

Abbate, Eduardo H. (marzo 2006). *La tuberculosis hoy : Un problema de salud pública*. En: Encrucijadas, no. 36. Universidad de Buenos Aires. Disponible en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad de Buenos Aires: <<http://repositorioubi.sisbi.uba.ar>>

LA TUBERCULOSIS HOY

Un problema de salud pública

Cuando en 1882 el médico alemán Robert Koch dio a conocer al mundo el germen causante de la tuberculosis, se creyó que el fin de esta antigua plaga que acompaña a la humanidad desde tiempos inmemoriales estaba cerca. Si bien desde entonces se han realizado importantes avances en el conocimiento del bacilo, el tratamiento y el control de la enfermedad, éstos no han sido suficientes para lograr su erradicación, y hoy la tuberculosis es una de las infecciones más difundidas. En la actualidad, un tercio de la población mundial está infectada.

por Eduardo H. Abbate

Profesor Titular - Departamento de Medicina (Orientación Neumonología), Facultad de Medicina, UBA. Director del Instituto de Tisioneumonología "Prof. Dr. Raúl F. Vaccarezza", Facultad de Medicina, UBA.

La tuberculosis (TB), antigua plaga de la humanidad, es hoy una de las más difundidas de las infecciones. Su mala reputación le viene de lejos, desde los primeros tiempos de la historia, ya que parece perseguir al hombre desde su advenimiento en la Tierra (1). Hipócrates, en su Corpus Hippocraticum, afirmaba que era la "enfermedad más extendida y fatal de todos los tiempos".

El 24 de marzo de 1882, el médico alemán Robert Koch dio a conocer al mundo el germen causante de la tuberculosis, el *Mycobacterium tuberculosis* (MT), también llamado Bacilo de Koch. Desde entonces se han realizado importantes avances en el conocimiento del bacilo, el tratamiento de la enfermedad y el control de la TB. Sin embargo estos avances no han sido suficientes para lograr su erradicación. La Organización Mundial de la Salud considera que hoy en día TB es un problema de salud de Emergencia Mundial y que en la actualidad existen más tuberculosos en el mundo de los que hayan existido jamás a lo largo de la historia de la humanidad (OMS, 1994) (2).

En la actualidad, 1/3 de la población mundial está infectada por el MT (1700 millones de personas). Existen 8.000.000 de casos nuevos por año (mil casos nuevos por hora todos los días). La TB afecta en algún momento de sus vidas a 1 de cada 3 habitantes del mundo y mueren 2.000.000 de enfermos por año (2).

El tratamiento es barato y efectivo, pero millones de habitantes del mundo en vías de desarrollo carecen de acceso a estos medicamentos. La enfermedad afecta desproporcionadamente a los países pobres, donde se registra el 98% de las infecciones mundiales. Sin embargo, la población debe tomar conciencia de que ésta es una enfermedad infecto-contagiosa que no se ha exterminado y que no sólo la contraen los pobres, ya que afecta sin distinción de clases sociales. La riqueza no vacuna contra la tuberculosis.

¿Cómo se contagia la TB?

El Bacilo de Koch penetra en el organismo humano, la mayoría de las veces por vía aérea, hasta las zonas más periféricas del pulmón. Los enfermos con tuberculosis

pulmonar expulsan los bacilos al toser, hablar, estornudar, reír, cantar, etcétera, junto con pequeñas gotas de secreción. Son de considerable importancia la frecuencia, vigor y duración de la tos así como la ventilación del área donde el paciente y sus contactos conviven. Se calcula que una persona enferma que no recibe tratamiento adecuado contagia, en promedio, a otras 15 personas (3). El bacilo sobrevive suspendido en el aire varias horas, lo que le da tiempo para invadir un nuevo organismo. Al llegar al pulmón comienza la infección, si se desarrolla la enfermedad se producen lesiones pulmonares de carácter destructivo. La enfermedad puede diseminarse a través de la sangre y de los ganglios.

Los síntomas de la TB son generalmente la falta de apetito, cansancio y febrícula vespertina que constituyen el “síndrome de impregnación bacilar” y son tan frecuentes como los síntomas pulmonares (tos, expectoración, hemoptisis o expectoración hemoptoica). El diagnóstico se sospecha por el carácter insidioso gradual y progresivo de estas manifestaciones. En todo paciente con tos y catarro por más de 15 días, se debe estudiar el esputo para identificar eventualmente la presencia del MT.

En otras ocasiones el comienzo puede ser agudo y simular un cuadro neumónico o gripal, con hemoptisis o con compromiso pleural (neumotórax o derrame).

La Rx de tórax muestra lesiones que hacen sospechar el diagnóstico de la TB. Para interrumpir la cadena de transmisión el medio técnico más adecuado es el tratamiento de los enfermos con TB (4). Es por ello que el recurso terapéutico cobra significativa importancia, pues al ser la TB una enfermedad transmisible, la desbacilización del enfermo y su curación no sólo benefician al mismo sino a la comunidad toda, ya que desaparece la infectocontagiosidad (5).

La TB está presente en la Argentina

Según el último informe del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, en 2003 hubo 12.278 casos nuevos en el país. Esto representa un 6% de aumento con respecto a 2002 (6).

La tendencia del año pasado muestra que el crecimiento fue del 5,4% sólo en la Provincia de Buenos Aires, que posee el 45% de los casos del país. El grupo que más creció es el de menores de 20 años, en especial el de los chicos de 5 a 9.

En la ciudad de Buenos Aires hay más de 1200 casos nuevos por año (7). Según cifras de la Red de Tuberculosis del gobierno porteño, en 2004 se atendieron 2434 pacientes en los hospitales públicos: 38,4% en el Hospital “F. J. Muñoz”, donde se encuentra el Instituto de Tisioneumonología “Prof. Dr. Raúl F. Vaccarezza” de la UBA, 10,2% en el hospital “P. Piñero”, y el resto en otros centros.

Indudablemente, en nuestro país la recesión económica, las deficiencias en la alimentación y el hacinamiento ayudan a la expansión de la enfermedad.

Otra de las causas es el contagio por vía aerógena. Los pacientes pueden contagiar en transportes públicos, consultorios y salas de espera e internación del Hospital. La desnutrición y enfermedades como el sida, diabetes o el cáncer favorecen el contagio, al igual que las dietas para adelgazar sin control médico a la vez que disminuyen los

mecanismos de defensa (8).

La única vacuna disponible en la actualidad, la BCG, ofrece alguna protección, pero su efecto disminuye con el tiempo (9).

El tratamiento es efectivo, pero la adherencia a regímenes terapéuticos que son largos (6 - 9 - 12 meses) es difícil de mantener. Los casos de abandono del tratamiento en el país representan un 30%. Si un número inadecuado de drogas es usado o si su dosificación no es la apropiada, puede desarrollarse un alto grado de resistencia a una o más drogas (10).

Muchas razones han contribuido a la escalada de TB resistente-multirresistente cuando el MT es resistente a Isoniacida y Rifampicina, que son las drogas antituberculosas principales, la mayoría vinculadas al no cumplimiento de las prescripciones medicamentosas.

El deterioro de la infraestructura, la erosión de los servicios públicos, la frecuencia de la TB entre las personas sin vivienda han significado que en varias ciudades sólo una pequeña proporción de enfermos tenga acceso regular a un diagnóstico y tratamiento adecuados en materia de tuberculosis.

La Tuberculosis Multirresistente es una nueva amenaza, y en muchos países no es la excepción (10 – 11).

La provisión de drogas subsidiarias (costosas y difíciles de conseguir) obtenidas gracias a la Red de Tuberculosis del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, el diagnóstico bacteriológico con sensibilidad rápida y la posibilidad de un manejo adecuado han convertido a nuestra institución en un Centro de Referencia Nacional.

Una vez establecido que la TB es un importante problema de salud pública, se han establecido las pautas para lograr su efectivo control:

1. Vacunación a la población en riesgo con BCG
2. Tratamiento de la infección latente
3. Estrategia TDO (tratamiento directamente observado) o TAES (tratamiento abreviado estrictamente supervisado), estrategia costo efectiva que permite detectar y curar los casos de tuberculosis. Está respaldada por el compromiso político y se basa en el diagnóstico de laboratorio y en el tratamiento con observación de la toma de medicamentos.

Por último, debemos destacar que el Día Mundial de la Tuberculosis (24 de marzo) de este año ha rendido justo homenaje al “personal de salud en el ámbito de la TB en la lucha contra la tuberculosis”. Héroes, ya que este personal realiza el diagnóstico de las personas que tienen tuberculosis, observa con calidez la toma de medicamentos para garantizar que se realice correctamente, educa sobre la tuberculosis al paciente y a sus familiares y promueve actividades de protección y promoción de la salud entre los pacientes con TB, sus familiares y la comunidad. Todo ello a pesar del riesgo que representa el contacto con enfermos con enfermedad activa con riesgo potencial de contagio.

ESTRATEGIA DOTS / TAES

La estrategia recomendada en el ámbito internacional para el control de la TB es DOTS/TAES, estrategia costo-efectiva que podría prevenir millones de casos de TBC, y que consiste de cinco elementos clave:

[1] Compromiso político para el control de la TB.

[2] Detección de casos de TB a través de baciloscopia entre las personas que tengan síntomas.

[3] Suministro regular e ininterrumpido de medicamentos antituberculosos de alta calidad.

[4] 6-8 meses de tratamiento estrictamente supervisado (lo que incluye la observación de la toma de los medicamentos).

[5] Sistemas de notificación para monitorear el progreso del tratamiento y el desempeño del programa.

BIBLIOGRAFIA

1- Vaccarezza, R., "Conferencia Inaugural de la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis". Anales de la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis, 1939, 1: 5.

2- Global Tuberculosis Control. WHO Report 2004, Geneva, Switzerland. ISBN 92-4-156264-1.

3- Abbate, E.; Gené, R.; Jolly, E.; Luna, C. Medicina respiratoria. Texto de Neumonología 1998, Akadia Editorial, Buenos Aires.

4- Rodríguez Castells, H., Profilaxis de la tuberculosis, quimioterapia, vacunación y quimioprotección. Actas XI congreso Panamericano de Tuberculosis y Enfermedades del Aparato Respiratorio, 1996, 1: 389.

5- Toman's Tuberculosis. Case detection, treatment and monitoring. 2º Edition, 2004, WHO, Geneva.

6- Instituto Nacional de Epidemiología "E. Coni". Estadística sobre morbilidad por tuberculosis 2003.

7- Red para la atención de Tuberculosis de la Ciudad de Buenos Aires. Síntesis de la información del año 2004. 2005, GBA.

8- Abbate, E.; Musella, R.; Romano, H., "Clinical features of tuberculosis at different stages of HIV infection". Am. Rev. Respir. Dis, 1990, 141, 250.

9- Reed, S.G.; Alderson, M.R.; Dalemans, W., "Prospects for a better vaccine against tuberculosis". Tuberculosis, 2003, 83: 213.

10- Abbate, E.; Dambrosi, A.; Di Lonardo, M., "Multiple drug resistant tuberculosis. Treatment and follow-up". Am. J. Resp. Crit. Care Med., 1995, 151, 513.

11- Institute of Medicine. Microbial threats to health. Washington D.C., The Institute 2003.