



**UNIVERSIDAD POPULAR AUTONOMA
DEL ESTADO DE PUEBLA**

FACULTAD DE MEDICINA

Costo-Beneficio de la Atención del
Paciente con Tuberculosis Pulmonar en
el Hospital General No. 36 del I.M.S.S.

(Enero 1997 - Diciembre 1997)



BIBLIOTECA CENTRAL

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
MEDICO CIRUJANO Y PARTERO
PRESENTA:

M^a del Carmen Peregrina Duran

Asesor y Revisor de Tesis:

Dr. Javier de León Rincón

Revisor Interno:

Dr. Francisco Albisua Cortes

Puebla, Pue. 1998



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyla**

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 textos, imágenes, gráficas, 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 de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



BIBLIOTECA CENTRAL

45772

**UNIVERSIDAD POPULAR AUTONOMA DEL
ESTADO DE PUEBLA**

FACULTAD DE MEDICINA

**COSTO-BENEFICIO DE LA ATENCION DEL
PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN
EL HOSPITAL GENERAL No. 36 DEL I.M.S.S. (Enero
1997 – Diciembre1997)**

**TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE MEDICO
CIRUJANO Y PARTERO
PRESENTA**

Mª DEL CARMEN PEREGRINA DURAN

ASESOR Y REVISOR DE TESIS:

DR. JAVIER DE LEON RINCON

**REVISOR INTERNO: DR. FRANCISCO ALBISUA
CORTES**

CONTENIDO

	PAG
> AGRADECIMIENTOS	
> RESUMEN	1
> ANTECEDENTES GENERALES	3
> ANTECEDENTES CIENTIFICOS	4
> MATERIAL Y METODO	6
> RESULTADOS	7
> DISCUSION	25
> BIBLIOGRAFIA	26

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS.

DIOS...

Gracias por permitirme conocer a las personas que amo ,mi familia y la vida.

MADRE Y TIA...

Con amor infinito, creadoras de la unidad e integración de la familia y apoyo para lograr lo que hoy soy. ,

ING. EDGAR C ...

Por todas las facilidades técnicas para realizar esta tesis

SERES QUERIDOS...

Mi expresión más sincera de cariño y gratitud infinitos

DR.. URIEL P..

Portador de una gran bondad derramada en mi y su apoyo incondicional, un sentimiento de gratitud muy especial

DR.. JAVIER .DE LEON..

.La confianza y cariño otorgado en todo momento.

DR. FRANCISCO ALVISUA...

Gracias por su actitud incondicional ,y confianza.

Un testimonio de amor para mi hijo por el cual a pesar de los momentos difíciles continuo día a día con proyectos de superación para darle lo mejor de mi.

MAX AGUSTIN TRIGO P.

Una inmensa gratitud, admiración y reconocimiento para ti que estas a mi lado como pareja ...

MAX RICARDO TRIGO M..

RESUMEN

La información obtenida del análisis de 10 expedientes de pacientes hospitalizados, destacan los siguientes hechos.

1. Predomina el ser masculino con 7 casos (70%)
2. El grupo de edad más afectado por éste padecimiento 25 a 34 años y el de 35 a 44 años.
3. De la actividad a la que se dedican estos pacientes, destaca la de obrero con 5 casos (50%)
4. Algunos pacientes hospitalizados por Tuberculosis Pulmonar cursaban con otro padecimiento como es el caso de 2 pacientes(20%) que tenían SIDA, un paciente con Diabetes Mellitus y otro paciente con alcoholismo.
5. El 60% de los casos (6 pacientes) radican en la ciudad y zonas conurbanas el resto en zona rural.
6. Estancia hospitalaria, predomina el de 10-14 días con 6 casos (60%: de 5 a 9 y de 20 a 24 días se encontró a 2 pacientes en cada grupo (20%) para cada uno.
7. Los estudios de laboratorio que más se realizaron fueron en orden decreciente;
 - ♦ BAAR 22 (19%),
 - ♦ EGO 20 (16%)
 - ♦ COPROPARASITOSCOPICO 20 (16%)
 - ♦ QUIMICA SANGUINIA 18 (15%)
 - ♦ BIOMETRIA HEMATICA 17(14%)
 - ♦ UROCULTIVO 16 (13%)
 - ♦ ELISA 9 (7%)
8. Así mismo tenemos que los estudios de gabinete que más se solicitaron fueron:
 - ♦ RX DE TORAX 21 (72%) Y EKG (27.6%).
9. El total de días de estancia de los pacientes fue de 136 con un promedio de 13.6 días paciente
10. Se realizaron 145 estudios de laboratorio a ese mismo grupo de pacientes, con promedio de 14.5 estudios por paciente durante su estancia hospitalaria rural.

11. Estudios de gabinete en promedio se realizaron 2.9 por paciente.

12. El costo unitario día - cama es de \$1604.00 con un costo total de \$217,736.00 por los días de Hospitalización de los 10 pacientes.

13. La inversión por estudios de laboratorio fue de \$5,800.00.

14. Y el gasto erogado por estudio de gabinete fue de \$3,393.00.

15. El total por los gastos de atención Hospitalaria se invirtieron \$226,999.00.

16. La inversión es independiente al costo erogado por los medicamentos, y que en este caso cabe señalar que el tratamiento antifímico asciende a \$422.94, independientemente a la inversión por otros medicamentos requeridos, o bien por el gasto erogado en el seguimiento a estos padecimientos.

17. El gasto por la aplicación de vacuna BCG asciende a \$18.78 la dosis.

18. Finalmente se concluye que el gasto erogado pro acciones médico - preventiva es menor al gasto erogado pro gastos de curación, independientemente a la trascendencia que cada caso de enfermedad representa tanto para la familia como para la sociedad.

ANTECEDENTES GENERALES

La tuberculosis es tan antigua como la humanidad, ha sido encontrado en vertebrados en hombres de neolítico y en huesos de animales prehistóricos. En el antiguo Egipto (3300 años a c) la tuberculosis causó serios problemas de salud. Estudios recientes hechos por Elliot Smith han comprobado lesiones típicas en pulmones y huesos de momias humanas y de animales de esa época. Tanto en el viejo mundo como en América se ha identificado DNA microbacteriano en restos humanos.

En el siglo V, Hipócrates de Cos (460-370 a c) es el más grande médico griego y padre de la medicina menciona por primera vez algunas características clínicas de la tuberculosis considerada mortal como la tos, la disnea, la hemoptisis, la anorexia y la pérdida de peso (1, 2, 3).

La tuberculosis se define como una infección bacteriana necrosante con sistomatología muy variable y distribución mundial.

Esta enfermedad es causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, es un bastoncillo de resistencia a la decoloración por alcohol ácido (1, 5, 6).

Dos especies de bacilos tuberculosos infectan al hombre: *M. tuberculosis* y *M. bovis*. Se ha encontrado que otras especies de microbacterias causan infección crónica pulmonar, las más comunes son *M. Avium* - intracelular y *H. Kansai* (6, 13, 14).

Para fines prácticos, la única vía importante es la pulmonar, la mayoría de las lesiones; en la fase inicial de la infección se localizan en los dos tercios inferiores, donde la ventilación es mejor y por lo tanto es más factible que se depositen los núcleos de las gotitas infectantes (9, 10).

Después que se efectúa la fagocitosis en el huésped no inmune los bacilos pueden permanecer viables o multiplicarse ocasionalmente dentro de la macrofagos.

Los microorganismos llegan a los ganglios regionales e incluso a la sangre antes de que su progreso se vea inhibido por la adquisición gradual de inmunidad específica durante un periodo de varias semanas. Para entonces, se desarrolla la característica reacción tisular con granuloma de células epiteliales y necrosis con caseificación en la lesión primaria, los ganglios linfáticos regionales y cualquier otro sitio a donde los bacilos se hayan diseminados (5, 11, 22).

La cantidad de bacilos descienden en forma drástica con la aparición de necrosis caseosa, lo cual indica que la caseificación se acompaña de liberación de linfocitos t, y enzimas de los macrofagos que destruyen los tejidos del huésped (17, 19, 21).

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La sintomatología en la mayoría de los casos: el principio de la tuberculosis pulmonar crónica es insidiosa y puede ir precedida de pérdida de peso, anorexia, cefalalgia por las tardes, palpitación durante el ejercicio moderado; tos puede ser acompañado, de hemoptisis, fiebre, tos productiva, y dolor pleurítico (18, 19, 22).

El diagnostico se realiza mediante una prueba cutánea con tuberculina, creando se introduce en la piel de una persona con infección tuberculosa, desencadena la liberación de varios linfocitos que en las siguientes 24 hrs. causan un engrosamiento localizado en la piel debido a edema y acumulación de linfocitos sensibilizados (19, 22).

La radiografía de Tórax nos reporta valiosa información, un infiltrado multinodular muestra concavitación en 1 o ambos lóbulos superiores de los pulmones, debido a la propensión de la tuberculosis a propagarse por los bronquios a otra parte del pulmón.

En ocasiones, en especial las ancianos, las lesiones quedan limitadas a los 16 lóbulos inferiores.

El diagnostico bacteriológico mediante la identificación mycobacterium tuberculoso por medio de cultivos de tejido o de una secreción adecuada: Esputo, lavado gástrico, orina LCR, derrame seroso, o pus de un absceso, Sin embargo, una inútil medida preliminar es hacer un frotis de material y tñirla para examinado al microscopio (9, 13, 19).

El tratamiento de la tuberculosis se basa en la exposición intensa y prolongada de los microorganismos antagonistas bacterianos.

La Isoniacida; interfiere la síntesis de DNA y el metabolismo intermediario del bacilo tuberculoso, constituye la clave de la quimioterapia antituberculosa.

La Rifampicina actúa por inhibición de la polimerasa RNA de los bacilos tanto intra como extracelular. Y la Estreptomycin inhiben la síntesis de proteína, con bactericidas para los bacilos extracelulares, pero ineficaces contra los microorganismos intracelulares.

El Etambutol inhibe la síntesis de RNA, y es bacteriostático contra los bacilos tuberculosos y extracelulares, su principal valor es la inhibición del desarrollo de mutantes que son resistentes a la rifampicina e Isoniacida.

El objetivo inmediato de la quimioterapia es matar los microorganismo sin permitir la selección de mutación resistente.

La prevención y lucha contra la tuberculosis se basa en la pesquisa de casos, el tratamiento de los mismos y en la profilaxis que incluye la aplicación de BCG. Con relación a este último punto, la Norma Oficial Mexicana NOM-0006 SSAP1993 para la

prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud, en concordancia con lo recomendado por la organización mundial de la salud, referente a que los países con tasas de infección anual tuberculoso mayor al 1 % deben implementar programas de vacunación con BCG.

En algunos países se piensa que la inmunización debe comenzar al nacimiento, repetirse a los 3 meses de edad y reforzarla a las tres, cuatro, seis y 12 años.

Las vacunas con BCG se han utilizado para la prevención de la tuberculosis en seres humanos desde 1991 y se han administrado más de 3×10 dosis. No hay información de que la vacuna repetida confiera protección adicional contra la tuberculosis. El BCG, es un agente inmunizante que empíricamente ha inducido respuesta inmune contra la tuberculosis en un importante sector de la población humana. Además de conocerse solo parcialmente el modo de acción de la vacuna con BCG para inducir la respuesta inmune, se desconoce la oportunidad relativa del BCG para producir infecciones activas, enfermedad, complicaciones e incluso la muerte en personas clínicamente sanas.

Como la vacuna con BCG tiene efectividad variable, no debe considerarse como el único instrumento de los programas nacionales de control de la tuberculosis.

MATERIAL Y METODOS

Se trata de una investigación que se realizó, en el servicio de Medicina Interna del Hospital General Regional No. 36 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Puebla.

Estudio fue de tipo: Observacional, Descriptivo, Transversal, Retrospectivo, Causa - Efecto.

Se incluyó a 10 pacientes hospitalizados con el diagnóstico de tuberculosis pulmonar, durante el año de 1997, se excluyó de la investigación a pacientes que ingresaron con diagnóstico probable y a los cuales se le descartó la Tuberculosis Pulmonar.

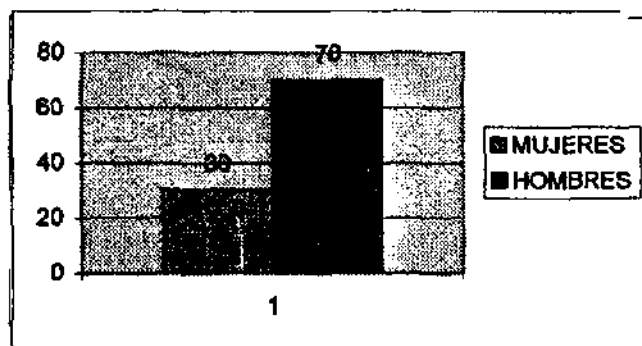
Los datos se obtuvieron de los expedientes clínicos y fueron registrados en formularios diseñados para este fin.

Se analizó desde la fecha de ingreso hasta la fecha de egreso. Finalmente se analizó los costos de la atención médica por el total de días de hospitalización y el tipo y número de estudios de laboratorio y gabinete realizados.

Esta información se contrastó con los datos obtenidos por concepto vacunación, la información anterior se presenta con los cuadros y gráficas correspondientes.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No 36
EDAD Y SEXO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR TUBERCULOSIS
PULMONAR

EDAD		HOMBRES	MUJERES	No.	TOTAL
14-24	1	10	-	-	10%
25-34	3	20	10	1	30%
35-44	3	10	20	2	30%
45-54	2	20	-	-	20%
55-64	1	10	-	-	10%
65	-	-	-	-	-
	10	70	30	3	100%



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL N° 36
EDAD Y SEXO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS
POR TUBERCULOSIS PULMONAR**

De acuerdo a los datos obtenidos en la investigación de 10 pacientes hospitalizados por tuberculosis pulmonar, se observa que predomina el ser masculino con un 70% y el 30% corresponde al ser femenino

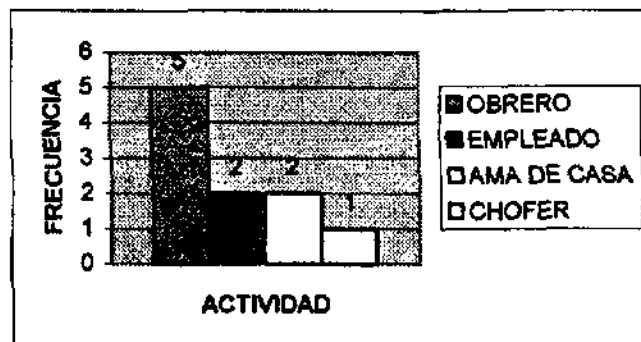
En lo que se refiere a la edad los grupos mas afectados son el de 25-34 años y el de 35-44 años representados con 3 casos cada uno sigue el grupo de 45 - 54 años de edad con 2 casos (20%) y finalmente se encuentra el grupo de 15-24 años y de 55-64 años en el cual sólo se registra un caso (10%)

FUENTE: Datos captados en los expedientes clinicos de pacientes hospitalizados.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 36
OCUPACION DE PACIENTES HOSPITALIZADOS
POR TUBERCULOSIS PULMONAR

No	ACTIVIDAD	FRECUENCIA	%
1	OBRERO	5	50
2	EMPLEADO	2	20
3	AMA DE CASA	2	20
4	CHOFER	1	10
	TOTAL	10	100

FUENTE: Datos captados en los expedientes clínicos de pacientes hospitalizados.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 36
OCUPACION DE PACIENTES HOSPITALIZADOS
POR TUBERCULOSIS PULMONAR 1997**

De la actividad a la que se dedican los pacientes captados, en orden de frecuencia destaca el obrero con 5 casos 50%, le siguen empleados y amas de casa con 2 casos cada uno 20% y finalmente en la categoría de chofer con un solo caso 10%,

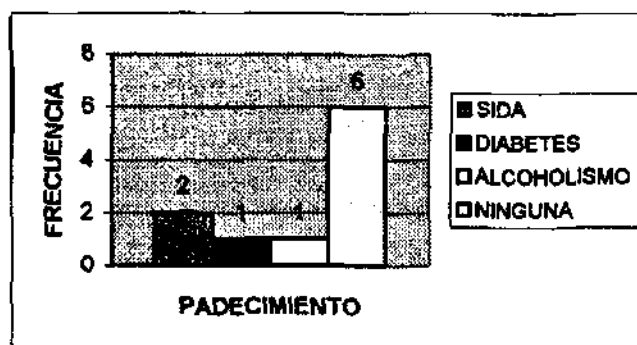
Cabe señalar que incluye únicamente a población derechohabiente y no incluye otra categoría.

FUENTE: Datos captados en los expedientes clínicos de pacientes hospitalizados.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL N° 36
ASOCIACION DE TUBERCULOSIS PULMONAR CON OTRO PADECIMIENTO

No	PADECIMIENTO	FRECUENCIA	%
1	SIDA	2	20
2	DIABETES	1	10
3	ALCOHOLISMO	1	10
4	NINGUNA	6	60
TOTAL		10	100

FUENTE: Datos captados en los expedientes clínicos de pacientes hospitalizados.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 36
ASOCIACION DE TUBERCULOSIS PULMONAR CON OTRO PADECIMIENTO

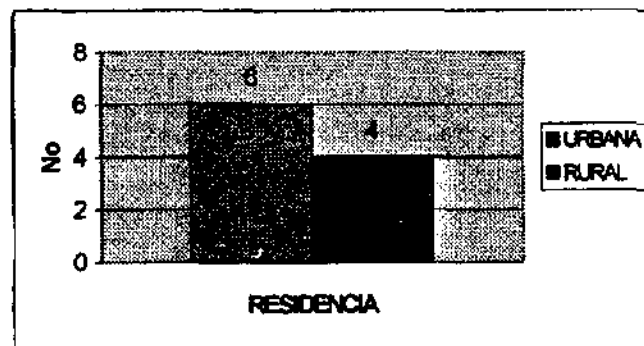
Aun cuando la tuberculosis pulmonar se encontraba en via de control, en las ultimas décadas se ha observado un incremento en esta enfermedad y en ocasiones asociada a otro padecimiento como en el caso del SIDA, en el que se represento con 2 casos (20%) le sigue la Diabetes Mellitus con un caso (10%) y una proporción igual para el alcoholismo ya se encuentra como una enfermedad en la CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES. Los otros 6 casos no tuvieron asociación con otra patología.

FUENTE: Datos captados en los expedientes clínicos de pacientes hospitalizados.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 36
RESIDENCIA HABITUAL DE PACIENTES HOSPITALIZADOS
POR TUBERCULOSIS PULMONAR 1997

No	RESIDENCIA	No	%
1	URBANA	6	60
2	RURAL	4	40
3		10	100

FUENTE: Datos captados en los expedientes clínicos de pacientes hospitalizados.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 36
RESIDENCIA HABITUAL DE PACIENTES HOSPITALIZADOS
POR TUBERCULOSIS PULMONAR**

Se ha mencionado que la tuberculosis pulmonar es un padecimiento que principalmente se encuentra asociado a población con malos hábitos higiénicos - dietéticos con bajo nivel socio económico, sin embargo debemos considerar al cuadro anterior en el que nos demuestra como otros padecimientos hacen susceptible al hombre.

En el cuadro No. 3 y de acuerdo a la residencia habitual se observa el 60% (6 pacientes) habitan en la ciudad y el otro 40% en el área rural.

FUENTE: Datos captados en los expedientes clínicos de pacientes hospitalizados.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 36
TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA DE PACIENTES
CON TUBERCULOSIS PULMONAR
1997

No	DIAS HOSPITALIZADOS	FRECUENCIA	%
1	1-4	0	-
2	5-9	2	20
3	10-14	6	60
4	15-19	0	0
5	20-24	2	20
6	25-29	0	-
	TOTAL	10	100

FUENTE: Datos captados en los expedientes clínicos de pacientes hospitalizados.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 36
TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS
PULMONAR

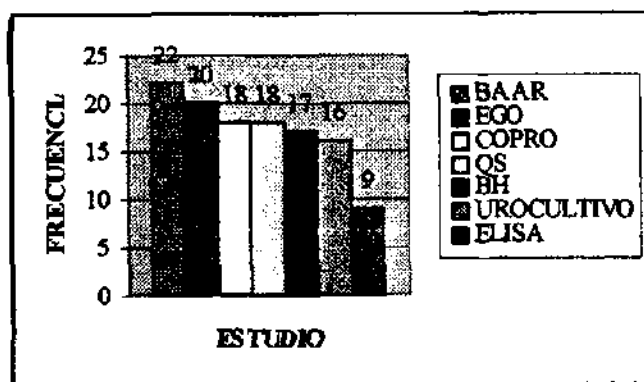
Actualmente un paciente con tuberculosis pulmonar puede tener un tratamiento supervisado y no requiere hospitalización, sin embargo hay factores que motivan que al paciente se le tenga que mantener en observación y tratamiento intensivo ante complicaciones como hemoptisis, enfermedad asociada descompensada, insuficiencia cardiorrespiratoria y deterioro general severo por lo que en el análisis de días de estancia hospitalaria se encontró que 6 pacientes estuvieron en un periodo de 10 a 14 días, 2 pacientes un periodo de 5 a 9 días y los otros 2 estuvieron de 20 a 24 días.

FUENTE: Datos captados en los expedientes clínicos de pacientes hospitalizados.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 36
ESTUDIOS DE LABORATORIO REALIZADOS DURANTE SU ESTANCIA A
PACIENTES HOSPITALIZADOS POR TUBERCULOSIS PULMONAR

No	ESTUDIO	FRECUENCIA	%
1	BAAR	22	19
2	EGO	20	16
3	COPROPARASITOS COPICO	20	16
4	QS	18	15
5	BH	17	14
6	UROCULTIVO	16	13
7	ELISA	9	7
TOTAL		122	100

FUENTE: Datos captados en los expedientes clínicos de pacientes hospitalizados.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 36
ESTUDIOS DE LABORATORIO REALIZADOS DURANTE SU ESTANCIA A
PACIENTES HOSPITALIZADOS POR TUBERCULOSIS PULMONAR

Como los pacientes Hospitalizados requieren de una terapia más sofisticado por el cuadro clínico que motivo su Hospitalización requiere además de estudios de laboratorio que apoye el diagnóstico.

A continuación se presenta la frecuencia y tipo de estudio realizado a los 10 pacientes Hospitalizados por tuberculosis pulmonar.

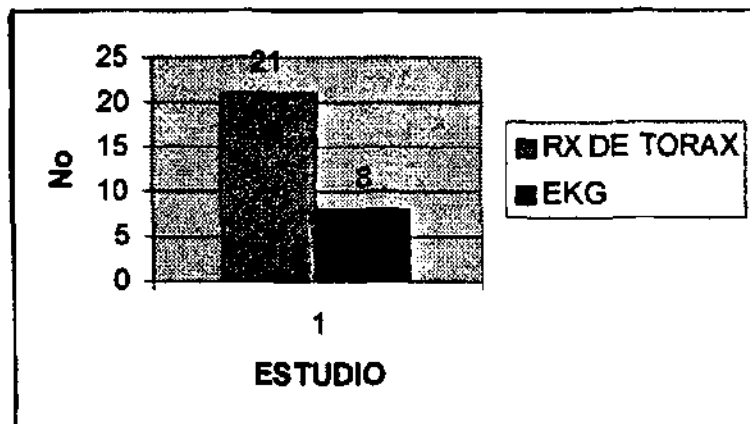
El estudio más solicitado es el BAAR, 22(19%:) le sigue EGO con 20 (16%) Química sanguínea 18 (15%), Biometría Hemática 17 (14%) Urocultivo (16%) finalmente la prueba de elisa 9 (7%).

FUENTE: Datos captados en los expedientes clínicos de pacientes Hospitalizados.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 36
ESTUDIOS DE GABINETE REALIZADOS A PACIENTES HOSPITALIZADOS
POR TUBERCULOSIS PULMONAR
1997

ESTUDIO	No.	%
RX DE TORAX	21	72.4
EKG	8	27.6
TOTAL	29	100

FUENTE: Datos captados en los expedientes clínicos de pacientes hospitalizados.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 36
ESTUDIOS DE GABINETE REALIZADOS A PACIENTES HOSPITALIZADOS
POR TUBERCULOSIS PULMONAR
1997**

Otros datos importantes para llegar a un buen diagnostico o para evaluar el estado de salud de un paciente es el que se refiere a los reportados por el estudio de gabinete, en la placa de tórax por ejemplo se busca lesiones unilaterales infiltrativas y CAVITADAS Y que corresponden tuberculosis pulmonar y no a otras patologías.

De lo anterior cabe destacar que la RX de tórax se solicito en 21 ocasiones (72.49%) en el total de 10 pacientes hospitalizados y de los cuales el 27% requirió electrocardiograma.

FUENTE: Datos captados en los expedientes clinicos de pacientes hospitalizados.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 36
COSTOS GENERADOS EN LA ATENCION MÉDICA A PACIENTES
HOSPITALIZADOS
POR TUBERCULOSIS PULMONAR
1998

CONCEPTO	TOTAL	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
DIAS DE HOSPITALIZACION	136	\$1601.00	\$217,736.00
ESTUDIOS DE LABORATORIO	145	\$40	\$5800.00
ESTUDIOS DE GABINETE	29	\$117	\$3393
COSTO TOTAL			\$226,229

FUENTE: Datos obtenidos al 30 de Junio de 1998 en la contraloría de hospitalización regional No. 36 del IMSS.

NOTA: Estos costos no incluyen tratamiento antifímico ni otros medicamentos requeridos.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 36
COSTOS GENERADOS EN LA ATENCION MÉDICA A PACIENTES
HOSPITALIZADOS
POR TUBERCULOSIS PULMONAR
1998

Las condiciones clínicas, las oportunidades en el diagnóstico y tratamiento, y la respuesta al mismo tratamiento determine el tiempo de hospitalización de cada paciente, lo anterior puede incrementar los costos de la atención medica y la susceptibilidad del paciente hacia alguna complicación hospitalaria.

En total de días de estancia intrahospitalaria de los 10 pacientes asciende a 136 y que por cada día de estancia hospitalaria el costo es de \$1601.00, lo que asciende a un costo total de \$217,736.00

Así mismo por conceptos de gastos de laboratorio ascendió a \$5,800.00 por 145 estudios realizados.

Y por estudio de gabinete fue \$3,393.00 de 29 estudios en total.

En total de los gastos erogados durante los 136 días de su estancia hospitalaria de los 10 pacientes ascendió a \$226,929.00.

Datos obtenidos hasta el 30 de Junio de 1998

MEDICAMENTOS ANTIFIMICOS PROYECTADOS POR EL SECTOR SALUD

MEDICAMEN- TOS	PRESENTA- CION	DOSIS		INTERMITEN- TE	REACCION
		NIÑO	ADULTO		
ISONIAZIDA	COMPRIMIDOS 100 mg	5-10 mg	300 DIARIO	600-800 mg	ADVERSA NEUROPATA PERIFERIC
RINFAPICINA	CAPSULAS 300 mg	10-20 mg	600	600 mg	HEPATITIS HIPERSENSIBI- LIDAD
PIRAMIZINA- MIDA	COMPRIMIDOS 500 mg	20-30 mg	1.5-2 g	2.5 g	GOTA HEPATITIS
ESTREPTOMI- CINA	FRASCO AMPULA 1 g	11-20	1 g	1 g	VERTIGO HIPOACUCI
ESTAMBUTO	COMPRIMIDOS 200-400 mg		1200 g		ALTERACIO- NES DE LA VISION

> 2 o 3 Veces por semana

> Enfermos de menos de 50 kgs de peso la mitad de la dosis, no usar durante el embarazo

> No utilizar en niños

FUENTE: Datos obtenidos del cuadro básico de medicamentos del sector salud.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 36
COSTO DE TRATAMIENTO ANTIFIMICO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
1997

CLAVE	NOM. DEL MEDICAMENTO	PRESENTACION	COSTO
2414-0003	RIMFANPICINA	ENVASE CON 240 TABLETAS	\$291.89
2415-0004	ISONIAZIDA	ENVASE CON 120 CAPSULAS	\$131.05
COSTO TOTAL			\$422.94

FUENTE: Datos obtenidos en el departamento de costos del hospital general regional No. 36

NOTA: Este medicamento es recomendado por el sector salud para el esquema acortado.

DISCUSION

La tuberculosis pulmonar actualmente representa un problema de salud pública, por ser trascendencia hacia el medio familiar y social.

Hay que destacar que para que se presente un caso es necesario que se rompa el equilibrio ecológico entre el agente huésped y medio ambiente, y que este equilibrio se mantiene en el agente; cuando no encuentra un medio ideal para instalarse y reproducirse en el huésped cuando hay inmunidad activa a través de la aplicación de vacuna BCG (Bacilo de Calmette Gueñ), así como su edad, estado nutricional, nivel socioeconómico, hábitos y costumbres; finalmente tenemos al medio ambiente en el que por falta de fuente de trabajo o inaccesibilidad a los servicios de salud favorece la enfermedad desde 1972 en la República Mexicana se ha practicado la vacunación con BCG, para prevención de la enfermedad y aunque inicialmente no era bien aceptado el producto aún por la comunidad médica, es ver que ahora los países de Latinoamérica se preocupan por esta actividad desde el momento del nacimiento de cada niño.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Rev Ins Nal Enf Resp Méx
Volúmen 8, No. 1
Enero-marzo 1993
- 2.- Bustamante-Montes Lp y Col
Salud Pública de México
Septiembre-octubre de 1996, vol. 38, No. 5
- 3.- Publicación científica No. 538
El control de las enfermedades transmisibles
- 4.- Rev Inst Nal Enf Resp Méx
Volúmen 10 No. 1
enero-marzo 1997
- 5.- Instantáneas
Bol Oficina Sanit Panam 119 (4), 1995
Schlant, Robert C.
- 6.- Rev Ins Nal Enf Resp Méx
Collins, John J. Jr.
- 7.- BMJ
Allen Engle Mary
Edición latinoamericana
- 8.- Instantáneas
Gersh, Bernard J.
Bol Oficina Sint Panam 119 (3), 1995
- 10.- Temas de actualidad
Waldo, Albert L.
Bol Oficina Sint Panam 118 (3), 1995
- 11.- Temas de actualidad
Weinberger H.
Bol Oficina Sint Panam 119 (1), 1995
- 12.- Temas de actualidad
Kapland M.D. N.M.
Bol Oficina Sint Panam 119 (2), 1995
- 13.- García-García ML y Col.
Salud Pública de México
Noviembre-diciembre de 1995, Vol 37, No. 6.
- 14.- Instantáneas
Keil JE.
Bol Oficina Sint Panam 119 (2), 1996
- 15.- Rev Inst Nat Enf Resp Méx
Volúmen 10, No.3
Julio-septiembre 1997
Pag 195, 202
- 18.- Calderón-Ortiz R. Mejía-Mejía
julio-agosto 1996, vol. 35, No.4

19. - Salud Pública de México
Volumen 39 No. 2

20.- Bol Oficina Sint Panam 120 (4). 1996
Haering Keith Angel

21. - Rev Inst Nal Enf Resp Méx
Volumen 10, No. 3.
Pag.195,202

22.- Ponce de León S; Barrido E, Rangel Fausto S , Soto JL. Wey S. Y Mussaret Zaidi M
Manual de Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias, Organización Panamericana de la Salud serie
HSP/Manuales operativos PALTEX. 4(13):1-128

23.- Montero Mora P.,Barroeta Hernández G. López..