

## Editorial

# Tuberculosis hoy



**Pablo Latorre**

*"La tuberculosis es la quintaesencia enfermedad de la miseria socioeconómica..., donde quiera que exista la pobreza con sus eternos acompañantes de desnutrición y pobre higiene pública florece la tuberculosis"*

John Murray

La tuberculosis, una vez la principal causa de muerte en los Estados Unidos de Norteamérica y otras naciones desarrolladas, fue considerada no solamente controlada sino casi erradicada hacia finales de 1960. La anterior consideración nunca fue verdad en áreas del mundo subdesarrollado, como en Colombia, donde siempre mantuvo constante su presencia. La velocidad, frecuencia y facilidad con que se viaja de un país a otro hoy en día, hace que las políticas de salud pública aislacionistas sean obsoletas para la lucha contra las enfermedades infecciosas. Ya no es posible controlar una enfermedad infecciosa transmisible en una parte del mundo, y permitir su propagación en otra. En los Estados Unidos el número de casos venía descendiendo entre 6 y 10 por ciento anualmente, y en unión con países como Suecia y Dinamarca, vanamente pensaron que tendrían erradicada la enfermedad, es decir, menos de un caso por millón de habitantes para la segunda década del próximo siglo. Actualmente observamos que la tuberculosis ha vuelto para vengarse de las naciones más ricas, y las cifras mundiales son sencillamente aterradoras: más de 90 millones de casos nuevos aparecerán entre el año de 1990 y el 2000.

Trescientos millones adicionales se infectarán en la próxima década. La tuberculosis matará 30 millones de personas en esta

década y cerca de trescientos mil niños morirán por la tuberculosis este año.

Por lo tanto, nunca en la historia de la medicina una enfermedad ha causado y causará tantas muertes y sufrimiento a la humanidad, y lo paradójico y vergonzoso es que ella es curable en 90% de los casos.

¿Qué ha llevado a tan lamentable situación? Varios factores se han conjugado. Los países desarrollados, ilusionados con su "control y erradicación", desatendieron la enfermedad y le quitaron los fondos necesarios, y la tuberculosis recibió la menor cantidad de ayuda monetaria entre el grupo olvidado de las enfermedades infecciosas. En 1990, solamente 16 millones de dólares de ayuda externa de todos los donantes se adjudicó a la tuberculosis. Desde el pasado, los gobiernos la miraron como un problema de baja prioridad. Menos de una décima del uno por ciento de toda la ayuda externa a los países subdesarrollados es dedicada a su control. En esos países, el programa de control recibe los 2/10 de un porcentaje de todos los gastos en salud, a pesar de ser la principal causa de muerte en muchos de esos sitios. Estas cifras son una afrenta mundial ante el hecho conocido, de que no existe en el mundo ningún programa que tenga el costo-eficacia del tratamiento.

Dr. Pablo Latorre: Decano Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Medicina Interna y Neumología. Santafé de Bogotá.

Un enfermo de tuberculosis curado dejará de infectar a 15 personas y el costo de su exitoso tratamiento es tan bajo como 13 dólares.

Otro factor que afecta su actual control, es la insignificante búsqueda del enfermo tuberculoso. Si recordamos que el síntoma tos está presente en la casi totalidad de los pacientes tuberculosos contagiosos, la espera pasiva del enfermo no impactará favorablemente ninguna acción en salud. El programa Control de la Tuberculosis del Hospital San Juan de Dios, con un equipo de médicos, enfermeras, trabajadores sociales y bacteriólogos, con el apoyo de estudiantes de pregrado de todas esas disciplinas, desde su fundación en 1991, viene desarrollando una búsqueda activa de todo sintomático respiratorio; a cualquier persona que consulte a los servicios de urgencias y consulta externa y que tenga tos por más de 15 días, se le practica baciloscopia, y de esa manera se ha podido diagnosticar, tratar y aislar la casi totalidad de los pacientes contagiosos en esta institución. En nuestro país, siguiendo ejemplos no comparables de naciones desarrolladas, habíamos dejado a un lado la enseñanza de la tuberculosis en las cátedras, produciendo una comunidad médica ausente de los cuadros clínicos clásicos y ciega a los aspectos "atípicos" de la enfermedad, en su asociación a patologías inmunosupresoras. En la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional se ha hecho obligatorio la rotación de los internos por el programa Control de la Tuberculosis, para su familiarización con todos los aspectos médicos y sociales de la enfermedad.

Los países desarrollados, que están siempre en la frontera del conocimiento, llevan la principal carga en el olvido de la tuberculosis como asesina de la salud pública.

Después de los descubrimientos de la bacteriología del *M. tuberculosis*, de la radiología torácica y de la tuberculina, todas ellas del siglo pasado, no se ha producido una nueva ayuda diagnóstica de aplicación fácil, barata y a grande escala para el diagnóstico de la enfermedad. Lo mismo ha sucedido en el campo farmacológico. En un mundo donde sale a la luz un nuevo antibiótico efectivo cada mes, la última droga antituberculosa fue descubierta hace más de 30 años. En la última década han aparecido dos nuevos aliados, que han ensombrecido aún más el panorama del control de la tuberculosis. El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), atacando certera y eficazmente el grupo celular (macrófagos y linfocitos) donde la naturaleza ha depositado los mecanismos de protección inmune, para la lucha contra el *M. tuberculosis* invasor, ha trastocado tanto la epidemiología, como el cuadro clínico y el tratamiento de la enfermedad tuberculosa. A diferencia del infectado por el *Micobacterium* con un sistema inmune intacto, cuyo riesgo de enfermedad tuberculosa es de 5% para toda la vida, el coinfectado con el VIH tiene un riesgo de enfermarse 500 veces mayor de tuberculosis. El tiempo entre infección y la enfermedad tuberculosa, que se extendía por décadas, en el paciente coinfectado con VIH se mide en pocas semanas, y el virus de la inmunodeficiencia humana ha sepultado

algunos dogmas en tuberculosis, como el que decía que una persona podía ser invadida externamente por el *Micobacterium tuberculosis* una sola vez en la vida; hoy en día, con métodos de identificación del genoma de la micobacteria, se han identificado más de una infección por diferentes cepas del *M. tuberculosis* en una sola persona, casi siempre en la mayoría de las veces coinfectado con el VIH. La enfermedad tuberculosa por gérmenes multirresistentes (generalmente a la isoniazida y a la rifampicina), está produciendo un nuevo y terrible escenario. Debido a varios factores, pero especialmente al no cumplimiento de todo el tiempo del tratamiento de la tuberculosis reciente, curable en 100% de las veces con tratamiento medicamentoso en un período de seis meses, ha llevado a cifras entre 50 y 70% de abandono, lo que conduce inexorablemente al desarrollo de formas multirresistentes e incurables, con mortalidad de 100% y lo peor, es la alta posibilidad de transmisión de gérmenes multirresistentes a nuevas personas.

Esos dos nuevos factores, que sin duda han fracturado todas las esperanzas de controlar la tuberculosis aun en las naciones ricas, han identificado los siguientes aspectos que se necesita corregir perentoriamente: nuestra incapacidad para identificar los enfermos tuberculosos.

Nuestra incapacidad para incluirlos dentro del sistema de tratamiento una vez identificados.

Nuestra incapacidad para mantenerlos bajo tratamiento una vez incluidos.

Acciones como la enseñanza de la enfermedad a todos los com-

## Tuberculosis hoy

ponentes del sistema de salud, del descubrimiento de nuevos métodos de diagnóstico eficaces y aplicables a escala mundial, de nuevos medicamentos y formas de aplicación que acorten el tiempo de tratamiento, evitando el abandono, son de urgente necesidad a los ya pregonados actualmente, como son la búsqueda del tuberculoso en todo portador de VIH, de la quimioprevención o tratamiento de ellos, y del método estrictamente supervisado para asegurar el cumplimiento del tratamiento en todo paciente tuberculoso (1-6). En este número de Acta Médica Colombiana, un grupo de la Universidad del Valle, la Dra. Julia Cristina Calzada y sus colaboradores, presentan un interesante trabajo científico sobre el papel que desempeña el factor de necrosis tumoral (TNF), como

respuesta a la infección por el *M. tuberculosis*, a través del estímulo antigénico por el PPD, en los aspectos benéficos y deletéreos, no claramente definidos aún, del TNF en la patogénesis de la tuberculosis, trabajo que aportará luces a los estudiosos del tema(7). En este mismo número de Acta Médica, el grupo interdisciplinario de la Universidad Pontificia Bolivariana, del ISS y del CIP de Medellín, liderados por los doctores Nora Saldarriaga, Luis Medina, Alfredo Muñoz y el invaluable concurso de Angela Restrepo, presentan un estudio descriptivo en 25 pacientes, de las etiologías de las infecciones del sistema nervioso central en pacientes con SIDA. En el estudio, evidencian la compleja pero necesaria identificación etiológica del germen causal, de las alteraciones infecciosas del sis-

tema nervioso central en esos pacientes inmunodeprimidos, entre ellos el compromiso tuberculoso(8).

### Referencias

1. TB Stop at the source. WHO report on the tuberculosis *Epidemic*, 1995.
2. TB. A Global Emergency, WHO Report on the TB *Epidemic* 1994.
3. **Earnest M, Sbarbaro JA.** A Plague Returns. *The Sciences*. Sept./October 1993.
4. **Murray CJ.** Investigación económica, social y operacional sobre tuberculosis. *Bol Unión Int Tuberc Enf Resp* 1991;**66**: 163-171.
5. **Etkind S.** MDR-TB. Implications for nurses. TB and HIV. *Quarterly* No 5. January 1995.
6. Tuberculosis. An old disease poses new challenges to public Health Policy and the Law. *Buraff Publications*. Special Report. Abril 1993.
7. **Calzada JC, Sepúlveda JC, Valderrama L, Victoria CA, McMurray D.** Evaluación del factor de necrosis tumoral en tuberculosis. *Acta Med Colomb* 1995; **20**: 131-139.
8. **Saldarriaga NE, Medina LA, Muñoz A,** et al. Infecciones del sistema nervioso central en pacientes con SIDA. Correlación clínica etiológica. *Acta Med Colomb* 1995; **20**: 116-123.