la comunidad en este municipio— y en algunas comunidades de los municipios colindantes, como Frontera Comalapa, Bella Vista y Siltepec. El municipio de Chicomuselo se encuentra en la depresión del estado de Chiapas, a una altura de 580 metros sobre el nivel del mar, y tiene una superficie de 958 km² y una población aproximada de 25 000 habitantes. Cuenta con 10 ejidos y aproximadamente 60 comunidades, campesinas en su mayoría. La vía de acceso a la zona es terrestre y los caminos se encuentran en malas condiciones y no son transitables en épocas de lluvia (6).

Organización

Las actividades del programa se iniciaron manteniendo reuniones con un grupo religioso de la zona durante dos años, en las que se planteó la necesidad prioritaria de capacitar promotores de salud para desarrollar las actividades específicas del Programa Nacional de Lucha contra la Tuberculosis. Para ello, se numeraron las comunidades con más alto nivel de organización, se seleccionaron promotores de salud y se nombraron responsables. Por último, se formalizó un programa de capacitación, supervisión y evaluación bimestral de los trabajos realizados.

Recursos humanos y funciones

El equipo de trabajo² desempeñó sus funciones en toda la jurisdicción sanitaria de la zona. Las acciones se realizaron en ocho municipios e incluyeron la formación de recursos humanos, prevención, detección de nuevos casos (sintomáticos respiratorios), supervisión de tratamientos y el estudio de contactos. El equipo de trabajo quedó formado por los siguientes integrantes:

□ Un médico coordinador de campo, responsable de la administración y la capacitación de los promotores de salud de la zona.

□ Un médico responsable de la consulta externa, de la atención de los enfermos sintomáticos respiratorios que acudían al Hospital General y de enviar a los pacientes diagnosticados de tuberculosis a los promotores de salud de la zona para su control y vigilancia.

□ Un técnico de salud, encargado de capacitar, supervisar y asesorar a promotores de salud, organizar asambleas de la comunidad para dar a conocer el programa y evaluar sus avances. Esta persona también era responsable de evaluar y redactar los informes de la evolución clínica de los pacientes.

□ Una auxiliar de enfermería, responsable del procesamiento de la información, la notificación de casos, la elaboración de informes de actividades y la obtención de medicamentos y recursos materiales necesarios.

□ Un técnico laboratorista encargado del procesamiento de las muestras para baciloscopia.

□ Cincuenta promotores de salud responsables de las actividades directas del programa en el campo. A través de ellos, se pretendía penetrar en la comunidad, planteando los problemas de salud de la zona. Por otro lado, debían organizar asambleas de la comunidad y elaborar un plan de trabajo conjunto, repartiendo tareas a los demás habitantes, como la búsqueda de sintomáticos respiratorios y su remisión a la casa de salud para que se les practicaran baciloscopias. Ellos mismos fijaban las muestras para las baciloscopias de los sintomáticos y de los enfermos en período de control, y administraban diariamente y bajo supervisión las vacunas y los quimioprolácticos. Por último, organizaban reuniones mensuales para informar a la comunidad sobre la evolución de los enfermos y los avances del programa.

Para llevar a cabo las actividades mencionadas, se utilizaron la estructura y los recursos que marca el Programa Nacional de Lucha contra la Tuberculosis. Como centro de operaciones se utilizó la Unidad de Apoyo Diagnóstico y de Consulta Externa del Hospital General de Comitán.

Metodología

El trabajo se inició realizando reuniones con los promotores de salud de la zona. La comunidad contaba con una organización propia para resolver los problemas más inmediatos de salud. Un porcentaje muy bajo de promotores habían asistido a cursos de salud dictados por religiosos, en los que se explicaban temas básicos en atención primaria.

A continuación, se explicó a los promotores la importancia de la tuberculosis y los mecanismos de control de la enfermedad y se sometió a su consideración el plan de trabajo que se debía realizar en un año, subrayando la importancia de la participación de toda la comunidad. Estos temas se analizaron en grupos de trabajo y las conclusiones se presentaron en asambleas en cada una de las comunidades. La decisión final recaía en la comunidad. Un mes después, se celebró una nueva reunión en la que se pre-

² El equipo de trabajo estuvo integrado por las siguientes personas: José Juan Solórzano Moguel (médico general), María Elena Álvarez Cuevas (médico general), Socorro Vázquez López (auxiliar de enfermería), Antonio Hernández López (técnico laboratorista) y Cristina Avendaño García (técnico laboratorista)

sentaron las decisiones tomadas por la comunidad. Al principio, se logró la participación de 35 comunidades.

Seguidamente, se impartieron dos cursos teorico-prácticos sobre los mecanismos de control de la tuberculosis, separados por un intervalo de seis meses. Los temas tratados fueron los siguientes: la tuberculosis como enfermedad transmisible, importancia de la baciloscopia en el diagnóstico y control del enfermo tuberculoso, capacitación en la toma de muestras y su fijación para las baciloscopias, manejo de esquema de tratamiento antifímico de corta duración, y técnica de aplicación de la BCG.

Al finalizar el primer curso, se asignaron las tareas de las actividades básicas del programa de la siguiente manera:

Búsqueda de pacientes con síntomas respiratorios y realización de baciloscopias. El primer paso en esta actividad consistió en localizar a todos los pacientes sintomáticos respiratorios que presentaron tos y expectoración, sin tener en cuenta el tiempo de evolución de los síntomas. Asimismo, se consideraron otros signos y síntomas de sospecha de la enfermedad. Esta búsqueda estuvo apoyada por integrantes de la comunidad que enviaban a estos enfermos a la casa de salud o al domicilio del promotor. Algunos enfermos fueron localizados fácilmente, ya que su historia de tosedor era bien conocida por la comunidad (algunos de ellos también tenían antecedentes de hemoptisis). En algunos sintomáticos respiratorios fue difícil obtener muestras debido a que en ese momento no expectoraban o estaban trabajando en zonas alejadas.

Revisión de la cicatriz posvacunal en menores de 15 años. Se realizaron censos en la comunidad de los menores de 15 años y los promotores revisaron las cicatrices para estimar la cobertura de vacunación y fijar metas.

Estudios de contactos de enfermos tuberculosos. Se prepararon los expedientes de los familiares de los enfermos en tratamiento, revisando los de aquellos que no tenían antecedentes de cuadros respiratorios y se administraron vacunas de BCG a los menores de 15 años y quimioprofilaxis supervisada a los casos.

Normas generales del programa

Las normas generales del programa fueron las siguientes:

1 Solo iniciarán el tratamiento aquellos enfermos que tengan baciloscopia positiva.

2 Serán sujetos del programa aquellos enfermos que vivan en comunidades donde exista un promotor de salud y hayan sido diagnosticados en su comunidad o remitidos por la consulta externa del hospital o de otra unidad de salud.

3 El tratamiento de elección será el esquema de corta duración supervisado, con una primera fase intensiva diaria de dos meses con un total de 60 dosis de isoniacida (300 mg), rifampicina (600 mg) y pirazinamida (2 gr), y otra de sostén, de cuatro meses de duración, con isoniacida (800 mg) y rifampicina (600 mg) dos veces por semana.

4 La supervisión del tratamiento será responsabilidad del promotor de salud.

5 El promotor rendirá un informe de sus actividades cada dos meses en reuniones.

6 El alta del enfermo por cualquier causa deberá ser valorada por el médico coordinador y se registrará según los criterios del programa.

Actividades específicas del promotor

Los siguientes puntos describen las funciones adscritas a los promotores.

1 Realización del censo de su comunidad, localización de los menores de 15 años y revisión de la cicatriz de la vacuna.

2 Toma y fijación de muestras de esputo de todo tosedor que acuda a la casa de salud y envío de las muestras para baciloscopia en el Hospital de Comitán.

3 Supervisión estricta de los enfermos en tratamiento por medio de un tarjetón de control.

4 Realización de baciloscopias mensuales a los enfermos en fase de control.

5 Vacunación con BCG de los menores de 15 años y, preferentemente, de los menores de 5 años.

6 Vigilancia de la evolución de la cicatriz posvacunal.

7 Administración de quimioprofilaxis a las personas que conviven con los pacientes.

8 Evaluación del trabajo en la asamblea general de promotores.

Actividades del técnico en salud

Las responsabilidades del técnico en salud fueron las siguientes:

1 Supervisión de las actividades de los promotores de salud cada dos meses.

2 Difusión del programa y realización de sesiones educativas con habitantes de la comunidad.

3 Detección de reacciones secundarias y efectos indeseables de los medicamentos antifímicos.

4 Dotación de material y medicamentos a los promotores de salud para enfermos diagnosticados que se encuentran bajo control.

5 Coordinar las reuniones de evaluación.

RESULTADOS

En total se administraron 1 778 dosis de vacuna BCG a menores de 15 años en 35 comunidades. Se estudiaron 144 pacientes sintomáticos respiratorios y se practicaron 257 baciloscopias, con un promedio de 1,78 baciloscopia por tosedor. El número de casos diagnosticados fue 26, uno de ellos como recaída después del tratamiento anterior (figura 1). El tratamiento se inició bajo supervisión en 31 enfermos, 5 de los cuales procedían de la consulta externa del hospital. El grupo de edad más afectado fue el de las personas de 15 a 45 años. No se observaron diferencias en el número de casos entre ambos sexos (figura 2).

FIGURA 1. Número de sujetos sintomáticos y enfermos estudiados, y de baciloscopias realizadas. Chicomuselo, estado de Chiapas, México, 1989-1990

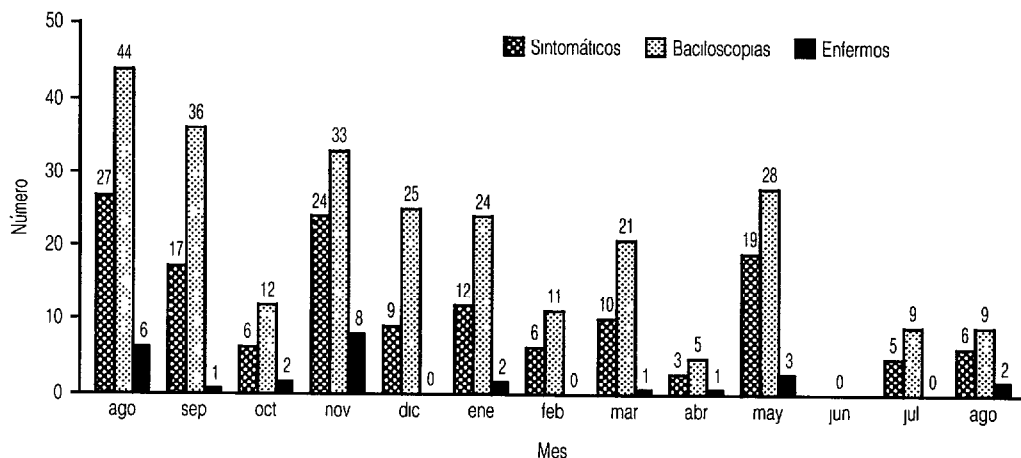
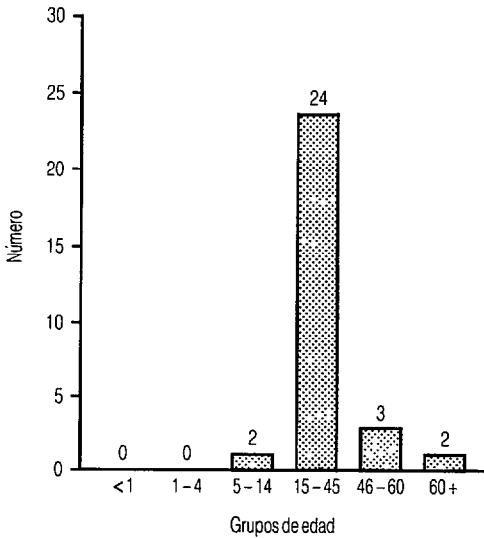


FIGURA 2. Número de enfermos diagnosticados por grupos de edad. Chicomuselo, estado de Chiapas, México, 1989-1990



Fuente: Archivo del Hospital General de Comitán, México

La vigilancia del paciente durante el tratamiento se efectuó principalmente mediante baciloscopia. En total, se practicaron 96 baciloscopias de control, con un promedio de tres por enfermo. Se administraron 35 quimioprofilaxis a menores de 14 años. El número de curaciones, defunciones y abandonos fue, respectivamente, 24 (83%), 3 (10%) y 2 (7%).

La eficiencia y eficacia del programa se calcularon de acuerdo con las normas de evaluación operativa semestral del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (7). Los resultados obtenidos fueron los siguientes: 29 personas iniciaron el tratamiento, 24 terminaron el tratamiento, 5 no terminaron el tratamiento y 2 lo abandonaron. Hubo 24 curaciones, 3 defunciones y 0 fracasos. La eficiencia del programa fue de 82,1% y la eficacia de 100%, con 6% de abandonos y 10% de letalidad.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos por el programa "Atención del Enfermo Tuberculoso a Nivel Comunitario" demuestran la factibilidad de aprovechar el recurso humano de la comunidad para desarrollar programas de salud. Actualmente, las políticas de salud han tomado la estrategia de atención primaria de salud como pilar para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000. El logro de esta meta está basado en la participación comunitaria. La cobertura de las necesidades de atención médica y el desarrollo de programas prioritarios en las zonas rurales y marginadas no han alcanzado todavía los objetivos formulados por las autoridades de salud. Ello se debe a que no se ha tomado en cuenta el potencial valioso que ofrece la comunidad y la posibilidad de responsabilizar a sus integrantes de los programas.

El problema de la tuberculosis ha conseguido despertar el interés de los habitantes de una zona ubicada en el estado de Chiapas donde un grupo de promotores de salud ha unido esfuerzos para vigilar a sus enfermos, lograr su adherencia al tratamiento y mejorar la eficacia y la eficiencia de un programa. Además, han motivado a la comunidad a participar en los programas y a organizarse para responder a otros problemas de salud. Con estas acciones, se ha logrado evitar el desplazamiento de los enfermos a centros de atención lejanos, y se han reducido los gastos de transporte, alimentación y hospedaje de los enfermos, así como el tiempo necesario para diagnosticar la enfermedad e iniciar el tratamiento. Por otro lado, la comunidad se ha responsabilizado de la vacunación y vigilancia estricta de los tratamientos, se ha socializado su conocimiento en torno al proceso salud-enfermedad y se le ha involucrado en el desarrollo de bases organizativas para la gestión de sus problemas de salud.

El hecho de que la comunidad haya aceptado y apoyado el programa se debe en parte a que en su elaboración y aplicación se han tenido en cuenta los intereses de la comunidad.

REFERENCIAS

1. México, Secretaría de Programación y Presupuesto. Informe del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México, DF, 1988.
2. México, Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Boletín Mensual de la Dirección General de Epidemiología*. México, DF, 1990.
3. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Necesidades esenciales en México, geografía de la marginación*. México, DF: Siglo XXI; 1988.
4. México, Secretaría de Salubridad y Asistencia. Evaluación Operativa Semestral del Programa de Tuberculosis. Estado de Chiapas: Secretaría de Salubridad y Asistencia; 1986.
5. Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Boletín Mensual Operativa Semestral*. México, DF, 1990.
6. México, Secretaría de Salubridad y Asistencia. Informe de Servicio Social, 1985–1986. Chicomuselo, Chiapas: Secretaría de Salubridad y Asistencia; 1988.
7. México, Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Manual de normas y procedimientos para la prevención y control de la tuberculosis*. México, DF: Secretaría de Salubridad y Asistencia; 1990.

SUMMARY

CARE OF TUBERCULOSIS PATIENTS AT THE COMMUNITY LEVEL IN THE STATE OF CHIAPAS, MEXICO

From August 1989 to August 1990 in the *municipio* of Chicomuselo, State of Chiapas—an area with a high incidence of tuberculosis—health promoters were trained to carry out priority actions as part of the National Campaign Against Tuberculosis. A program to provide training, semi-monthly evaluation of the work carried out, detection of new cases, treatment supervision, and contact tracing was established utilizing the structure and resources of the Campaign. The health promoters were assigned the following functions: searching for patients with respiratory symptoms and conducting sputum smear examinations, examining postvaccination scars in persons under 15 years of age, and tracing tuberculosis patient contacts. In total, 1 778 doses of BCG vaccine were administered to individuals under 15 years of age

in 35 communities; 144 patients with respiratory symptoms were studied; 257 sputum smear examinations were carried out; and 26 cases of tuberculosis were diagnosed. The most affected age group consisted of those 15 to 45 years old. Patients were monitored during treatment through sputum smear examinations. Twenty-nine persons started the treatment and 24 completed it; 24 were cured, five did not complete the treatment, two abandoned it, and three died. There were no treatment failures. The efficiency of the program was 82% and its effectiveness, 100%. The results show that it is possible to utilize the human resources in a community to carry out health programs. The community members' acceptance of and support for the program was due in part to that fact that their interests were taken into account in its implementation.