

# Historia de la lucha antituberculosa en Honduras

Cecilia Varela-M. \*

## INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad muy antigua, tan antigua como la misma humanidad. Hallazgos antropológicos han demostrado sus huellas en momias egipcias. Hipócrates hace 460 años declaró que la tisis (del griego ptisis que significa consunción) era la enfermedad mas extendida y que mas muertes había ocasionado en el mundo. Hoy en día, la tuberculosis sigue siendo la enfermedad infecciosa con mayor mortalidad en el mundo, principalmente en los países subdesarrollados. Así que la historia de la esta enfermedad va íntimamente relacionada a la historia de la humanidad misma. En ese sentido, las huellas de la tuberculosis en Honduras podrán rastrearse hasta la época de la conquista y más difícilmente en el período precolombino. Para recopilar la información que este artículo contiene, hemos contado con las magnificas obras de investigación histórica médica de los Doctores José Reina Valenzuela<sup>1</sup> Plutarco Castellanos,<sup>2</sup> Manuel Larios Cordova.<sup>3</sup> Así mismo, hemos realizado una búsqueda por tema con la palabra tuberculosis, utilizando el disco compacto Conmemorativo de los 70 años de la Revista Medica Hondureña, preparado por la Biblioteca Médica Nacional (BIMENA),<sup>4</sup> se eligieron artículos publicados en Honduras sobre el tema tuberculosis e historia encontrados en la sección Bibliografía, Sitios Web y Publicaciones nacionales<sup>5</sup> y se han rastreado los artículos de la Revista en la página [www.bvs.hn](http://www.bvs.hn), especialmente los que se refieren a aspectos históricos del control de la enfermedad. Otras fuentes escritas se citan en la bibliografía. Además hemos entrevistado a algunos personajes de la medicina que participaron en dicha lucha durante la segunda parte del siglo XX como el Dr.

Yanuario García, el Dr. Daniel Mencía, la Dra. Eva Mannheim, la Dra. Martha Membreño, la Dra. Maria Elena de Rivas y datos obtenidos del Programa Nacional contra la Tuberculosis.

## ÉPOCA PRECOLOMBINA

La historia de la época precolombina continua siendo misteriosa. Lo conocido, son datos más bien obtenidos de las crónicas de los conquistadores y la información que brindan los hallazgos arqueológicos. Se sabe que a la llegada de Cristóbal Colón a Honduras en su cuarto y último viaje en 1502, el país estaba habitado por diferentes etnias. La antigua gran cultura Maya se encontraba en decadencia, cuya causa, es objeto de varias teorías entre las cuales están las epidemias. Según cita Reina Valenzuela<sup>1</sup> entre las epidemias que azotaron al pueblo Maya se mencionan la disentería, el tifus exantemático o tabardillo que llegó procedente de México y el paludismo.

El Dr. R Castellanos en su obra dice que la cultura Maya descansaba en profundas concepciones religiosas, donde la vida y la muerte, ¡a salud y la enfermedad, el bien y el mal dependían del equilibrio entre fuerzas sobrenaturales antagónicas ubicadas en el supramundo en los cielos e inframundo localizado en el centro de la tierra.<sup>2</sup> Esto creaba importantes conexiones interdependientes entre salud, enfermedad y religión. Para cada enfermedad había una deidad que ¡a provocaba y otra que protegía a la persona enferma. Como se mencionó en la medicina Maya las enfermedades podían tener diversos orígenes: por una parte estaba la etiología divina, donde la enfermedad se producía como castigo por haber ofendido directamente a los dioses o a sus leyes. Era frecuente que los dioses, especialmente el dios de la muerte, adoptara diversas for-

\* Internista-Neumóloga. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa. Instituto Nacional del Tórax  
Dirigir correspondencia a. Dra. Cecilia Varela: [lutvar@yahoo.com.mx](mailto:lutvar@yahoo.com.mx)

mas semihumanas para provocar el mal entre los hombres.<sup>6</sup> Para el caso: "Chamiabac y el Señor Chamiahohom, alguaciles de Xibalba (Región subterránea habitada por enemigos del hombre), tenían como ocupación enflaquecer a los hombres hasta que los volvían huesos y calaveras. ...". También existía la etiología humana en donde brujos eran capaces de inducir enfermedad en sus enemigos. La naturaleza como el frío y el calor eran generadores de otras como el reumatismo o las gripes.<sup>5</sup>

Los mayas rindieron culto a Itzamá, Padre de la Medicina, a quien se consideraba como Dios y Hombre, a Ichxel diosa de la Medicina y partos, a Citbolontum protector de la plantas y sabio conocedor de sus propiedades curativas y otras tantas deidades relacionadas a la salud y a la enfermedad.<sup>1</sup> La patología médica era múltiple, fueron hábiles en el diagnóstico. Los sacerdotes y/o médicos mayas, utilizaban un lenguaje codificado en el que se apelaba a las fuerzas cósmicas, se elegían los días favorables para las curas, ritos y tratamientos, y se desplegaba un amplio conocimiento de botánica y medicina. Gracias a la labor de misioneros, frailes y cronistas quienes con la ayuda de sus informantes indios, recuperaron en la época colonial algún conocimiento de la medicina maya. Una figura ambigua en este sentido es Diego de Landa, porque por un lado nos privó de información valiosa al haber mandado quemar diversos documentos que podrían haber brindado mas información al respecto, pero por el otro lado logró recopilar, valiosos conocimientos de la cultura Maya en su Relación de las cosas de Yucatán. En dicho texto, Diego de Landa, hace descripciones de suma importancia entre ellas, el gran desarrollo que alcanzó la medicina maya.<sup>6</sup> Los mayas podían establecer si la enfermedad era benigna curable o mortal. Una vez hecho el diagnóstico, el médico procedía a buscar el remedio adecuado. Se sabe que eran excelentes conocedores de las propiedades medicinales de las plantas: tabaco, quina, cuculmecha, valeriana, zarzaparrilla, falso pimiento, eucalipto, eran utilizados junto a ritos mágicos para hacer recuperar la salud al enfermo. El ejercicio de la Medicina iba a la par del ejercicio religioso y era practicado por familias que heredaban los conocimientos. Siempre en la misma obra cita el Dr. Valenzuela a Pi y Margall para referirse que, en Honduras se practicaba la sangría como tratamiento, que los indios eran buenos sangradores y que el sitio de elección donde se realizaba la picadura, dependía de la dolencia, "si el enfermo padecía de tos y calentura rebeldes, ésta tenía

que hacerse inevitablemente en los hombros o espalda." Otra práctica terapéutica llevada a cabo por nuestros antepasados eran los baños medicinales o Temazcalli y dietas, unas veces permitiendo y otras prohibiendo la ingestión de alimentos de distinto género.<sup>1</sup>

El Dr. Reina Valenzuela también cita al Dr. Francisco Cígnoli (De cómo se enriqueció la Terapéutica por el descubrimiento de América. Rev. La Farmacia Chilena. AñoXVII. 1943. Santiago de Chile), quien se refiere a que el pueblo guatemalteco tenía la creencia de que el uso de las "orejas" de guanacaste curaba o por lo menos aliviaba la tuberculosis pulmonar". Sin embargo, al mismo tiempo suponen que esta creencia nació después de la conquista ya que consideraban que la enfermedad fue traída al nuevo mundo por medio de las vacas que se importaban de la Península Ibérica.<sup>1</sup>

No se han encontrado huellas de la tuberculosis como enfermedad que padecieran los pobladores precolombinos hondureños, particularmente entre los Mayas. Se creyó por mucho tiempo que la tuberculosis fue traída a las Américas por los españoles. Sin embargo, la existencia de tuberculosis precolombina se ha establecido por medio de tres tipos de pruebas: 1. referencia de cronistas españoles que describen el cuadro clínico: tos y fiebre persistente acompañadas de pérdida de peso y hemoptisis; 2. figuras antropomórficas en cerámica que reflejan jibas sugiriendo Mal de Pott, y 3. hallazgos de lesiones típicas en restos óseos. En 1930 Hooton pudo confirmar tuberculosis ósea en la región de Sonoma, California, en un caso de 44 enterramientos de indios precolombinos, Requena en 1947, descubrió 3 vértebras dorsales con lesiones fímicas en Perú donde han sido numerosos los hallazgos.<sup>8</sup>

En 1966 un equipo de investigadores encabezados por B. Gerard Cologne, bioantropólogo de la Universidad de Quinnipiac en Hamden, Connecticut, al examinar restos embalsamados de antiguos chachapoyanos enterrados entre 500 a 1000 años, en los Andes septentrionales, hizo el descubrimiento de lesiones vertebrales similares a la producida por tuberculosis.<sup>9</sup> Neyra Ramírez se refiere a la tuberculosis, en los términos siguientes "nuestro territorio, pese a la existencia de la tuberculosis en el Antiguo Perú y su aumento durante la Colonia, no sabemos de personajes célebres de esa época, salvo que queramos creer en la tradición popular. Una de éstas narra que el

Inca Tupa Yupanqui, atacado por la enfermedad, eligió a Jauja para descansar y reponerse, lo que daría origen a la fama de esta ciudad en el tratamiento de la tuberculosis.<sup>10</sup> Francisco Guerra respecto a las crónicas de los españoles, refiere que el signo "patognomónico" se encuentra en el Códice Badiano (1552) donde se refiere al uso "de un remedio botánico para hacer desaparecer los esputos con sangre"; según Guerra se han ido acumulando estudios osteopatológicos que confirman una distribución generalizada de la tuberculosis en la América precolombina. Figuras con jibas se han encontrado en Guatemala. Así que es muy posible que haya habido tuberculosis entre las diferentes etnias que poblaban en Honduras, pero a su vez y tal como lo aprecia Guerra la prevalencia de esta enfermedad era reducida.

### DURANTE LA CONQUISTA Y LA COLONIA

Siendo el cuadro clínico de la tuberculosis bien conocido para los europeos ya que sus primeras descripciones datan del tiempo de Hipócrates, no dudamos que esta enfermedad debía ser reconocida con facilidad por los médicos y otras personas de la colonia.

El Dr. Reina Valenzuela cita las crónicas de Bernal Díaz del Castillo, quien acompañara a Colón en su cuarto viaje, para referirse a las enfermedades que padecieron los conquistadores: "trastornos gastrointestinales produjeron sensibles bajas en aquel aguerrido ejército", "el paludismo conocido con el genérico de fríos y calenturas". "Tampoco faltaron las enfermedades de las vías respiratorias y sus complicaciones provocadas seguramente por los bruscos cambios de temperatura", señalándose entre ellas, "el catarro, la gripe y en algunos casos la tuberculosis como última etapa de aquellas penosas dolencias."<sup>1</sup>

En términos generales el Dr. Reina Valenzuela concluye de acuerdo a las afirmaciones del Obispo Pedraza y don Juan García de Hermsilio (Revista del Archivo y Biblioteca Nacionales. Tegucigalpa Tomo IV .1556) que los habitantes de Honduras en esa época "eran sanos, tenían placentero clima y abundantes bastimentos".

Sin embargo, la situación fue cambiando a medida que avanzaba la conquista. Según Olga Joya, la conquista, las enfermedades que trajeron los españoles que tomaron proporciones epidémicas y el continuo contrabando humano habían logrado diezmar la población conside-

rablemente<sup>11</sup> También Linda Newson se refiere durante la época de la conquista, Honduras era habitada por unos 800,000 indígenas, de los cuales tres cuartos estaban localizados en el centro y occidente de Honduras. Al final del periodo colonial la población indígena había descendido en casi un noventa por ciento. Dentro de las causas de fenómeno demográfico regionales, Newson presenta dos explicaciones: la introducción de enfermedades del viejo mundo para las cuales los indígenas no tenían inmunidad y el asesinato sistemático, la esclavitud despiadada y el maltrato al que fueron sometidos los indígenas, todo ello conocido como la leyenda Negra. Los aborígenes fueron expuestos a nuevos gérmenes como el de la viruela (1520), plaga (1531) sarampión (1533) y plaga o tifus (1545), fiebre amarilla (Trújalo, 1809) y la influenza, los cuales produjeron bajas notables en las poblaciones. Por otro lado, debido a la distribución tribal de la población, estas enfermedades producían disminución de la población pero al mismo tiempo se autolimitaban.

Posteriormente, con la congregación de los indígenas en las misiones, cambiaron costumbres, se redistribuyó y aumentaron los tamaños de los asentamientos y se crearon condiciones para la difusión de enfermedades.<sup>12</sup> Al mismo tiempo, la medicina estuvo encomendada también a los misioneros laicos que acompañaban a los evangelizados res.<sup>1,2</sup>

Malas condiciones laborales y ambientales, situaciones de explotación y discriminación así como la escasez de médicos, cirujanos y boticarios aprobados, era la situación en Honduras durante la época (siglo XVI, XVII) siendo los frailes franciscanos, dominicos y mercedarios los que prestaban su valioso ayuda en la asistencia y curación de los enfermos y dieran los remedios de los que habían en las botica de los conventos. La fundación de los Conventos estuvo estrechamente vinculada en América al ejercicio de las ciencias médicas pues casi simultáneamente fueron abiertos los asilos. El Convento más antiguo de Honduras fue fundado por el mercedario fray Marcos Ardón en Gracias hacia 1550 (Ref. 1-2).

La provincia de Honduras no fue favorecida durante la Colonia en cuanto a la existencia de médicos, cirujanos y farmacéuticos aprobados. A mediados del siglo XVII y principios del XVIII, la medicina y la farmacia fueron ejercidas en gran medida también por empíricos (los barberos hacían de cirujanos) a pesar de existir legislaciones

que lo prohibía, situación debida a la falta de licenciados en Medicina o Bachilleres boticarios.

De acuerdo al Dr. Reina Valenzuela, Dr. Manuel Larios y Dr. Plutarco Castellanos,<sup>13</sup> las enfermedades que se registraban en el período colonial fueron: paludismo, procesos catarrales, gastroenteneos, tifus, fiebre amanilla, el talabartillo, tosferina, epidemia de La Vola (1789, según el Dr. Reina V. y el Dr. Martín Bulnes, la sintomatología descrita sugiere que dicha enfermedad era gripe: escalofríos, fiebre, mialgias, cefalea, tos con esputos delgados, dolor de estomago, nauseas), influenza o "trancozo", sarampión (1851), viruela (1806), cólera, escarlatina. "Entre 1780 y 1820, Comayagua, capital de Honduras, era realmente un foco de infección permanente, clima propicio para que pudiesen desarrollarse todas las pestilencias: fiebres tercianas, cuartanas, de la viruela, escorbuto, el reumatismo y toda la gama de enfermedades respiratorias."<sup>1</sup> La tuberculosis no aparece como problema de salud hasta ese momento en la población, probablemente porque había otras de naturaleza mas aguda que diezaban la población, y por la constitución, distribución de las sociedades hasta el momento y dificultad de comunicación entre ellas.

### LA PERTINAZ ENFERMEDAD DE DON NARCISO MALLOL

Me permito transcribir completamente el capítulo en el que el Dr. Reina Valenzuela en su fantástica obra, se refiere a la "pertinaz enfermedad" del Lic. Don Narciso Mallol, Alcalde Mayor de la Villa de Tegucigalpa, quien basado en la obra del Dr. Rómulo E. Duron, La provincia de Tegucigalpa bajo el Gobierno de Mallol, describe lo siguiente: "el 25 de abril de 1816 fue nombrado el Lic. Don Narciso Mallol, abogado de los Reales Consejos, Alcalde Mayor de la provincia de Tegucigalpa, en la Gobernación de Comayagua, tomando posesión de su cargo el 6 de diciembre de 1817". Según el Dr. Reina el Lic. Mallol dejó huella luminosa de su paso por la alcaldía mayor esforzándose a favor de la prosperidad y florecimiento de la provincia. El Dr. Durón lo describe de pequeña estatura, delgado, de voz de timbre débil y enfermizo pero además orgulloso, irascible, violento e inflexible a la hora de cumplir con la ley. " en 1818, pocos meses después de su llegada, enfermo de calentura y desgano...." "Viendo que su mal persistía dispuso llamar al cirujano don Manuel del Sol que le tratase y éste insis-

tió en un cambio de clima, recetándole el cocimiento de quina, en el supuesto que padecía de tercianas. Con los remedios que tomó y otros cuidados que aquel Profesor le prodigó el mal desapareció sin dejar rastro alguno".<sup>1</sup> "Don Narciso se encontraba el 20 de diciembre de 1819 en Yuscaran en visita oficial, pero allá recrudesció su antiguo mal, regresando por ello a Tegucigalpa y aplazando la visita para el mes siguiente. El Señor Alcalde notaba con mucha preocupación que su mal se agravaba cada vez más; a las calenturas acompañaba un desgano obstinado y últimamente una tos pertinaz que no mermaba ni con los cocimientos de orozú ni con lamedor alguno de cuantos había tomado; estaba extenuado y su carácter de por sí violento, había alcanzado tal irritabilidad, que no podía trabajar con nadie". A su regreso a Yuscaran escribió a Comayagua solicitando los servicios de Don Carlos Herrera (Cirujano y Mayordomo nacido en el Perú) y este vino a Tegucigalpa, lo estuvo tratando unos días y logró mejorarlo bastante".<sup>1</sup> Según algunos apuntes particulares de Mallol, existentes en el Archivo del Consejo del Distrito Central, el tratamiento instituido por Herrera, eran balsámicos, opiáceos y reconstituyentes; mucho reposo mental, alimentos sanos y nutritivos, baños de sol, etc.

Pero para un temperamento como el de don Narciso, que necesitaba actividad continua, era imposible ajustarse a estas prescripciones, y al sentirse más animado, emprendió viaje hacia el sur el 6 de enero de 1820. Don Narciso pasó a Choluteca y de aquí a León, Nicaragua donde buscó los servicios del Prof. Francisco Quiñones, quien después de examinarlo, le dio la certificación siguiente "Don Francisco Quiñones, Profesor de Cirugía y Medicina, Doctor en esta Facultad y Primer catedrático de ambas en esta Real Universidad, Certifico: que he asistido en su enfermedad al Señor D. Narciso Mallol, Alcalde Mayor de Tegucigalpa, quien padece hace 18 meses de obstrucciones en el bajo vientre y tubérculos en el pulmón, acompañados de tos y mucha extenuación en todo el cuerpo, lo que ha sido causa de la gran debilidad en que se halla. Siendo estos males de muy difícil curación en estos climas, considero que le será útil regresar a España, porque la navegación es el recurso mas seguro para curarse a lo que puedan también contribuir los aires nativos de la Península. Y para que conste el pedimento del interesado doy la presente. León, mayo de 1820". "El mal de Mailol siguió su marcha y cada día se sentía con menos fuerza para el trabajo, pero su voluntad

lo hacía sobreponerse a todo". Estando en Nacaome en febrero de 1821, sintió que se agravaba su mal; comenzó a arrojar sangre fina por la boca, le faltaban las fuerzas y dispuso regresar a Tegucigalpa. No se levantó más. El 6 de marzo a la 10 y media de la mañana falleció el Lic. Mailol en esta Villa de Tegucigalpa, en el año de gracia de 1821". El Lic don Narciso Mailol construyó el puente que lleva su nombre. De esta notable relación de síntomas se deducen tres cosas: El Lic. Mailol padecía tuberculosis, ese era tiempos en los cuales no se sabía la causa de la enfermedad, el tratamiento era en toda Europa el prescrito por los médicos que lo trataron basado en buena alimentación, buen clima, aire limpio y sol, descanso. La enfermedad era en gran medida mortal.

Es probable que la tuberculosis no se haya diseminado dramáticamente en ese entonces y por eso no se haya descrito más que en forma puntual, como problema particular y no de salud pública, debido a que en gran medida la población hondureña era rural con dificultades de comunicación y acceso a otras poblaciones, lo cual según Gryboswki protegía a las comunidades de la diseminación de la enfermedad, llamando la atención a la curva de ascenso de la tuberculosis en poblaciones de reciente contacto con la enfermedad que llega a su climax durante la expansión de las grandes ciudades a consecuencia del hacinamiento y otros problemas de índole socioambiental.<sup>13</sup> como lo ocurrido durante la revolución industrial en Europa.

## DESPUÉS DE LA INDEPENDENCIA

Siendo jefe de Estado Don Dionisio de Herrera, se fundó en Honduras en 1826 la primera Junta de Sanidad que buscaba prevenir el sarampión y la viruela. En esta Junta participó el Lic en Medicina Miguel Róbelo, quien proponía un modelo de control sanitario. Sin embargo, muchas de sus ideas fueron aplicadas hasta 10 años después.<sup>2</sup>

En 1869 se organiza el Protomedicato a instancias del Dr. Pedro Francisco de la Rocha, Secretario de Estado en los Despachos de Gobernación y Relaciones exteriores durante el mandato de José María Medina. Este médico se interesó en intentar una nueva orientación a la práctica de la medicina, la cirugía y la farmacia en la joven república. Según Reina Valenzuela, el Dr. Rocha fue el

primero en interesarse en la organización de los servicios de salud pública en Honduras. El Protomedicato regulaba el ejercicio médico pero también pretendía dar una respuesta médica organizada a la problemática de salud imperante, estimular el estudio y cooperación médica, dar al gobierno la oportunidad de conocer la naturaleza de las enfermedades endémicas y epidémicas. A mediados del siglo XIX la población hondureña sufría epidemias de sarampión, viruela, cólera, tosferina.<sup>2</sup>

Con la reforma liberal y siendo presidente el Dr. Marco Aurelio Soto, se decreta en 1878 la creación de hospitales en todos los departamentos del país y se les asigna el 2% de los impuestos percibidos en las aduanas, dichos hospitales serían administrados por las juntas directivas locales junto con sociedades de beneficencia que velarían por el adecuado soporte al hospital. Solo Tegucigalpa logró la construcción del Hospital General que fue inaugurado en el 27 de agosto 1882 y que hoy corresponde al Edificio de los Ministerios. Posteriormente el Hospital General fue trasladado al predio que ocupaba el asilo de Inválidos y se llamó Hospital General San Felipe inaugurado el 1928. En 1882 también se inició la construcción de la Escuela de Medicina en el predio de lo que hoy ocupa la oficina de Correos. La inestabilidad política impide la implementación de un proyecto sanitario con visión a largo plazo.

Al finalizar el siglo XIX, en Europa ocurrieron varios acontecimientos de incalculable importancia, en los cuales se basaría la lucha contra las enfermedades infecciosas, en particular la lucha antituberculosa del siglo XX: el conocimiento del agente causal y métodos para el diagnóstico bacteriológico bacilosκόpicó y cultivo del *M. tuberculosis*, Prueba de Tuberculina (Robert Koch, Alemania, 1882), y el descubrimiento de los Rayos X (Wilhelm Konrad, Alemania, 1895).

El Dr. Miguel Ángel Ugarte (1862-1898) graduado de médico y cirujano en El Salvador, Director del Hospital General de Tegucigalpa, considerado Padre de la Cirugía en Honduras, trajo el primer microscopio que utilizó para el estudio de la parasitosis en Honduras, e hizo que el Presidente de la República Dr. Policarpo Bonilla pidiera a Alemania el primer aparato de rayos X que vino a Centroamérica en el año de 1897 (Ref. 1).

## PRIMER MITAD DEL SIGLO XX

A principios del siglo XX, la tuberculosis ya es una enfermedad prevalente en Honduras, según Reina Valenzuela "a juzgar por dictámenes médicos y recetarios las enfermedades más comunes fueron: paludismo, parasitismo intestinal, sífilis, disentería, neumonía, tuberculosis, reumatismo anemia y tosferina".<sup>1</sup>

El diagnóstico de la tuberculosis en el primer tercio del siglo XX, se basaba en la presencia de los síntomas y signos sospechosos (tos crónica, expectoración, hemoptisis, fiebre y sudoración principalmente vespertina y pérdida de peso) y de los hallazgos radiológico o fluoroscópicos. De hecho tanto el Dr. Martín Búlnes como el Dr. Marcial Cáceres Vijil, hablan de las bondades del método para descubrir incluso, las lesiones iniciales que escaparan a la clínica, pudiendo a través de este estudio, hecho en forma colectiva, detectar casos contagiosos más tempranamente y evitar tanto la muerte del paciente como el contagio a su familia y comunidad.<sup>14-16</sup>

Los tratamientos en los primeros años del siglo XX consistían en prácticas galénicas basadas en el descanso, buena alimentación, respirar aire puro, recibir los rayos del sol, siendo las comunidades aledañas a Tegucigalpa, como Valle de Angeles, Santa Lucía y Ojojona, lugares recomendados; sin embargo las condiciones de privación social y económica para la gran mayoría de pacientes afectados, dichos tratamientos no eran factibles.<sup>2</sup> En ese entonces todavía no se había descubierto drogas antifímicas ni se conocían las bases de la quimioterapia. Posteriormente se practicaba la auroterapia y varios procedimientos quirúrgicos. Respecto a esto, el Dr. Búlnes, refiere en un artículo suyo sobre el tratamiento de la tuberculosis, que "la auroterapia nació con el sabio danés Moílgard, remedio capaz de bajar la temperatura y calmar la tos y expectoración"; menciona también el gadusan (combinación de ácidos grasos, aceite de hígado de bacalao, cobre, calcio) mezcla a la que le atribuían acción antitóxica y antibacilar. Además se practicaba en casos de tuberculosis localizada, la colapso-terapia en particular la técnica del neumotorax artificial técnica iniciada por Carlos Forlaníni de la Universidad de Nápoles.<sup>17</sup>

Según el Informe de la Lucha Antituberculosa en la República de Honduras presentado en ocasión al VI

Congreso Médico Centroamericano, realizado en Honduras en 1954, el primer médico que practicó la Colapso-terapia en Honduras fue el Dr. José Jorge Callejas (1923) y gracias a su iniciativa se organizó una Junta de Beneficencia Pro-Sanatorio Nacional de Tuberculosos, cuyos trabajos de construcción dieron principio en 1927, en el lugar llamado Santa Rosita, de Amarateca, trabajos que posteriormente fueron abandonados.<sup>18</sup>

El Dr. Salvador Paredes (1897-1945) en la página de la dirección del 8 de mayo de 1934 se refiere a una comisión nombrada en el seno de la Asociación Médica Hondureña en mayo de 1932 cuya misión era gestionar ante el Poder Ejecutivo la creación de un pabellón para tuberculosos en el Hospital General. En ese tiempo el Ministerio de Gobernación rectoraba la actividad hospitalaria. Tanto el Sr. Sevilla Ministro de Gobernación como el Presidente Mejía Colindres resolvieron apoyar la solicitud. Sin embargo, debieron pasar dos años más ya que "algunos individuos, levantaron una polvareda de insultos contra la Asociación calificándola hasta de criminal por tan insensata idea." A pesar de ello, la idea fue fortaleciéndose con el pasar del tiempo "por el crecido y alarmante número de tuberculosos, diseminadores del germen fatal, que pululan por todas las ciudades y campos de la nación".<sup>17</sup> La propuesta se refería a crear dos pabellones que atendieran los pacientes afectados por la tuberculosis ya que hasta entonces según lo descrito por el Dr. Paredes, un reglamento prohibía la admisión de dichos pacientes, quienes salían del Hospital en caravanas "desilusionados, rabiosos y agonizantes". El Dr. Salvador Paredes en dicho editorial hace mención al neumotorax y se refiere a otras modalidades quirúrgicas que en esos tiempos se practicaban para el tratamiento de la tuberculosis. Se refiere también en el editorial al pobre pronóstico de los pacientes afectados diciendo "otras personas encontrarán en dicho pabellón un lecho, medicinas, cuidados alimentación, antes de morir". La mortalidad de la tuberculosis en la primera mitad del siglo pasado era cercana al cincuenta por ciento de los afectados. En dicho editorial se aprecia, la preocupación de los médicos de la Asociación Médica Hondureña por el número creciente de pacientes, por la falta de atención hacia ellos, por la contagiosidad que representaban, siendo la reclusión en pabellones una forma de manejar el problema del contagio a la población. Se puede apreciar además en dicho artículo que los pacientes no sólo afrontaban el problema de su enfermedad, con todas sus consecuencias perso-

nales, familiares, sociales y económicas, sino que llegaba a tal grado el estigma de la tuberculosis de no ser admitidos ni en los mismos hospitales.

Fue hasta 1933 cuando el Dr. Francisco Sánchez U. habilitó dos pabellones, de treinta camas cada uno, para la hospitalización de pacientes tuberculosos en el Hospital General San Felipe. Estos pabellones serían llamados "las Salitas".<sup>20</sup> De acuerdo a la descripción que hace el Dr. P. Castellanos, las Salitas se encontraban en un predio extenso, dotadas de clínicas para examinar pacientes y para la práctica de pneumoperitoneo, intervención que causaba elevación de los diafragmas y colapso de las cavernas. También, se practicaba neumotorax, frenicectomía, toracoplastia. Los médicos y enfermeras usaban gorros y mascarillas y ropas protectoras.<sup>2</sup>

En 1943 el Dr. Martín Bulnes hace una propuesta,<sup>14</sup> que está en apego al abordaje de la tuberculosis en otros países (Cuba, El Salvador). Propone organizar una estrategia encaminada al tratamiento ambulatorio con la auroterapia y calcio terapia, y neumotorax artificial a los pacientes con lesiones localizadas, y tratamiento hospitalario a los pacientes con lesiones avanzadas y mayor propensión a infectar la familia. El Dispensario Antituberculoso sería el centro de "despistaje", de profilaxis y tratamiento, con actividad extrahospitalaria, búsqueda y despistaje de los tuberculosos en su casa, trabajo, escuela, prisiones, talleres y sitios de aglomeración. Además sería responsable de practicar la "cutirreacción en todos los niños menores de dos años de edad para establecer el índice tuberculoso infantil" y alude que "la tuberculosis del adulto no es más que el despertar de un foco tuberculoso adquirido durante la infancia lo que quiere decir: "luchar contra la tuberculosis del niño es luchar contra la tuberculosis del adulto". A pesar de que en gran medida lo enunciado es cierto, en el sentido que la mayoría de la tuberculosis del adulto es la reactivación de un foco primario, el 5% de los pacientes infectados desarrollan la enfermedad en los primeros dos años de contagio, y otro 5% en años subsecuentes, para un total de 10% de riesgo, si no reciben profilaxis con Isoniacida. En los países de alta prevalencia, el contagio se produce tempranamente en la vida, es por eso que la enfermedad ataca a los jóvenes económicamente activos en nuestra población, razón por la cual el combate a la tuberculosis es una estrategia para reducir la pobreza. Actualmente se

considera que el problema epidemiológico lo constituyen los pacientes con la enfermedad y sin tratamiento, que detrás de un niño con tuberculosis hay un adulto contagioso, que el paciente pediátrico no es responsable de la epidemia ya que sus formas de presentación más frecuente, son poco contagiosas. Se considera además que el diagnóstico precoz por medio de la baciloscopia, el tratamiento acortado y estrictamente supervisado (TAES) son las medidas más efectivas de control de la infección.

El Dr. Bulnes en ese entonces (1943) propuso esa estrategia para el manejo del "elevado porcentaje de tuberculosos que solicitan atención", estrategia que se basaba en la existencia de dispensarios atendidos por enfermeras y médicos.<sup>13</sup> El dispensario serviría para hacer una evaluación clínica, radiológica y laboratorial de las personas sospechosas. Las personas se clasificarían como tuberculosas y no tuberculosas. Las primeras se clasificarían de acuerdo a su gravedad en pacientes de seguimiento por el dispensario, de sanatorio y las más graves, de tratamiento intrahospitalario en el pabellón antituberculoso que para ese entonces ya existía. Los pacientes de tratamiento en el dispensario eran aquellos con "lesiones curables" es decir "lesiones unilaterales y poco avanzadas que dispongan de medios".<sup>M</sup> Se aprecia que el diagnóstico tanto de la enfermedad como de la evaluación de la severidad descasaban primordialmente en los hallazgos clínicos y radiológicos. De hecho se habla de un índice de morbilidad o índice de lesión activa a través de método radiológico, el cual debería ser empleado para pesquisar. El Dr. Bulnes enfatiza el trabajo de enfermeras en la búsqueda activa de casos en lugares de mayor aglomeración como talleres, prisiones, así como en los contactos y el estudio de las condiciones de vida de esas personas. En ese mismo artículo hace alusión a la necesidad de educación y concientización de la población a través de medios masivos audiovisuales de esa época (postales, carteles) a reconocer los síntomas (tos, fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso) a la búsqueda de atención precoz. También a la necesidad de organización de enfermeras visitadoras quienes realizarían el trabajo extramuros en la búsqueda de pacientes y evaluación de los contactos, la condición higiénica y socioeconómica de los pacientes y su familia y actividades de promoción de la salud.<sup>14</sup>

## LOS DISPENSARIOS

"El 14 de octubre de 1942 es fundado en la Sanidad el primer Dispensario Antituberculoso el cual empezó a funcionar muy pobremente sin Equipo de Rayos X sin aparato de Colapsoterapia, pero si con una gran dosis de entusiasmo del Jefe de dicho dispensario, el siempre recordado Maestro Dr. Marcial Cáceres Vijil."<sup>18</sup>

Para 1947, el Dr. Marcial Cáceres Vijil dirigiendo el Dispensario Antituberculosos de la Dirección General de Sanidad, trabajaba estrechamente con el Hospital General San Felipe. El Dr. Cáceres Vijil, en un editorial de la Revista Medica Hondureña, detalla el trabajo de éstas entidades: "cuando un paciente que llega a consultar su dolencia a una clínica privada y que necesita una radiografía de tórax, la que no pueden encontrar en los Hospitales privados por sus exiguas condiciones económicas, encuentran en el Dispensario antituberculoso servicios absolutamente gratuitos de radiografía, examen clínico, examen de esputo, del contenido gástrico y tuberculina; Si el resultado de esta investigación confirma el diagnóstico, el paciente no es retenido por el Dispensario, ni siquiera se le ficha, sino que el diagnóstico por escrito es remitido a su médico de cabecera y es de acuerdo con *éste* que se decide poner en práctica las medidas profilácticas y sociales..."<sup>21</sup> Los dispensarios realizaban la investigación de los casos sospechosos, el estudio de los contactos y la distribución de los casos diagnosticados a los centros de hospitalización o a manejo ambulatorio. Debido a la escasez de camas, también realizaban tratamientos de colapsoterapia. Al final del artículo el Dr. Cáceres Vijil se congratuló de los éxitos obtenidos tanto con los paciente quienes "en corto período de tiempo negativizan sus esputos, impidiendo con ello la diseminación fatal de la enfermedad "como con la prevención."<sup>21</sup> El Dr. Marcial Cáceres Vijil fue el primer Neumólogo de Honduras<sup>3</sup> y el primero en dirigir la lucha antituberculosa de forma organizada. Según nos refiere, el 14 de octubre de 1942 fue organizado el Departamento de Tuberculosis de la Dirección General de Sanidad según común acuerdo entre la Dirección General de Sanidad rectorada por el Dr. Pedro H. Ordóñez Díaz y el Director del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública Dr. I. Frank Tullís. El Dr. Marcial Cáceres Vijil fue el primer jefe de dicho Departamento y es cuando las actividades tendientes al control de la tuberculosis

se enmarcan en una estrategia la cual tiene una estructura funcional vertical, basada en ese entonces en el diagnóstico clínico-radiológico de casos sospechosos y contactos y tratamiento con fuerte tendencia al manejo quirúrgico (Colapsoterapia) y la hospitalización. El Dr. Cáceres Vijil recibió entrenamiento en Costa Rica y Estados Unidos para desarrollar su labor administrativa y asistencia!. En un artículo suyo publicado<sup>23</sup> reporta un éxito de 70% (de 79 pacientes bajo tratamiento de colapsoterapia, de un total 346 casos inscritos) de éxito clínico y laboratorial en los pacientes tratados con colapsoterapia por lesiones leve o moderadas secundarias a tuberculosis. Además reporta las principales actividades realizadas como ser: Número de visitas a la clínica, visitas a domicilio realizadas por enfermeras y él en persona, número de casos inscritos, número de contactos estudiados, neumotorax, realizados, neumoperitoneos, flusocopias, radiografías, tuberculina, inyecciones, etc. Describe el cuadro clínico, manejo y evolución de 7 pacientes tuberculosas, una de las cuales paso a describir: "F.C., de 30 años, soltera, de oficios domésticos, vecina de Talanga, fue enviada al Departamento de Tuberculosis por aquejar de los siguientes síntomas alarmantes: el 7 de octubre de 1944 fue atacada de fuerte gripe, que le duró diez días, acompañada de tos, dolor subclavicular derecho, fiebre e intensa hemoptisis. El mismo día de su reconocimiento presentó en el Departamento una hemoptisis que le produjo vértigos y lipotimia. Antecedentes hereditarios sin importancia. Antecedentes personales: paludismo y gripe. Fuente de contagio: Ignorado. Reconocimiento el día 11 de octubre de 1944. Interpretación de Rayos X. Lado izquierdo hay sombras difusas entre el primer y tercer espacio intercostal anterior; resto del parénquima y pulmón derecho negativo. Esputo el día 20 de octubre de 1944 positivo por B de K. Impresión Diagnóstica: Proceso Tuberculoso del lóbulo superior izquierdo. Se inicia urgentemente tratamiento por Neumotorax artificial izquierdo, primera insuflación 600 ce. Interpretación de Rayos X el 30 de octubre de 1944: Colapso satisfactorio. Diez exámenes consecutivos de esputo negativos. Resultado del tratamiento. El lado izquierdo tiene colapso efectivo. Le han sido aplicadas a la enferma 50 Neumotorax. No hay síntomas, las crisis hemoptoicas han desaparecido después de la primera insuflación. Hay aumento de peso de 14 libras. La paciente continúa bajo tratamiento."<sup>23</sup>



A juzgar por los informes obtenidos, el Dr. Marcial Cáceres Vijil, primer neumólogo en del país,<sup>2</sup> puede considerarse el Padre de la Lucha Antituberculosa en Honduras. Además de sus numerosos escritos que nos



informan sobre la situación de la enfermedad en aquella época, sus esfuerzos realizados por el Dispensario y como jefe del Departamento Antituberculoso, su lucha casa a casa concientizando y educando a la población por acciones mancomunadas contra el enemigo común: el Bacilo de Koch, la ignorancia y la pobreza,<sup>212 410</sup> hacen merecedor de tal distinción

Dr. Marcial Cáceres Viril  
Padre de la lucha  
Antituberculosa  
en Honduras

En junio de 1950 es fundado otro dispensario Antituberculoso en San Pedro Sula, en julio de 1952 en la Ceiba, en julio de 1954

en Santa Rosa de Copan y Choluteca. En agosto de 1954 se funda la oficina de vacunación con la BCG a cargo del Dr. Luis Barahona. A los 4 meses en que se presenta el Informe<sup>18</sup> se habían practicado 3,098 pruebas de Tuberculina en los escolares siendo positivas 1889 (61%). En 1944 se registró 164 casos para una población de 1,200,652 y una tasa de 29.8% y para 1954 se registró 997 casos para una población de 1,580,424 habitantes que corresponde a una tasa de 63% (Ref. 18).

Todos estos datos nos proporcionan una idea de la gravedad del problema de tuberculosis a mediados del siglo XX, y que igual a la actualidad, la mayor parte de la incidencia corresponde a la regio norte-centro del país, lo cual podría ser también reflejo de mayor concentración de la población y mejor acceso a centros de diagnóstico.

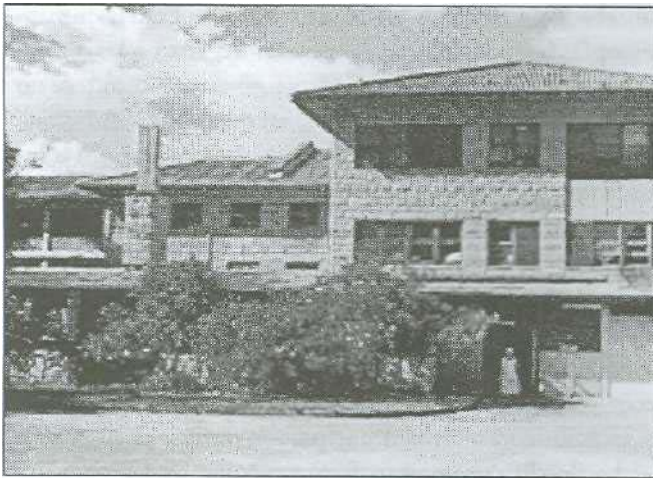
En 1952 la Dirección General de Salud dependiente del Ministerio de Gobernación se transforma en Ministerio Sanidad y Beneficencia.<sup>2</sup>

## EL SANATORIO

En vista del creciente número de pacientes que demandaban tratamiento hospitalario, y gracias a un convenio de Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP), firmado en 1942, el cual contemplaba acciones para la lucha antituberculosa y contra la Malaria, se inicia la construcción de Sanatorio para Tuberculosos. El Sanatorio fue ideado a la usanza de la época, con edificios de grandes ventanales, excelente iluminación, con vista hacia el Picacho y hermosos jardines. La residencia para el director y los dormitorios para las enfermeras se ubicaban en un predio aledaño al nosocomio. El Sanatorio fue inaugurado el 14 de junio de 1948 siendo su primer Director el Dr. Alfredo C. Midence.

Desde la inauguración del Sanatorio Antituberculoso en junio de 1948 hasta la fecha del Informe de la Asociación Hondureña de Tisiología (1954), se habían ingresado 762 pacientes con una distribución de 48% de hombres, 47% mujeres y cerca de 5% niños. El 11% con lesiones mínimas, 69% lesiones moderadas y 14% lesiones severas. El 55.5% procedían de la zona norte, el 37.8% de la zona central y 3.3% de la zona sur, 2.6% del occidente y menos del 1% de la zona oriental. El Sanatorio constaba con una Sección o Servicio Médico, una de Enfermería, Sección de Radiología, sección de Laboratorio, Servicio de Anatomía Patológica, Sala de operaciones, Sección de Broncoscopía y Exploración Funcional donde se realizaban espirometrías, Consulta Externa. En ese reporte se evidencia el énfasis en el diagnóstico radiológico, reportándose la realización de 13,986 radiografías, 53,247 fluoroscopias, y 105 Tomogramas en un periodo de seis años (1948-1954) comparado con 15,536 baciloscopías y 847 cultivos de esputo. En esa época el Sanatorio también tenía funciones de adiestramiento y capacitación a enfermeras.<sup>18</sup> Actualmente, posteriormente con y el tratamiento fundamentado en quimioterapia ambulatoria, el manejo quirúrgico fue perdiendo campo y se dejaba para casos complicados con hemoptisis localizada y refractaria a tratamiento médico fístulas broncopleuraíes refractarias etc, el Sanatorio amplió su oferta de servicios a patología cardiopulmonar más amplia y se convirtió en el Instituto Nacional del Tórax,

principal hospital de referencia para patología Neumológica y de Cirugía de Tórax. Se abrieron salas de Cardiología, Medicina Cirugía e Infectología. Con dos salas de 34 pacientes para el internamiento de pacientes tuberculosos complicados con hemoptisis, mal estado general y nutricional, pobre apego a drogas, intolerancia a drogas y pacientes con resistencia a Drogas bajo el cuidado del Comité Luz Verde, parte del Proyecto del Fondo Global.



**Figura No. 1.** Instituto Nacional del Tórax. Antes Sanatorio para Tuberculosos.

## MEDIADOS Y FINALES DEL SIGLO XX

### VACUNACIÓN CON EL BACILO CALMETTE GUERIN (BCG)

En 1952 el Dr. Humberto Díaz, en las páginas del Director de la Revista Medica Hondureña, se refiere al reciente uso de la BCG en la Maternidad de San Felipe y recomienda su amplía aplicación como parte de la lucha antituberculosa, dado los buenos resultados observados en países como Argentina y Uruguay.<sup>17</sup>

El 9 de agosto de 1954 se funda en la Sanidad una oficina de Vacunación con BCG a cargo del Dr. Luis Barahona.<sup>18</sup>

## LA ASOCIACIÓN HONDUREÑA DE TISIOLOGIA

En 1954, los doctores Eva Mannheim, Manuel Sarmiento, Federico Baltodano y Rígoberto Alvarado de la Asociación Hondureña de Tisiología, presentan el informe de la Lucha Antituberculosa en la República de Honduras en ocasión de celebrarse el VI Congreso Médico Centroamericano llevado a cabo de 1 al 5 de diciembre de 1954, cuyo Tema Oficial era Tuberculosis en Centroamérica. En dicho informe se destaca el estado de crecimiento alarmante de la tuberculosis y cómo esta enfermedad es una de las primeras causas de muerte. Además se dice de dificultades de carácter científico, organizacional, social y económico para establece una lucha antituberculosa. Hasta ese momento lo mas importante realizado era la creación de hospitales y dispensarios. Se informa "nos hemos preocupado por la creación del mayor numero de dispensarios en la República encargados del despistaje de casos, del estudio de contactos, la educación higiénica de las masas, clasificar y distribuir los casos en diversas instituciones de internamiento". Se destaca la importancia de la hospitalización tanto para el tratamiento como para la profilaxis de la Infcción<sup>18</sup>. La Asociación Hondureña de Tisiología, se convirtió en 1963 en la Asociación Hondureña de Neumología y Cirugía del Tórax, cuyos estatutos enfatizan su objetivo de lucha contra la tuberculosis y otras enfermedades respiratorias y por la promoción de la salud respiratoria y el ambiente saludable. Sus fundadores fueron:

La Dra. Eva Mannheim, Dr. Marcial Cáceres Vijil, Dr. Martín Bulnes, Dr. Manuel Sarmiento, Dr. Federico Baltodano, Dr. Rigoberto Alvarado, Dr. Alberto Guzmán, Dr. Carlos Caminos, Dr. Daniel Mencía, Dr. Manuel Larios Contreras, Dr. Luís Murguía Alonzo.

### LA LIGA HONDUREÑA CONTRA LA TUBERCULOSIS

Organismo social encargado de colaborar íntimamente con los Organismos Oficiales en la Lucha Antituberculosa. Fue creado el 17 de agosto de 1954 a iniciativa de la Asociación Hondureña de Tisiología y conformada con las fuerzas vivas de la nación.<sup>18</sup> Por acuerdo No. 956 del 10 del noviembre de 1955, le fue otorgada personería

jurídica y fue el Dr. Ramón Larios C. su primer presidente. El artículo 2 de sus estatutos expresa su finalidad: profilaxis, investigación, diagnóstico, tratamiento, asistencia y rehabilitación de los tuberculosos. Para lograr estos fines La Liga procuraría: estimular y asesorar técnicamente la iniciativa privada contra la tuberculosis, prestar colaboración con los organismos oficiales encargados de la campaña contra la tuberculosis, sostener una campaña educativa a la población, apoyar la formación de personal técnico de apoyo a la lucha antituberculosa, propiciar la formación de asociaciones similares en el país, y su relación con organismos internacionales.<sup>27</sup> El Informe de la Asociación de Tisiología refiere los planes de iniciar vacunación con la BCG en masa con ayuda de la Organización Mundial de la Salud.<sup>18</sup> La Liga con esta bandera realizó actividades de recaudación de fondos y sirvió de apoyo en dotación de materiales como pruebas de tuberculina, medicamentos y otros insumos al Programa (Información proporcionada por el Dr. Yanuario García). Con el tiempo sus actividades cesaron.

### **AL FIN LA QUIMIOTERAPIA**

Europa estaba sumida en el caos de la Segunda Guerra Mundial pero paralelamente un gran logro se había alcanzado: En Inglaterra Waksman había descubierto la actividad antifúngica de la estreptomina (Londres, 1945). Posteriormente se aisló la Isoniacida (1956) y el ácido paraaminoasalicílico (PAS). Además se había reconocido que el tratamiento de la tuberculosis debía ser combinado y prolongado. La era de la quimioterapia había iniciado y con ello se esperaba la reducción de la morbimortalidad en el mundo. Pero no ha sido así: un siglo después de conocer la causa, su forma de diagnóstico y además de contar desde hace más de 50 años con excelentes drogas antifúngicas, la tuberculosis sigue siendo la enfermedad infecciosa que más daño le ha producido y produce a la humanidad

### **EL PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS**

Previo a la constitución del Programa Nacional contra la Tuberculosis en 1972, existió el Departamento de Tuberculosis de la División General de Salud el cual fue organizado el 14 de octubre de 1942. Para 1954 el Dr. Carlos Caminos comenta sobre dos etapas en el

tratamiento antituberculoso, la pre-antimicrobiana y la antimicrobiana. Con la aplicación de esta última que se caracterizaba por combinación de drogas (Estreptomina, Isoniacida y PAS), duración de uno a dos años y que solía combinarse con técnicas de colapsoterapia, podían ser los pacientes manejados ambulatoriamente." El Programa Nacional contra la Tuberculosis como tal se origina en 1957 cuando la División General de Salud se transforma en el Ministerio de Salud Pública. De 1965 hasta 1972 fue jefe de la División de Tuberculosis el Dr. Alberto Guzmán, la pesquisa de la enfermedad aun descansaba grandemente en el uso de radiografías y fluoroscopia. Grandes unidades móviles llegaban a las poblaciones accesibles por carro (las que no tenían carretera no tenían este método diagnóstico), así que los pacientes que residían en zonas poco accesibles se decidían acudir a las ciudades. El tratamiento era, al menos los primeros meses, intrahospitalario. De acuerdo a lo referido por el Dr. Guzmán durante su gestión se capacitó a enfermeras en la técnica de extendido de esputo para que en los lugares donde no pudiesen llegar las unidades móviles de rayos X a los pacientes sintomáticos respiratorios se les recogiera muestra de esputo, se hiciera extendido e incluso se examinaran las láminas para investigar la presencia del bacilo. El tratamiento farmacológico lentamente iba sustituyendo los esquemas quirúrgicos de colapsoterapia, y aunque se iniciaban los manejos ambulatorios aun las estadías hospitalarias en el Sanatorio eran prolongadas. El Dr. Alberto Guzmán, Neumólogo Salubrista, fue jefe de la Lucha Antituberculosa con un programa vertical, en el cual diagnóstico, tratamiento, e información era llevados a cabo solo por personal bajo la dirección de la División. En 1972 el Dr. Guzmán pasó a ser jefe de la División de Epidemiología bajo el cual estaba el programa de Tuberculosis y otros Programas más.

A pesar de que se avanzaba en los logros, la cobertura no era suficiente para lo había extendido el mal. La Dra. María Elena de Rivas, quien años después fuera jefe del Programa de Tuberculosis (1985 a 1990) describe en un editorial las características de la endemia en Honduras en 1975: alto viraje tuberculínico en los niños (15% de viraje tuberculínico anual en niños menores de 15 años), alta mortalidad por tuberculosis, alto porcentaje de abandono de tratamiento, gran porcentaje de casos no descubiertos, estadísticas y sistema de información débil. Para ese entonces la tasa de incidencia promedio de tuberculosis

para América Latina era de 68.8 por cien mil habitantes. Expone las directrices de la OMS para el combate a la enfermedad: una lucha antituberculosa organizada, con acciones a nivel nacional, permanente, integrada a los servicios generales de salud. En el mismo editorial recomienda: 1.-La aplicación masiva a recién nacidos de BCG por la protección efectiva contra formas primarias de la tuberculosis {la tuberculosis meníngea, miliar y pleural en niños), 2.-La detección precoz de pacientes infectantes a través de la baciloscopia tal y como en 1972 lo recomendaba Grzybowski. La Dra. de Rivas resumía las ventajas del método de la baciloscopia sobre el de la fotofluoroscopia en los siguientes términos: mas accesible en cualquier región, facilidad de toma de muestra en la residencia del sospechoso, menor costo, la sencillez del procedimiento que permitiría su recolección por voluntarios, el carácter definitivo del estudio. Una observación importante es que el personal de base de dicho programa no necesitaba ser especializado sino que personal paramédico entrenado. Hasta ese entonces el método mas utilizado para el diagnóstico era el radiológico con todas sus limitaciones como era el costo, la falta de especificidad, la dificultad para llevar el estudio a zonas poco accesibles. 3--El tratamiento adecuado como estrategias de control de la enfermedad. Otro importante cambio que se da en ese periodo es el tratamiento ambulatorio. Los costos de tratamiento hospitalario en ese tiempo (1975) por un periodo no menor de un año eran de L. 607.00 vs. L.30.04/año 25 por el tratamiento ambulatorio. Hasta entonces el tratamiento farmacológico consistía en: Estreptomina, HAIN y PAS, por dos a tres meses seguidos de HAIN Y PAS por no menos de un año. Seguidamente se introdujo la tiocetazona sustituyendo el PAS con esquemas de 2-3 meses de tiocetazona, HAIN y Estreptomina seguida de tiocetazona y HAIN (Diateben ) por 7-8 meses más.<sup>19</sup>

En el otro lado del mundo, en la década del 70 dos importantes pasos se daban en la lucha antituberculosa, el primero fue el uso de la Rifampicina en esquemas acortados y el segundo fue la implementación demostrativa de la estrategia TAES. Karel Styblo(1928-1998) observó en 1974 que el tratamiento ambulatorio estrictamente observado de pacientes con tuberculosis producía tasas de curación de hasta 82% en las cohortes observadas en comparación a tasas de curación de 45%- (OPS) en pacientes con quimioterapia pero sin supervisión estricta.

Mientras tanto en Honduras el Dr. Yanuario García, médico salubrista y epidemiólogo, director del Programa Nacional contra la Tuberculosis del 1979 a 1983, fue a quien le tocó llevar a cabo el proceso de horizontalización del mismo, en otras palabras, concienciar, capacitar e integrar a todo el personal del Ministerio de Salud Pública a la lucha antituberculosa, colocando la tuberculosis, como tema y problema de prioridad para todo trabajador de la salud (Secretaría de Salud) en todos sus niveles. Ello conllevaba una tremenda labor de análisis situacional por cada espacio poblacional de responsabilidad, capacitación y entrenamiento del personal, actualización del sistema de información, dotación de insumos hasta los niveles locales, capacitación específica para el diagnóstico y tratamiento del enfermo y de sus contactos. El objetivo era aumentar la cobertura del Programa y como fue de esperarse hubo un incremento en las cifras de casos detectados y, como consecuencia, de la incidencia. Lo sucedió el Dr. Cornelio Escoto U. quien continuó la consolidación de la horizontalización de los servicios.

De 1985 a 1988 la Dra. María Elena de Rivas dirigió el Programa y continuó reforzando la red de laboratorios para el diagnóstico precoz por medio de baciloscopia, la red de información, la dotación oportuna de tratamiento. Se instauró el tratamiento acortado, con la introducción de la rifampicina en el esquema desde 1988 con el esquema de dos meses de Estreptomina, Isoniacida, Rifampicina y Pirazinamida, seguido de cuatro meses con Rifampicina e Isoniacida bi o trisemanal (2SHRZ/4R2 H2).

**Cuadro No. 1.** Directores del Programa de Tuberculosis

Nombre	Período
Dr. Rigoberto Alvarado	1965
Dr. Alberto Guzmán	1965-1972
Dr. Yanuario García	1979-1983
Dr. Cornelio Escoto Umanzor	1983-1985
Dra. María Helena de Rivas	1985-2088
Dra. Noemí Paz de Zavala	1988-2003
Lie. Tomasa Sierra	2003-2004
Dr. Jacobo Arguello	2005

## BRONCOSCOPIA FLEXIBLE

La Dra. Martha Membreño Padilla graduada de médica el año de 1969, entró a trabajar en el Instituto Nacional del Tórax en 1969, posteriormente salió hacia Chile a realizar estudios de Neumología de donde regreso en 1974. En 1978 la Dra. Membreño fue a Japón donde recibió entrenamiento en la realización de broncoscopías flexibles por el Dr. Shigeto Ikeda quien desarrolló el aparato de fibra óptica para investigación endoscópica en Neumología; el Dr. Ikeda es considerado el padre de la broncoscopia flexible. La Dra. Membreño fue la primera persona en Honduras que realizó este procedimiento. Publicó varios estudios de su experiencia del uso de la broncoscopia en el diagnóstico de la tuberculosis.

En ese tiempo la tuberculosis era tratada con Estreptomycin y Diateben (Isoniacida y rioacetazona) por doce meses, este último provocaba frecuentes efectos secundarios (dermatitis, náuseas, vómitos, síndromes vertiginosos que impedían la deambulacion de los pacientes) incluso observándose síndromes de Steven Jonson.

### TRATAMIENTO ACORTADO Estrictamente SUPERVISADO (TAES)

En 1985 la Dra. Martha Membreño junto con el Dr. Mario Mejía realizaron un estudio de tratamiento acortado de la tuberculosis en el cual usaron Isoniacida, Rifampicina, Estreptomycin y Pirazinamida por 6 meses logrando demostrar altas tasas de curación.<sup>29</sup> Con estos datos se presionó al nivel central para instituir el tratamiento acortado.

En 1990 La Organización Mundial de la salud reconoce a la tuberculosis como una emergencia de magnitud dramática y lanza la estrategia TAES a fin de reducir la morbilidad, la mortalidad y reducir la aparición de resistencia a las drogas. En 1998, siendo jefe del Programa la Dra. Noemí Paz de Zavala, quien falleciera trágicamente en cumplimiento de sus deberes, se inicia las zonas demostrativas de TAES en Honduras. Las metas del Programa Nacional contra la Tuberculosis eran y continúan siendo: 1. Detectar tempranamente más del 70% de los casos mediante baciloscopia, 2. Tratar adecuadamente al 100% de los casos de tuberculosis diagnosticados, 3. Lograr una tasa de curación mayor del 85%, 4.

Vacunar con BCG más del 90% de los recién nacidos y alcanzar el 100% de cobertura en niños al cumplir el año. Progresivamente se ha establecido la estrategia TAES en todo el país, siendo el esquema de tratamiento, Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol por dos meses seguido de la segunda fase de Rifampicina mas isoniacida bi hasta completar 6 meses de tratamiento (2HRZE/4R2 H2).

La estrategia TAES con marco estratégico ampliado, se basa en la presencia de cinco elementos: 1.- Compromiso político sostenido, 2.- Detección de casos usando la microscopia de esputo con garantía de calidad efectuada a las personas que buscan atención por tos prolongada y las de alto riesgo (VIH y privados de libertad), 3.- Quimioterapia de corta duración estandarizada en condiciones adecuadas de manejo de los casos, incluido el tratamiento directamente observado, 4.- Suministro regular de medicamentos con garantía de calidad y 5.- Sistema de registro y notificación estandarizado que permita el seguimiento del caso y la evaluación del desempeño del Programa. Con esta estrategia se pretende reducir la morbilidad, la mortalidad, evitar la transmisión y la farmacoresistencia. De acuerdo a estimaciones sí se cumplen las metas de detectar el 70% de los enfermos a través de la baciloscopia y curar al menos el 85% de los enfermos se esperan reducciones anuales hasta de un 14%.

En Honduras el número de casos para el año 2002 fue de 4,500, para una prevalencia de 72.5% y una tasa de curación de 82%. Para el 2004 el Programa Nacional Contra la Tuberculosis reporta 100% de cobertura con estrategia TAES, se diagnosticaron 3,297 casos nuevos de los cuales 2211 fueron bacilíferos, 82% de curados (77% con tratamiento completo y baciloscopías negativas, 5% con tratamiento completo y sin baciloscopia), 8% de abandono, 2% de fracasos, 5% de mortalidad.<sup>28</sup>

### TUBERCULOSIS Y SIDA Y EL FONDO GLOBAL

En 1985 se diagnostica en Honduras el primer caso de SIDA. A partir de entonces se notifica el rápido crecimiento de casos y de pacientes infectados de tal manera que Honduras reporta más de la mitad de los casos de Centroamérica. Siendo que el SIDA y la Infección por VIH son los mayores factores de riesgo para desarrollar

tuberculosis, que convergen las dos infecciones en el mismo grupo de pacientes afectados (entre 20-40 años), que la transmisión del VIH es eminentemente heterosexual en nuestra sociedad, y que existen altas tasas de incidencia en ambas enfermedades, el impacto de la comorbilidad VIH/SIDA/Tuberculosis se torna dramática. En el 2004 se reportan un total de 23,035 casos acumulados desde 1985 con 4,851 personas viviendo actualmente con VIH y 3297 nuevos casos de pacientes con tuberculosis, un 3-5% de serología positiva para VIH en pacientes con diagnóstico de tuberculosis y un 11% de tuberculosis en pacientes viviendo con SIDA. La tuberculosis es la infección mas frecuente en este grupo de pacientes. En el 2002 se presentó un ambicioso proyecto mancomunado de combate de tres enfermedades, VIH, Tuberculosis y Malaria a! Fondo Global de las Naciones Unidas, quien aprobó cerca de \$42 millones de dólares para ser ejecutados en cinco años. El Programa Nacional contra la tuberculosis y la Comisión Nacional Alto a la Tuberculosis presentaron la parte correspondiente a tuberculosis cuya meta es disminuir un 25% la incidencia de casos nuevos de la enfermedad a través de la aplicación de la estrategia TAES con participación comunitaria, el fortalecimiento institucional para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, y la aplicación de TAES-Plus a los pacientes con enfermedad drogoresistente. El Fondo Global aprobó cerca de 6 millones de dólares para implementar la estrategia con la participación comunitaria.

### **LA ASOCIACIÓN HONDUREÑA ALTO A LA TUBERCULOSIS**

La participación comunitaria en la lucha antituberculosa se observa desde las primeras décadas del siglo XX. De acuerdo a referencias encontradas en la Revista Médica Hondureña, la Asociación Médica Hondureña como sociedad civil participó haciendo planteamientos y gestiones para la creación de salas de atención a los pacientes aquejados por la enfermedad, así como actividades de educación e higiene, igual lo hizo la Asociación Hondureña de Tisiología que se preocupó por gestionar la creación de Dispensarios y prácticamente todos sus miembros estaban involucrados en la atención de los enfermos. Así mismo miembros de la Asociación de Tisiología fomentaron la creación de la Liga Hondureña contra la Tuberculosis.

A pesar de que la atención a la tuberculosis sufrió a nivel político internacional un descuido, que probablemente repercutió a nivel nacional, la Asociación Hondureña de Neumología ha mantenido en su agenda el tema de tuberculosis, de tal forma que sus actividades científicas en Congresos y Cursos hacen énfasis en diversos aspectos de la enfermedad, y ha apoyado al Programa en aspectos de asesoría técnica e investigación. Se destacan los trabajos de investigación de la Dra. Membreño y el Dr. Mejía en la implementación de el tratamiento acertado.

En 1996, la Dra. Noemí Paz, Directora del Programa Nacional Contra la Tuberculosis reconoció la necesidad de impulsar, incrementar y sistematizar las actividades de parte de la Sociedad Civil en esta lucha y fomentó la organización de un Comité de apoyo denominado Comisión Hondureña Alto a la Tuberculosis (CONALTB). El Comité posteriormente se denominó Asociación Hondureña Alto a la Tuberculosis, con membresía institucional como el Colegio Médico de Honduras, Colegio de Enfermeras, Colegio de Microbiólogos, Colegio de Trabajadores Sociales, Ministerio de Gobernación, Asociación de Municipios de Honduras, Facultad de Medicina y de Trabajo Social de Honduras, Representación del Mancomunidades Municipales, de la Asociación de Mujeres Negras, de la Asociación de Neumología y Cirugía del Tórax, Foro Nacional de Convergencia, líderes locales, grupos de ayuda y autoayuda y otras. Esta Asociación tiene como objetivos: Apoyar al Programa Nacional con la organización sistemática de comités locales de voluntarios de la comunidad para la implementación y sostenimiento de la Estrategia TAES, obtener asesoría técnica, desarrollar campañas de educación, apoyar en las actividades de monitoria, supervisión, información -y capacitación a diferentes niveles de la población, apertura de espacios para el apoyo político, la promoción y investigación. A la fecha se han organizado 58 Comités Municipales Alto a la Tuberculosis, en los Departamentos de\_ Cortes, Atlántida, Colón y Gracias a Dios.

Finalmente, se reconoce que la Tuberculosis es una enfermedad muy compleja, que ha demostrado a lo largo de centurias ser un poderoso flagelo que impacta no solo en la salud física del ser humano sino también en el bienestar familiar y de la sociedad generando pobreza y muerte. Las estrategias para combatirla requieren de un alto compromiso político a nivel de los gobiernos, y además de la

Participación y compromiso de todas las estructuras sociales. Los modelos económicos que generan aumento de la brecha entre los ricos y los pobres, provocando mayor iniquidad, pobreza, desnutrición, hacinamiento e ignorancia son el medio más efectivo para no lograr el control de enfermedad.

#### REFERENCIAS

1. Reina Valenzuela José. Bosquejo histórico de la farmacia y la medicina en Honduras. Talleres Tipo-Litográficos Aristón. Tegucigalpa D.C. Honduras. 1947. p 13-18.
2. Castellanos D. Plutarco E. Buscando raíces a través de la historia de la medicina. Primera Edición. Editorial Iberoamericana. Tegucigalpa M.D.C. Honduras 2002. pp 5-16.
3. Larios Manuel. Historia de la Medicina en Honduras. Rev med hondur 1935;4 (47):642-.
4. Consejo Editorial de la Revista Médica Hondureña. Tuberculosis. [CD Rom Conmemorativo 1930-1970]. Bimena, 2000.
5. Consejo Editorial y BIMENA. Tuberculosis. Rev med hondur;2003;72:
6. Medivision. Historia de la Medicina. Historia de la Medicina Maya. Online
7. Popol Vuh. Las Antiguas Historias del Quiche. Traducción y notas de Adrián Recínos. 2da. ed. Editorial Guaymuras. Tegucigalpa M.D.C. 2004. pp 72.
8. Francisco Guerra. La Medicina precolombina. Ediciones de Cultura Hispánica. Imprime EGRAF SA 1990. pp 100.
9. Gerard Cologne. Lesiones vertebrales similares a la producida por Tuberculosis en momias de los Andes septentrionales. Accesado el 23 de agosto 2005- Disponible en: [http://www.news.bbc.co.uk/hf/spanish/science/newsid\\_1681000/1681804.stm](http://www.news.bbc.co.uk/hf/spanish/science/newsid_1681000/1681804.stm)
10. Neyra Ramirez Jose. La tuberculosis a través de la historia. Medivision (On Line) accesado 23 de agosto 2005. Disponible en <http://www.revistamedica.8m.com/histomed11B.htm>
11. Jova, Laura (Crónica de las Crónicas La Conquista de la Provincia de Honduras. En: Zelaya Garay Osear. Antología. Lectura; de la historia de Honduras. 3era edición. Pearson Educación. México. 2001 pp 35.
12. Newson Laura. Variaciones regionales y el impacto del dominio colonial español en las poblaciones indígenas de Honduras y Nicaragua. En: Zelaya Garay Osear. Antología. Lecturas de la historia de Honduras. 3era edición. Pearson Educación, México. 2001 pp 83-86
13. Grzyboswki.S Historia natural de la tuberculosis. Bol Union intTubercEnfResp 1991;66:113-214
14. Bulnes, Martin. Como debiera organizarse la lucha contra la tuberculosis. Rev Med Hondur 1943; Vol 13(104):88-90.
15. Cáceres Vijil, Marcial. Examen radiológico pulmonar de las colectividades. Rev Med Hondur 1946; Vol 16(125):196-198
16. Cáceres Vijil, Marcial. El Problema de la incurabilidad Tuberculosa. Rev Med Hondur 1946; VOL 16 (124): 149-150
17. Bulnes, M. La tuberculosis a través de los años. Rev Med Hondur 1944;14(1): 360-361.
18. Asociación Médica Hondureña. Mannheim Eva, Sarmiento Manuel, Baltoda. no Federico, Alvarado Rigoberto. Memorias del VI Congreso Médico Centroamericano. Talleres Tipo-Litográfico Aristón. Tegucigalpa. D.C. Honduras. 1956
19. Paredes Salvador. Pabellón para Tuberculosos en el Hospital General. Página de la Dirección. Rev Med Hondur 1934; Año 4(47):385-386
20. Durón, Raúl. Historia Clínica de un Hospital. Servicios Gráficos Técnicos. Tegucigalpa D.C.
21. Cáceres Vijil, Marcial.- Labor dispensarial en la lucha antituberculosa. Pagina de la Dirección. 1947; Vol 17 (5): 485-487)
22. Cáceres Vijil, Marcial.- La educación higiénica en la lucha antituberculosa. Rev Med Hondur 1947; Vbl 16 (129): 389-390.
23. Cáceres Vijil, Marcial- Resumen histórico de la organización dispensarial antituberculosa en Honduras.- Rev Med Hondur; 114-120.
24. Cáceres Vijil, Marcial.- Necesitamos un Patronato Antituberculosos. Rev Med Hondur 1946; Vol 16(123):101-102.
25. Rivas Maria Elena. Reflexiones sobre la tuberculosis en Honduras. Rev Med Hondur 1975;43(1):2-8
26. Diaz, Humberto. La vacunación por el BCG. Rev Med Hondur 1952;22:158-159.
27. Estatutos de la Liga Hondureña contra la Tuberculosis. La Gaceta 1954.
28. Programa Nacional contra la Tuberculosis. Ministerio de Salud. Informe Anual. 2004.
29. Carlos Caminos. Tratamiento ambulatorio de la tuberculosis. Rev Med Hondur 1952; 818-822.
30. Membreño Marta, Mejia, Mario. Quimioterapia acortada para tuberculosis pulmonar. Primer estudio en Honduras. Rev Med Hondur 1988;56(2):144-147.
31. Marta Membreño. Broncoscopia flexible en el diagnóstico de Tuberculosis. Rev med Hondur 1988;56(3); 188-93-
32. Sorto Rocío, Garmendia Idixi. Tratamiento antiretro viral. Rev Med Hondur 2005;73: 26-33.
33. Programa Nacional Contra la Tuberculosis. 2004.