El Problema de la Tuberculosis Pulmonar

por

Dr. Arturo Blanco Solís*

Se ha expresado que el problema de la tuberculosis lo constituyen los sufrimientos del individuo afectado por esta enfermedad y las pérdidas económicas producidas por la misma, y que la lucha Anti-tuberculosa tiene como objeto final disminuir, y si es posible erradicar, estos sufrimientos y las pérdidas económicas. Para lograr este objetivo de mediano es necesario programar objetivos inmediatos o intermediarios al objetivo final, ellos son:

1) Cortar la cadena de infección mediante el diagnóstico y tratamiento de los enfermos tuberculosos bacilíferos que mantienen dicha cadena.

2) Aumentar la resistencia biológica de la población mediante un medio específico y para ello tenemos la vacuna BCG. También debe tomarse en cuenta el mejoramiento de las condiciones socio-económicas que si bien no es un factor no específico tiene enorme importancia en el riesgo de enfermarse y morir de tuberculosis.

3) Otro de los objetivos a alcanzar consiste en evitar la aparición de la enfermedad en aquellos grupos o personas expuestas al riesgo inminente de enfermarse como son los contactos o bien aquellos expuestos a riesgos especiales, vale decir, enfermeras, médicos, hospitales psiquiátricos y generales, centros penales, etc. en donde es frecuente la aparición de la enfermedad por la inminencia de la existencia de casos infectantes. Para alcanzar este tercer objetivo disponemos de un arma poderosa como es la quimioprofilaxis.

Si queremos tener una idea de la magnitud del problema, es necesario cuantificarlo y para ello debemos elaborar nuestros índices epidemiológicos, reflejo del problema a nivel de toda la población del país. Estos índices epidemiológicos se evalúan en función de dos factores: Incidencia y Prevalencia, representando el primero, o sea la incidencia, el número de casos que aparecen en un determinado período y la prevalencia representa la suma total de los casos en todos los períodos. Expresado así, la incidencia es dinámica y la prevalencia es estática. Estos índices específicos son:

* Director de la Lucha Nacional Antituberculosa.

1) Índice de infección, elaborado mediante el porcentaje de tuberculino-positivos que nos dá una idea de la intensidad de la transmisión del bacilio en un momento dado en la colectividad en estudio. Para ello debemos señalar que es en los grupos de edad menores de 15 años en que tal transmisión tiene gran importancia.

2) El índice de morbilidad, o sea el número de porcentaje de enfermos de la población. A este respecto conviene señalar la importancia de los excretores de bacilios es decir enfermos con tuberculosis pulmonar positiva al exámen de esputo, que nos proporcionan una idea de la amplitud del reservorio infeccioso, es decir de la amenaza al contagio en la colectividad en estudio. En este mismo índice podría señalarse, aunque no de tanta importancia, el índice de imágenes radiográficas sospechosas en tuberculino-positivos que aunque no son enfermos definitivamente tuberculosos, pueden significar un índice de riesgo de aparición de la enfermedad tuberculosa en aquellos a esputo negativo.

3) El índice de mortalidad reflejado por el número o porcentaje de personas fallecidas por tuberculosis pulmonar, tiene también su importancia aunque dentro del orden de las prioridades, mucho menor de la morbilidad, como tal en la interpretación del significado epidemiológico en la evaluación del problema es indudable que la morbilidad nos represente la verdadera amenaza de la tuberculosis como problema de salud pública. Se ha experimentado en todos los países del mundo una baja notable en la mortalidad, explicada por el mejoramiento de las condiciones socio-económicas de los países, y por el impacto tremendo que han tenido las nuevas drogas específicas contra la tuberculosis desde fines de 1940 hasta la fecha. Tan es así que la mortalidad experimenta una notable baja y la morbilidad no lleva paralelamente un mismo ritmo. En la presición de estos índices se hace la diferencia entre lo diagnosticado o conocido y lo estimado, que comprende lo que creemos que en realidad existe pero que no ha podido conocerse, sobre todo cuando las actividades del control de la tuberculosis no están proyectadas en forma permanente y orgánica a toda la población del país.

COMENTARIOS A LOS INDICES EPIDEMIOLOGICOS

Índice de Infección:

Considera la OMS que cuando un país presenta un índice de infección de 1% en las edades de 14 años, esta ya en la fase de la erradicación de la tuberculosis como problema de salud pública. No hay país actualmente en el mundo que haya podido obtener tal porcentaje en estos grupos de edad. Países como Dinamarca, Holanda, que van a la cabeza en el control de la tuberculosis tienen un índice de infección de 4% para esas edades. En Costa Rica hemos

tomado como partida de positividad de los 10 mm. de la lectura del diámetro trasverso de de la reacción tuberculínica. Después de haber nosotros efectuado histogramas tuberculínicos en grupos de pacientes y en población general del país, se ha demostrado que la positividad de la tuberculina debe contarse a partir de 10 mm. Además, en la reunión de jefes de lucha antituberculosa que tuvo lugar hace 2 años en la ciudad de Panamá hubo acuerdo unánime para tomar tal medida. Nuestros índices de infección han sido calculados de acuerdo con esa medida de un 24.5% de positividad para la población en general, oscilando entre un 9 a 12% de positividad a los 14 años y un 35 y más % a partir de los 40 años.

El índice de infección sirve además para fijar los grupos de edad en los que la vacunación con B. C. G. será de mayor provecho. En nuestro país la vacunación tiene que aplicarse con mayor aprovechamiento en los grupos de recién nacidos hasta la edad de 20 años máximo.

Índice de Morbilidad:

La misma OMS afirma que la tuberculosis sigue siendo un problema de la salud pública en el mundo. Repetimos que el índice de morbilidad es el que tiene prioridad en la medida del problema de la tuberculosis como impacto en la salud pública. Se calcula que en el mundo alrededor de 14 millones de personas que padecen de tuberculosis, y cerca de 3 millones pagan tributo anualmente con sus vidas a esta enfermedad. En la América Latina se calcula que alrededor de 1.500.000 padecen de tuberculosis, y se puede afirmar que la tuberculosis es especialmente frecuente en los países en desarrollo. En Costa Rica nuestra morbilidad ha sido calculada de acuerdo con exámenes pulmonares practicados cuando se realizó el Plan Tripartito en las provincias de Puntarenas y Guanacaste, llegando a una estimación de 0.3% por la población general del país, que padece de procesos tuberculosos abiertos con baciloscopías, y aproximadamente un 0.75% tienen procesos activos de la enfermedad, aunque un 60% de ellos no presenta evidencias bacilares. El análisis de nuestras estadísticas de casos diagnosticados revela que más de un 50% de los casos descubiertos se presentan con clasificación de tuberculosis avanzada o maderada, lo cual significa que llegan tarde para su diagnóstico, cuando ya han hecho el daño de contagio en el medio en que viven, por los millones de bacilos B. K. eliminados por la tos, y cuando la curación aunque alcanzable es más laboriosa y desde luego costosa. Justamente corresponde a las provincias de Guanacaste, Puntarenas y Limón, de donde proviene la mayoría de esos casos, es decir de las zonas donde no llegan todavía las medidas de Lucha Antituberculosa en forma permanente.

Índice de Mortalidad

Como lo dijimos al comienzo, la mortalidad muestra un descenso notable en todos los países del mundo desde las últimas décadas, y su explicación se encuentra justamente en las mejores condiciones de vida de los países y en las armas de tratamiento que permiten en la mayoría de los casos llegar a la curación cuando el enfermo coopera tomando los medicamentos todos los días y por el tiempo prescrito por el médico y a la dosis adecuada. En Costa Rica hemos observado también ese descenso notable, sin embargo en el análisis de las cifras de mortalidad observamos que la mayoría se refieren a pacientes fallecidos en los centros hospitalarios, especialmente Sanatorio y Hospital Nacional para Tuberculosis, y los menos referidos por médicos por muertes a domicilio. Como es sabido hay una tendencia a ocultar el diagnóstico de tuberculosis como causa como causa final de muerte, también si observamos los índices de mortalidad general, referidos por la Dirección General de estadísticas y Censos, notamos que entre los fallecimientos sin atención médica en las provincias de Guanacaste, Puntarenas y Limón. Alcanza hasta cerca de un 60% en estas zonas. Podríamos entonces correlacionar este hecho con el número de casos que provienen de esas zonas que es la mayoría de los casos, y pensar que entre esos fallecimientos ocurridos en estas zonas sin diagnóstico, pueden haber casos de tuberculosis también. Por eso dijimos y repetimos que hay que hacer la diferencia entre lo diagnosticado y lo estimado.

Como controlar el Problema.

Disponemos hoy en día de armas efectivas de uso fácil y económico tanto en el campo del diagnóstico como en el tratamiento y la prevención de la enfermedad; estas armas pueden y deben estar al alcance tanto de médicos en general como de los encargados sea enfermeras técnicos o médicos de salud pública. La tuberculosis no tiene hoy día secretos. No podemos esperar que las personas que deseen o necesitan los servicios de la Lucha Antituberculosa vengan a nosotros sobre todo si se trata de aquellos que viven en zonas alejadas y que por las condiciones económicas o geográficas en donde viven no pueden llegar los grandes centros. Es necesario pues, ir donde ellos; por otro lado siendo la salud un todo indivisible y ocupándose los centros asistenciales y de prevención en un país de los aspectos de la salud, tuberculosis comprendida, es indudable que dentro de estos conceptos las actividades de Lucha Antituberculosa deben incorporarse a los servicios generales de salud del país. Los fisiólogos siguen siendo siempre necesarios, ya que por su experiencia son los llamados a formular los aspectos técnicos y seguirán siendo los que resuelvan los problemas especiales en el diagnóstico y tratamiento que la enfermedad presenta a veces. También debemos

considerar que en todos los países del mundo el número de tisiólogos disminuye y que económicamente es imposible pensar en que en una forma permanente se puedan distribuir los tisiólogos a todo el país. Por lo tanto los médicos generales pueden y deben conocer y tener a su alcance las armas que la Lucha Antituberculosa les puede proporcionar. Para alcanzar el objetivo general o mediato de reducir los sufrimientos producidos por la tuberculosis en el individuo y a nivel nacional, debemos pues integrar las actividades de Lucha Antituberculosa a nivel de centros de salud, para lo cual deben ser respetados los siguientes principios:

- 1) Por razones epidemiológicas la acción antituberculosa debe alcanzar en forma permanente y orgánica, el nivel nacional.
- 2) Por razones técnicas, es necesario que los procedimientos que se emplean en el control de la tuberculosis sean uniformes para todos los que se encarguen de aplicarlos. De ahí la importancia de formular normas técnicas.
- 3) Por razones sociológicas los programas deben responder a las necesidades sentidas por la población y satisfacerlas.
- 4) Por razones Administrativas es necesario integrar los servicios antituberculosos tanto de diagnóstico, tratamiento y prevención, al conjunto de las acciones sanitarias de los servicios de salud, la organización administrativa surge como prioridad.
- 5) Por razones económicas, las acciones deben proyectarse dentro de las posibilidades económicas, y es justamente por ello que deben aprovecharse los recursos existentes obteniendo el mayor rendimiento dentro de los recursos económicos.

Entonces es necesario que exista una Dirección de la Lucha Antituberculosa, encargada de las actividades normativas, de supervisión, coordinación y evaluación del problema nacional. En esta forma la extensión se proyectará vertical y horizontalmente, en la proyección vertical a los centros regionales, y que no obedecen propiamente a distribución geográfica sino a zonas de atracción en donde grupos determinados de población encuentran más facilidad para llegar a recibir los servicios. Estas zonas regionales comprenden a su vez la proyección horizontal a las zonas locales o periféricas que disponen de pequeños centros de salud, cuyos recursos son limitados, pero que están al alcance de los que prestan las zonas regionales que les corresponden. En esta forma la proyección de las actividades de la Lucha Antituberculosa alcanza a todo el país. Se mantendrá un intercambio permanente de información del centro local al regional y de este a nivel central.

Para lograr todos estos objetivos es necesario un esfuerzo coordinado integrando las fuerzas dinámicas del país, es necesario un plan de educación sanitaria comprendiendo en ellos a las comunidades a quienes se explicárseles todos los aspectos de la tuberculosis como problema de salud pública y social y tratar de obtener la cooperación de los grupos voluntarios de las comunidades. Aunando así esfuerzos en el combate de las enfermedades. Es también necesario por medio de la educación sanitaria, aumentar el grado de conciencia y de motivación de médicos y enfermeras en general, especialmente las que se ocupan de las actividades de la Lucha Antituberculosa en los centros de salud pública. Muy importante también iniciar en las escuelas de medicina, especialmente en los últimos años, cursos de capacitación y adiestramiento, a fin de que los futuros médicos que harán su servicio social lleguen ya preparados en la práctica y obtener así un mejor rendimiento en sus esfuerzos en pro de la salud pública.

El Problema en Nuestro País:

Al inicio del período de gobierno 1966-1970, fuimos encargados el suscrito como Director General de la Lucha Nacional contra la Tuberculosis y el Dr. Hernández Asch como asesor de Ministerio, para orientar sobre una filosofía moderna, los rumbos de la Lucha contra la Tuberculosis en Costa Rica.

Costa Rica, país pequeño dentro del concierto de las naciones, presenta una serie de características que lo hacen aparecer como un país privilegiado: geográficamente se trata de un país de 58.900 Km², bañado por dos mares, con vías de comunicación terrestres fluviales y aéreas, con caminos transitables y distancias relativamente cortas entre las poblaciones: de San José a la frontera Sur hay 351 Km. y a la frontera Norte 312 Km. Bajo el aspecto demográfico tiene una población de 1.567.000 habitantes, sin divergencias de razas, con un índice de natalidad de 4.5% y un crecimiento de 3.5%, el crecimiento demográfico es explosivo, nuestra población joven de 1 a 14 años alcanza el 42.3%, bajo el punto de vista social es un país que tiene un alto índice de alfabetización: 88.9%, nuestras familias oscilan alrededor de 5 miembros, y nuestra población rural alcanza a un 64%; gran porcentaje de la población; casi la mitad, se encuentra conglomerada en la meseta central. Somos un país esencialmente de actividad agropecuaria: nuestro pueblo es conciente, las demandas para la asistencia en salud vienen de todas partes, nuestra población es también agradecida.

Si analizamos los recursos en salud encontramos que existen 75 unidades sanitarias, 16 centros rurales de asistencia, 16 hospitales regionales y periféricos, 13 dispensarios, 8 puestos de salud, completando este conjunto tenemos 13 unidades móviles, marítimas, aé-

reas y terrestres; el conjunto diseminado en todo el territorio nacional.

Existe además un alto espíritu de cooperación de parte de los médicos y enfermeras en salud pública. Tanto en señor Ministro de Salubridad Pública como, los jefes de Departamento de salubridad y Asistencia, están concientes de los problemas de salud y atentos a prestar cooperación a los programas de integración. Ante tales hechos y dadas nuestras condiciones nacionales no cabe duda que es perfectamente factible la realización de los programas en salud pública.

Con esta fé y esta mística es que hemos desarrollado nuestra labor elaborando normas técnicas en que se explican los organogramas de integración, los diferentes procedimientos en el diagnóstico y prevención de la enfermedad, el manejo de los ficheros e informes que se llevarán a cabo en todos los centros de salud coordinados y supervisados por nosotros, estas normas serán manejadas por los centros de salud del país y a nivel central también estamos realizando visitas a la mayor parte de las unidades sanitarias del país a fin de hacer una revisión de los casos y tener un registro de casos activos actualizados para lograr obtener cuantificación de la prevalencia de la enfermedad en Costa Rica. Se han realizado también charlas con los médicos y enfermeras de hospitales y unidades sanitarias para explicarles la importancia de la integración de nuestras actividades a esos organismos, y ponerlos al tanto de los nuevos conceptos en la nueva era quimioantibioticoterápica de la tuberculosis, también hemos conversado con ciertas comunidades del país. Cursos de adiestramiento en forma periódica para médicos y enfermeras en salud pública se llevarán a cabo según los programas que estamos elaborando.

Estamos también realizando un plan piloto escogiendo un área de 146.000 habitantes que corresponden a los cantones de San Ramón, Palmares, Naranjo, Valverde Vega, Grecia y San Carlos, como representativos de la situación epidemiológica del país, zona que comprende áreas rurales y urbanas, de difícil y fácil comunicación.

Este plan piloto se está realizando al mismo tiempo y con el estudio de toda la población, la prueba de la tuberculina, fotofluoroscopia, exámenes de esputo, vacunación y tratamiento, el análisis de la situación epidemiológica, dejando al mismo tiempo integrado en forma orgánica y permanente las actividades de Lucha Antituberculosa a nivel de esos centros de salud, por medio de una supervisión permanente en el aspecto médico y administrativo, tratando así de lograr una integración efectiva. Puntarenas, Alajuela, y Limón están trabajando en el mismo plan, progresivamente se irán extendiendo estas actividades a todo el país.

En el mes de mayo de este año se llevo a cabo una vacunación B. C. G. masiva y directa por medio de dermo-jet, usando una cepa vacunal de reconocida eficacia, como es la cepa liofilizada japonesa. Se logro alcanzar una vacunación que analizada por grupos de edad llego hasta el 100% en los grupos del país donde se obtiene mayor beneficio, como son de 4 a 19 años. Con esta vacunación masiva vamos a lograr un impacto notable en la morbilidad de la primo infección activa, sobre todo en la reducción de la meningitis tuberculosa y las localizaciones extra pulmonares de la tuberculosis primaria. Posteriormente tendra que apreciarse una reducción de la tuberculosis del adulto. Esta vacunación demostro la eficacia de la integración de todos los organismos de salud pública, lo que permitió alcanzar tales porcentajes.

Tenemos confianza que dentro de un futuro cercano la integración ya iniciada será una realidad para todo el país.