

Situación actual de la tuberculosis

Informe del Dr. Felipe Martín Piñate*

Para: Comisión de Patología, Terapéutica Médica y Medicina Tropical.

A partir de 1985 la tuberculosis (TB) se ha venido convirtiendo en un síndrome expansivo TB-SIDA, a consecuencia de la pandemia ocasionada por el HIV, se producen cambios estructurales en la epidemiología, etiopatogenia, genética e inmunología. Igualmente la clínica y la radiología han sufrido cambios sustanciales. El diagnóstico actual de la enfermedad requiere de nuevos procedimientos que reclaman la formación actualizada de recursos humanos.

El tratamiento anti-TB actual constituye un problema de gran magnitud debido a la asociación bacilo de Koch-virus de inmunodeficiencia humana (BK-HIV), por una parte y por otra el cada vez más creciente fenómeno de multirresistencia a las drogas por parte del bacilo. La prevención obedece a normas distintas a las tradicionales y los esquemas terapéuticos son muy variados y complejos.

Creemos que la TB sigue siendo una enfermedad voraz. El BK es un microorganismo de difícil extinción. Debido a metamorfosis su biología, hoy día, al igual que otras mycobacterias atípicas, representa una verdadera y mortal amenaza ante un adversario inconsistente (inmuno-suprimido).

La asociación TB-SIDA, se presenta como un cuadro nosológico que requiere de un conocimiento científico profundo con énfasis en genética e inmunología para poder entender la patogenia de la tuberculosis actual así como la nueva epidemiología, diagnóstico, prevención, tratamiento y campañas de control.

En la década de los 90 la TB se ha transformado en un problema de salud pública a nivel mundial (La OMS estima que para la década 1990-2000), se

presentarán 88 millones de nuevos casos de TB, de los cuales 8 millones serán atribuidos a infección por HIV. Morirán por TB en este período 30 millones de personas que incluyen 2,9 millones atribuidos a la infección por HIV). En nuestro país el último boletín de la división de tuberculosis de MSAS, señala que en 1998 se reportaron en el país un total de 5 937 casos de tuberculosis (todas las formas) ubicándose la tasa en 25,5 por 100 000 habitantes, lo cual representa una variable interanual de + de 2,4% (en 1997 se registraron 5 674 casos). Con servicios deficientes ¿Cómo será la situación epidemiológica real? (Cuadro 1 y Figura 1).

La confirmación bacteriológica es de un 67,6% (falla institucional), a pesar de que se está haciendo un esfuerzo en la integración de los establecimientos de salud, con incremento del número de laboratorios. La baciloscopia sólo incrementó la proporción en 1,5%. La cobertura de BCG en menores de un mes es de 67,4% en los momentos actuales, por lo que es necesario aumentarla.

La búsqueda de casos sintomáticos respiratorios es escasa en las consultas de medicina general (fallas en la aplicación de normas).

La evaluación del tratamiento específico anti-TB se ve afectada por el incremento en el número de abandonos, defunciones, transferencias y casos sin información (fallas en el programa). El 88% de los pacientes en tratamiento lo reciben en régimen supervisado.

La co-infección TB-HIV, se incrementó en un 53,3%. Aumentó el número de recaídas (26 casos más que en 1997, ¿resistencia a medicamentos? Existen cinco estados (Amazonas, Apure, Miranda, Sucre y Yaracuy), donde el tratamiento supervisado es menor del 80% (¿Falla del recurso humano?) El porcentaje de adiestramiento fue menor a el obtenido en 1997.

*Invitado de Cortesía a la Academia Nacional de Medicina.

TUBERCULOSIS

Cuadro 1

Indicadores epidemiológicos. Año 1998

Entidad	Tuberculosis pulmonar					%	Tuberculosis extra-pulmonar			TBC todas formas	
	BK + N°	Tasa ¹	BK - N°	Total N°	Tasa ¹		Meningitis N°	Total N°	Tasa ¹	Total N°	Tasa ¹
Distrito Federal	514	22,5	181	695	30,4	74,0	12	210	9,7	917	40,2
Amazonas	43	43,8	7	50	51,0	86,0	2	7	9,2	59	60,1
Anzoátegui	145	13,2	52	197	17,9	73,6	0	40	3,6	237	21,6
Apure	49	11,3	68	117	27,1	41,9	0	11	2,5	128	29,6
Aragua	138	9,7	42	180	12,6	76,7	0	29	2,0	209	14,6
Barinas	41	7,3	55	96	17,2	42,7	0	13	2,3	109	19,5
Bolívar	148	11,9	91	239	19,3	61,9	0	39	3,1	278	22,4
Carabobo	267	13,4	37	304	15,3	87,8	0	39	2,0	343	17,2
Cojedes	36	14,5	7	43	17,3	83,7	1	11	4,8	55	22,2
Delta Amacuro	42	32,8	27	69	53,8	60,9	0	1	0,8	70	24,6
Falcón	71	9,7	13	84	11,5	84,5	0	7	1,0	91	12,5
Guárico	94	15,2	82	176	28,5	53,4	0	11	1,8	187	30,3
Lara	233	14,7	64	287	18,9	77,7	0	37	2,4	324	21,3
Mérida	63	8,8	5	68	9,4	92,6	0	14	1,9	82	11,4
Miranda	335	13,5	146	481	19,4	69,6	5	80	3,4	566	22,8
Monagas	138	23,7	94	232	39,8	59,5	0	45	7,7	277	47,5
Nueva Esparta	39	10,9	14	53	14,8	73,6	0	6	1,7	59	16,5
Portuguesa	240	30,5	116	356	45,3	67,4	2	33	4,5	391	49,7
Sucre	146	18,1	100	246	30,4	59,3	5	59	7,9	310	38,3
Táchira	140	14,0	74	214	21,4	65,4	0	34	3,4	248	24,8
Trujillo	111	19,2	49	160	27,7	69,4	0	26	4,5	186	32,2
Yaracuy	38	7,6	12	50	10,0	76,0	0	8	1,6	58	11,6
Zulia	389	12,7	319	708	23,2	54,9	2	43	1,5	753	24,7
Venezuela	3 450	14,8	1 655	5 105	22,0	67,6	29	803	3,6	5 937	25,5

1. Tasa por 100 000 habitantes.

2. N° casos Tbc. pulmonar BK+

$\frac{\text{N° casos Tbc. pulmonar BK+}}{\text{N° total de casos de Tbc pulmonar}} \times 100$ (incluye casos + en el directo como en el cultivo).

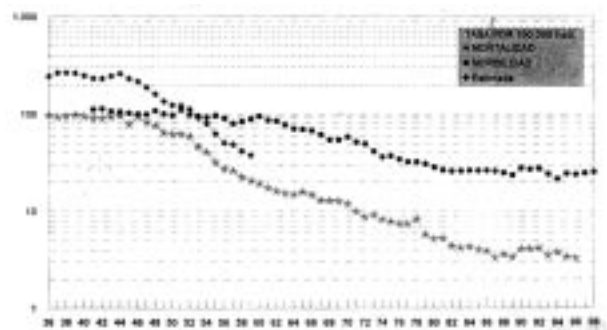


Figura 1. Tasa de mortalidad y morbilidad por tuberculosis. Venezuela 1936 – 1998. Fuente: DTYEP-Anuarios de Epidemiología. Mortalidad 1996 provisional.

El déficit de suministros de medicamentos es notorio. Consideremos que gran cantidad de pacientes están recibiendo tratamiento en forma incorrecta (reciben las drogas que están en existencia).

En conclusión, las fallas en la lucha antituberculosa actual se debe al deterioro de las condiciones económico-sociales de la nación, sumado al colapso de los servicios de salud. Tenemos dificultades en el manejo de los casos, no hay nuevos instrumentos de lucha, no hay líderes, ni instituciones, ni políticas de salud.

Consideramos que un programa de control de TB en los actuales momentos plantea; 1^{ero} un mejor conocimiento y manejo de la biología molecular del

BK y del huésped, 2^{do} formación del recurso humano, 3^{er} Reorganización de servicios, 4^{to} Crear o renovar infraestructura hospitalaria especializada, que incluya la rehabilitación de los sanatorios antituberculosos que fueron transformados para otros fines, 5^{to} Recursos financieros que garanticen una campaña exitosa, y la tuberculosis sería una enfermedad controlable.

Recomendaciones para el control de la tuberculosis en Venezuela

Se requiere conjugar tres factores:

- A. Recurso humano
- B. Recurso físico
- C. Recurso financiero

A. Recurso humano:

Comprender la formación de nuevos líderes en tisiología capaces de gerenciar la lucha antituberculosa de acuerdo a los cambios experimentados en la patología durante los últimos quince años (síndrome expansivo TB-HIV), en lo relativo a epidemiología, patogenia, clínica, radiología, nuevos procedimientos diagnósticos, prevención y tratamiento específico. Se debe promover la formación del personal como sigue:

- A.1. Tisiólogos entrenados en biología molecular con especial énfasis en genética e inmunología.
- A.2. Formación de personal paramédico actualizados en las nuevas disciplinas involucradas, tales como, patología tuberculosa, bacteriología, administradores de salud, visitadores sociales y enfermeras.

B. Recurso físico

Comprende readaptación de los ambientes a las nuevas formas de tuberculosis:

- B.1. Construcción de nueva infraestructura hospitalaria y dispensarios antituberculosos.
- B.2. Reconstrucción de la infraestructura hospitalaria existente que fue transformada para otros fines.
- B.3. Crear nuevos servicios y ambulatorios que incluyan áreas de aislamiento y rehabilitación.

C. Recurso financiero

Debe garantizar el desarrollo de los recursos A y B, de tal manera que se cumpla un plan efectivo y exitoso en el control de la TB.

Deben ser tributarios:

- C.1. El Estado venezolano
- C.2. La empresa privada
- C.3. Pacientes con poder adquisitivo suficiente para autofinanciarse el tratamiento.
- C.4. Las asociaciones antituberculosas del país deben retomar los objetivos para los cuales fueron creadas.

Etiología de la mortalidad materna en los países en desarrollo: ¿qué valor tienen las autopsias verbales?

Objetivo: Reevaluar el valor práctico de los datos de autopsias verbales que, a falta de información más rigurosa, se han utilizado para describir las causas de mortalidad materna e identificar las prioridades de los programas destinados a reducir la mortalidad femenina en los países en desarrollo.

Métodos: Reanalizamos los datos de autopsias verbales de un estudio de 145 defunciones maternas que tuvieron lugar en Guerrero, Querétaro y San Luis Potosí (México) en 1995, teniendo en cuenta otras causas de defunción y el sistema de clasificación de la OMS. Los resultados se compararon además con la información suministrada sobre certificados de defunción deficientes.

Resultados: La reclasificación reveló grandes diferencias en la atribución de defunciones maternas a causas médicas específicas únicas.

Conclusión: El método de las autopsias verbales presenta limitaciones inherentes como medio de anamnesis de los eventos médicos. Como mucho permite corroborar una vez más el hecho ya conocido de que la mortalidad entre las mujeres pobres que apenas tienen acceso a atención médica es mayor que entre las mujeres ricas que disfrutaban de un mayor acceso a esa atención.

(Tomado de Bulletin of the World Health Organization, 2001;79(9):810).