Vencer a la tuberculosis

CARLOS R. PACHECO*

“VENCER A LA TUBERCULOSIS” fue en 1982, el lema del centenario del descubrimiento del bacilo por Roberto Koch; esta meta no se ha logrado alcanzar en ningún país del mundo, aunque se han hecho avances notables especialmente en las naciones desarrolladas. La enfermedad ha demostrado ser un adversario difícil de vencer; continúa afectando en mayor o menor grado, a la población de todo el mundo, pues su periodo de incubación puede ser muy prolongado, el cuadro clínico es insidioso, la localización de casos no se ha extendido universalmente, el tratamiento es prolongado y para algunos países oneroso; tales circunstancias hacen que afecte en mayor grado a los países menos desarrollados.

A finales de 1981, un grupo auspiciado por la Organización Mundial de la Salud y por la Unión Internacional contra la Tuberculosis, analizó la situación mundial de este padecimiento y estimó que la tuberculosis causaba de 2 a 2.5 millones de muertos al año y que la incidencia anual de casos pulmonares con esputo positivo, era de 4 a 5 millones o de 8 a 10 millones, si se consideraban los casos pulmonares con cultivo positivo y los casos extrapulmonares.

La distribución de la mortalidad y de la morbilidad, así como de la infección tuberculosa, es más alta en los países en desarrollo que en los desarrollados. En 1979, la tasa de mortalidad por tuberculosis en 61 países, en su mayoría desarrollados, fue de 5.3 defunciones por 100 mil habitantes, inferior a la registrada en América Latina y en la República Mexicana, que fue de 7.5 y 11.1 respectivamente; en 1983, nuestro país tuvo una tasa de 8.9 defunciones por 100 mil habitantes, igual a la registrada en 1982.

Los datos de morbilidad por tuberculosis son poco confiables en los países en desarrollo, debido a varios factores como son: baja cobertura de los servicios de salud, carencia o limitación de recursos para diagnóstico y deficiente registro de casos; por eso, no es raro encontrar continentes con situaciones epidemiológicas diferentes y tasas de morbilidad iguales o inferiores, como ocurre con los datos de Africa, Europa y América Latina que en 1979 tuvieron tasas de incidencia de 36.0, 35.4 y 27.5 casos nuevos por 100 mil habitantes respectivamente. En la República Mexicana, la tasa para ese año fue de 27.2 y para 1984 de 28.2 casos por 100 mil habitantes.

La tasa de infección tuberculosa determina mejor la situación y la tendencia de este padecimiento y establece con más claridad las diferencias que existen entre unos países y otros; por ejemplo, en los de Africa se han estimado tasas de infección de 2 a 5

* Académico titular. Secretaría de Salud.

por ciento y en los de América del Sur y del Centro, de 1 a 2 por ciento o menores del 1 por ciento, como ocurre en la República Mexicana y en otros países sudamericanos. En cambio, los países desarrollados exhiben tasas de infección de 1 a 3 por mil y algunos de ellos menos de 0.5 por mil.

Mientras que la mortalidad por tuberculosis ha ido reduciéndose en todos los países, la morbilidad y la infección descienden de manera significativa en los países desarrollados, pero permanecen iguales o disminuyen en escasa proporción en los países en desarrollo.

Esto último, técnicamente es inaceptable pues en la actualidad se cuenta con los conocimientos clínicos y epidemiológicos que han hecho posible determinar diversos parámetros en la historia natural de la tuberculosis y establecer las actividades específicas de control, cuya aplicación es tan sencilla, que las puede llevar a cabo personal profesional, técnico y auxiliar de todos los niveles de atención de la salud.

Esas actividades específicas constituyen los componentes fundamentales del Programa de Control de la Tuberculosis, que son: prevención, localización de casos y tratamiento. La prevención de la enfermedad se lleva a cabo a través de dos métodos: vacunación y quimioprofilaxis. Estudios controlados han demostrado que la vacunación con BCG confiere una protección de 100 por ciento para las formas meníngea y miliar y de 80 por ciento para la tuberculosis pulmonar y de otras localizaciones.

El impacto epidemiológico de la vacuna BCG consiste en la disminución de la incidencia (no de la mortalidad) de la tuberculosis meníngea en los niños de 0 a 4 años; pero para que esto ocurra, deben alcanzarse coberturas cuando menos de 90 por ciento. La quimioprofilaxis con isoniacida evita que 70 por ciento de los infectados o tuberculino positivos desarrollen tuberculosis, pero su impacto en la incidencia es reducido, porque está indicada en grupos programáticos que constituyen una minoría.

La localización de casos y el tratamiento tienen mayor impacto que la prevención, en la morbilidad y mortalidad por tuberculosis. La localización de casos pulmonares mediante la pesquisa bacilosκόpica, permite identificar los pacientes con esputo positivo, que son las fuentes de infección y por lo tanto los responsables de la transmisión de la enfermedad. La sensibilidad de este método es de 85 por ciento y la especificidad del 90 por ciento las cuales pueden elevarse hasta cerca de 100 por ciento, con la adición del cultivo. En la práctica, la pesquisa bacilosκόpica sólo requiere de personal auxiliar adiestrado que sepa ob-

tener muestras de expectoración y enviarlas para estudio o examinarlas en el lugar donde se obtuvieron.

El tratamiento reduce rápidamente la tasa de mortalidad por tuberculosis; pero cuando está mal organizado, puede causar daños epidemiológicos al aumentar la prevalencia y no influir en la curva de mortalidad. Los esquemas actuales de tratamiento están constituidos principalmente por medicamentos bactericidas, capaces de esterilizar las lesiones tuberculosas, por lo que alcanzan una eficacia de 95 a 100 por ciento de casos curados.

En condiciones de programa, el impacto del tratamiento se modifica por la proporción que exista entre los parámetros siguientes: porcentaje de casos diagnosticados en relación con la incidencia; porcentaje de ingresos a tratamiento en relación con casos diagnosticados, porcentaje de casos que terminan, en relación con los ingresos y finalmente, el promedio de la eficacia de los esquemas terapéuticos usados. Es obvio que resultados excelentes de tratamiento en un reducido grupo de enfermos o resultados regulares y malos en una cobertura aceptable de enfermos, tienen poco o ningún impacto epidemiológico.

Por la facilidad de su administración así como por su baja toxicidad los esquemas de tratamiento al igual que las otras actividades de control se proporcionan en forma ambulatoria, por el personal de salud en el primer nivel de atención médica.

Sobre los componentes mencionados, a principios de los años 70 se implantó en la República Mexicana el Programa de Control de la Tuberculosis, integrado a las actividades de las unidades del primer nivel de atención, de la Secretaría de Salud. Sin embargo, el impacto epidemiológico del programa ha sido poco significativo debido principalmente a que no se han cumplido en su totalidad los propósitos operacionales y técnicos como son: integrar las actividades de control en todas las unidades de salud y aplicarlas en su población, organizar la penetración de las acciones del programa en áreas rurales sin servicios de salud, así como mejorar y mantener la calidad técnica de las actividades de prevención, diagnóstico y tratamiento, para conservar su eficacia.

Para reducir la tuberculosis en términos epidemiológicos, alcanzar su control y vencerla, es indispensable aplicar las actividades específicas de prevención, diagnóstico y tratamiento sin esperar el advenimiento de nuevas medidas; modificar, fortalecer o innovar las estrategias actuales para aplicarlas con suficiente cobertura en el Sector Salud, tener la decisión para llevarlas a cabo y disponer de los recursos para asegurar su mantenimiento.