

Reflexiones sobre la TBC en Honduras

Dra. María Helena Silva de Rivas

El problema de la TBC en Honduras es muy grave y presenta las mismas características de varios otros países de Latinoamérica.

Estas son: alto viraje tuberculínico en los niños, los datos estadísticos presentados no son del todo confiables pues hay muchas fallas en el reporte y notificación de los casos y de mortalidad; hay una alta mortalidad por TBC; se observa un gran porcentaje de pacientes que abandonan el tratamiento. De esto se deduce que el alto viraje tuberculínico a temprana edad es debido a una gran dispersión de casos que no son descubiertos.

El panorama que enfrentamos debe de analizarse tomando en cuenta indicadores epidemiológicos que en el caso de la TBC son las tasas de mortalidad, incidencia y prevalencia de la morbilidad, incidencia y prevalencia de la infección.

Se presentan aquí cuadros sacados del trabajo del Dr. Pío, Asesor Regional de la OMS en TBC y que fue presentado en la III Reunión de Ministros de Salud de las Américas, en Santiago de Chile en octubre de 1972. El autor clasifica los indicadores epidemiológicos en una escala de 5 niveles que van de la situación de menor a la de mayor magnitud del problema.

CUADRO Nº 1

Mortalidad por TBC, todas las formas, en población menor de 15 años,
en 25 Unidades Políticas de América Latina y el Caribe (1968-1969)

Nivel	Tasa por 100.000 habitantes	Número de países	Población de 15 años	%
I	0 - 0.9	5	4.866.718	4.3
II	1 - 2.9	7	7.492.216	6.6
III	3 - 4.9	5	17.733.484	15.6
IV	5 - 6.9	5	68.331.432	60.
V	7 y más	3	15.294.880	13.4
TOTAL		25	113.718.730	100

De acuerdo con este cuadro se estima en 6.354 el número de defunciones de niños para los 25 países lo que da una tasa de 5.6 por 100.000 habitantes. Según la información en sólo 3 países del nivel V ocurrieron 1.300 defunciones, las que se reducirían a sólo 16 si las poblaciones de estos países tuvieran el mismo riesgo que las del nivel I.

REFLEXIONES SOBRE LA TBC EN HONDURAS

CUADRO No 2

Mortalidad por TBC, todas las formas, en población de 15 años y más en 25 unidades políticas de América Latina y el Caribe (1968-1969)

Nivel	Tasa por 100.000 habitantes	Número de países	Población de 15 años	%
I	0 - 9	7	6.654.181	4.4
II	10 - 19	5	22.771.543	15.0
III	20 - 29	4	12.922.332	8.5
IV	30 - 39	4	41.810.968	27.6
V	40 y más	5	67.276.410	44.5
TOTAL		25	151.435.434	100

La tasa promedio de mortalidad para los 25 países es de 40.8 por 100.000 habitantes.

El autor analizando los Cuadros 1 y 2 encuentra una tasa general de mortalidad por TBC de 25.7 por 100.000 habitantes.

CUADRO No 3

Proporción de muertes por TBC, todas las formas, sobre el total de muertes en 25 unidades políticas de América Latina y el Caribe

Nivel	Proporción en %	Número de países	Población	%
I	0 - 0.9	5	4.337.559	1.6
II	1 - 1.9	6	18.420.500	7.0
III	2 - 2.9	8	120.984.576	45.6
IV	3 - 3.9	3	15.750.729	5.9
V	4 y más	3	105.660.800	39.9
TOTAL		25	265.154.164	100.0

CUADRO Nº 4

Notificaciones de casos de TBC del aparato respiratorio por 100.000 habitantes, en 25 unidades políticas de América Latina y el Caribe (1968-1969)

Nivel	Tasa por 100.000 habitantes	Número de países	Población de 15 años	%
I	0 - 34	7	54.955.559	20.7
II	35 - 74	11	73.314.006	27.6
III	75 - 99	4	118.382.628	44.7
IV	100 - 149	1	2.340.000	0.9
V	150 y más	2	16.161.971	6.1
TOTAL		25	265.154.164	100

Este cuadro nos muestra datos de morbilidad por 100.000 habitantes. Como sabemos esta información no es muy correcta pues el sistema de notificaciones de enfermedades no es del todo bueno en estos países.

El autor basándose en ese cuadro estimó en 180.533 casos nuevos por año **para una** población de 265.154.164, lo que equivale a una tasa de 68.8 por 100.000 habitantes.

Como vemos, la situación para toda América Latina y el Caribe es dramática.

Ante la magnitud de este problema se impone el establecimiento de una lucha bien organizada, que vise la disminución de los riesgos de infectarse, de enfermar o de morir de TBC.

Cada país tiene sus propias características pero como vemos por los datos anteriores el problema es grave en toda Latinoamérica y las condiciones son muy semejantes.

La Lucha AntiTBC debe pues merecer una planificación dentro del programa nacional de salud. El control de la TBC debe romper la cadena de transmisión del bacilo de Koch, lo que se logra a través de la detección de pacientes bacilíferos y su tratamiento, y a través de la prevención de su multiplicación a través de la vacunación.

Para ello es necesario organizar programas de lucha tomando en consideración las condiciones epidemiológicas, administrativas y económicas del país. Además de ello el programa debe abarcar todo el país, tener carácter de servicio permanente y no de campañas de emergencia y por consiguiente se debe integrar en los servicios generales de salud. Tal programa debe estar acorde con el desarrollo social y la economía de la comunidad como lo afianza el Jefe de la Unidad de Tuberculosis de la OMS en Ginebra, Kari Hitze (2).

Debido a nuestra situación epidemiológica, donde se observa un 15% de virajes tuberculínicos anuales en niños menores de 15 años es más recomendable la vacunación BCG, debido a su bajo costo y a su eficacia ya comprobada. El BCG en países como los nuestros debe ser aplicado a la más temprana edad (recién nacidos hasta 1 mes o dentro del 1er. año de vida) y al mayor número posible de niños (Springett (3). Pero esto no es así no sólo aquí en Honduras sino en toda Latinoamérica y ya H. Mahaler se lamentaba de que "en Latinoamérica se destina el 5% de los presupuestos de TBC al BCG y el 80% para otras acciones de menor significación, porque no se concibe a la TBC en términos sociológicos de índices epidemiológicos".

La experiencia mundial es rica en alusiones a la eficacia del BCG en la prevención de la TBC a través de los estudios retrospectivos de las tasas de morbilidad y mortalidad (4-5). Muy cierto es lo que dicen muchos de que la vacuna BCG hace perder su eficacia diagnóstica la prueba tuberculínica en los niños, pero está demostrado, en múltiples estudios en todo el mundo, la protección efectiva que el mismo da contra las formas primarias de TBC y sus consecuencias inmediatas: pleuresía, difusión miliar, meningitis (4). Además está también bien demostrada la disminución que se observa después de la aplicación de BCG a los 15 años o en adultos jóvenes de las formas de reactivación y esta protección dura muchos años. Además una buena vacuna, bien aplicada no trae complicaciones serias y puede ser utilizada sin test tuberculínico previo, pues las experiencias en Asia y África han demostrado que la vacunación de niños con alergia tuberculínica previa solo da una reacción local más precoz y no molesta más que la del **PPD** debida a la alergia específica.

Tenemos ante nosotros un informe ofrecido por el Dr. Alberto Guzmán, Jefe del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública en que podemos observar los siguientes datos (7).

VACUNAS **BCG** APLICADAS EN HONDURAS
EN EL PERIODO 1970-1974

1970	196.297
1971	163.517
1972	196.740
1973	241.743
1974	43.164

Esto nos da una clara idea de como estamos utilizando una de las mejores armas para el control de la TBC. Es menester que en todos los centros hospitalarios del país que tengan un servicio de maternidad apliquen de manera rutinaria y permanente la vacuna a los recién nacidos antes de salir con sus madres. El sistema de citas dentro de nuestra idiosincrasia es ineficiente. Por otro lado los servicios de puericultura en todos los centros de atención médica deben poner empeño en vacunar á los niños, no vacunados al nacer, dentro de su primer año de vida. Al llegar a la edad escolar se practicaría una revacunación.

Todavía, a pesar de los múltiples ejemplos y de las experiencias de tantos países, incluso en Latino América, como es la de Chile, donde se tiene un programa bien definido de vacunación, en Honduras no se da la debida importancia a este punto.

Pero el BCG mismo en las condiciones más favorables, no puede ser más que un elemento en la lucha antiTBC pues no representa ningún auxilio cuando el individuo ya está infectado por el bacilo virulento. Es necesario, pues, eliminar las fuentes de infección y ésto se conseguirá a través de la localización de pacientes bacilíferos y la administración de tratamiento adecuado.

Los métodos que se pueden utilizar para la localización de casos son: examen bacteriológico, radiológico y prueba tuberculínica.

El examen bacteriológico se puede realizar a través del examen directo de esputo. En experiencias realizadas en países en vías de desarrollo se han encontrado cifras que indican que el examen directo de esputo es muy eficiente en la localización de casos encontrándose 90-92% de positividad en casos de TBC para un 95% de positividad para los cultivos. Eso explica el por qué para un programa general de control de la TBC se prefiere el examen directo de esputo pues es un método económico, fácil de realizar por personas entrenadas y tiene carácter diagnóstico definitivo.

El examen radiológico es el arma tradicional de búsqueda de casos, principalmente después del uso de la abreugrafía. Sin embargo, su costo es elevado, se puede confundir otras enfermedades con la TBC, no permite evaluar el estado de actividad de la lesión pulmonar.

El examen tuberculínico es de ayuda en la TBC infantil, sin embargo tiene sus limitaciones también por el uso del BCG, por la anergia que pueden presentar los pacientes por desnutrición, por enfermedades virales o incluso después de la aplicación de vacunas virales como la Sabin y la vacuna para

el sarampión. Grzybowski (6) en un estudio presentado en el Seminario Regional de Tuberculosis en Colombia en 1972 refiere: "en los países en que las tasas de TBC son altas y existen considerables limitaciones económicas, la elección obvia es la adquisición de programas de localización de casos basados en el examen directo de esputo." Puede haber algunos errores en el examen al microscopio de los frotis de esputo, pero desde el punto de vista epidemiológico se puede diagnosticar la mayoría de los casos importantes e iniciar el tratamiento inmediatamente. En los países con tasas moderadas de tuberculosis y limitaciones económicas moderadas, el método escogido puede ser la fotofluoroscopia del tórax, seguida de un examen bacteriológico completo de los casos sospechosos (6). Volviendo al informe de la División de Epidemiología, encontramos los siguientes datos:

Año	Investigación Directo esputo	Fotofluoroscopia	Casos VT* diagnosticado	Esputo directo de control	Rx de investigación
1970	7290	138.584	1503	10018	2179
1971	8584	150.524	1600	7723	4881
1972	10369	162.293	1913	5790	5691
1973	8261	100.391	1714	5153	4470
1974	7399	102.559	1651	4053	4274

*VT = ■ Virgen de tratamiento.

De ese cuadro se desprende que no hay investigación muy grande en los grupos de mayor prevalencia, siendo muy bajas las cifras de casos VT diagnosticados. La investigación bacteriológica va en descenso y se observa que los medios radiológicos son los más utilizados.

La búsqueda de casos debe ser más intensa y efectiva para lo cual se debe utilizar un método con suficiente agilidad, penetrabilidad, economía y certeza. Para países como Honduras, con escasos recursos económicos, con escasa estructura sanitaria y población dispersa, el examen microscópico del esputo tiene las siguientes ventajas (8):

- mayor accesibilidad a cualquier región
- es permanente
- impide el desplazamiento de los sospechosos ya que se puede realizar en el local de residencia del mismo.
- su costo es 60 veces menor que el de una unidad de fotofluoroscopia.
- las muestras pueden ser recolectadas en cualquier local y por personas voluntarias; y
- tiene carácter diagnóstico definitivo.

El personal necesario para desarrollar este programa no es estrictamente profesional sino con personal paramédico entrenado se puede llevar a cabo siempre que tenga la motivación adecuada.

Sin embargo, nos está fallando este paso en nuestro país.

El tercer paso del programa es el del tratamiento de casos diagnosticados con la finalidad de transformarlo en el menor tiempo posible en caso no contaminante. Para eso se debe utilizar un esquema eficaz, de bajo costo y de baja toxicidad. Investigaciones hechas (9) demuestran que se obtienen los mismos resultados del tratamiento ambulatorio que del sanatorial. El tratamiento debe hacerse de manera regular y por un período no menor de un año.

En nuestro país se está utilizando el esquema PAS-HAIN-SM y últimamente se viene introduciendo el uso de tiocetazona, hidrazida y SM por 2 o 3 meses, pasando después a tiocetazona e hidrazida hasta completar un año.

Para que el tratamiento ambulatorio sea, en realidad, eficaz, es necesario que se tengan mecanismos capaces de asegurar de que todo paciente diagnosticado concluya el tratamiento con los medicamentos seleccionados, por el tiempo adecuado. Si no se logra establecer estos mecanismos el número de abandono de tratamiento irá in crescendo y la necesidad de retratamiento se impone. El retratamiento significa el fracaso de la lucha pues un paciente descubierto oportuna y convenientemente tratado no requiere medicamentos caros, ni tóxicos como las drogas de segunda línea.

El informe del Sr. Jefe de la División de Epidemiología del Ministerio de Salud (7) en relación a este tópico dice: "continúa prevaleciendo el criterio de hospitalización de casos (costo L. 607.00) contra el tratamiento ambulatorio (costo L. 30.04 año tratamiento).

Este es un punto en que debemos meditar profundamente. Vemos que en los tres tópicos importantes de la lucha por el control de la tuberculosis estamos fallando y estamos haciendo lo que no debiéramos hacer. ¿Qué está ocurriendo? El problema puede tener múltiples respuestas, sin embargo, nos parece que el punto más débil de todo el programa es el total desconocimiento que se observa en todo el personal que debiera trabajar en el mismo. Estamos conscientes que el programa de control de la tuberculosis pertenece al médico general, no al especialista, a la enfermera profesional y a la auxiliar de enfermería que desarrollan una labor encomiable en los más apartados puestos de salud del país. La lucha es de la Trabajadora Social, del Educador Sanitario, del Promotor de Salud de la Comunidad.

Nos parece que es necesario en nuestro país más que drogas, que recursos económicos grandes, que hospitales, que aparatos de Rx, una bien dirigida campaña educativa y promocional del programa antiTBC, iniciando esta campaña con nosotros los médicos que tenemos la obligación de desarrollar toda y cualquier actividad en el sentido de disminuir la prevalencia de la peste blanca.

El Ministerio de Salud debería mantener un sistema de divulgación del programa dando a conocer a todos los niveles y con frecuencia, pues la redundancia hace el hábito, los detalles y fines de cada paso, dando la importancia que tiene cada punto del programa y mostrando a cada uno la importancia de su trabajo en la ejecución del mismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—PIÓ, A.: El control de la TBC en los países de América Latina. Tuberculosis. II Seminario Regional —OPS— Publicación Científica No 265, págs. 149-165.
- 2.—HITZE, K.: La planificación de programas nacionales de tuberculosis. Tuberculosis. II Seminario Regional —OPS— Publicación Científica No 265, págs. 56-73.
- 3.—SPRINGETT, V. H.: The value of BCG vaccination on the tubercle. 1965, 46, 76-84.
- 4.—TOMAN, K.: Estado actual de los conocimientos técnicos sobre la inmunización contra la tuberculosis. Publicación N^o 265 de la OPS, Págs. 15-34.
- 5.—MANDE, R.: BCG. Manual Práctico de Vacunación. Edité par el Centre International de L'Enfance 1966, págs. 251-280.
- 6.—GRZYBOWSKI, S.: Valoración técnica y operativa de los métodos de localización de casos. Publicación Científica N^o 265 de la OPS, págs. 40-47.
- 7.—GUZMAN, A.: Situación del programa de control de la TBC en Honduras. Años 1970-1974.
- 8.—SENTIES, V.; ORTIZ, C. A.; BONILLA, J.; RODANTE, H. y ESCOBEDO, A.: Bases del programa de control de la TBC en México. Boletín de la OPS, Vol. LXXVI, junio 74, págs. 479-493.
- 9.—TEIXEIRA, G.: Progresos recientes aplicables a los programas de salud pública. Publicación Científica N^o 265 de la OPS, págs. 74-86.