

NUEVA ORIENTACION EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS*

EDWARD T. BLOMQUIST, M.D.

Jefe del Programa de Tuberculosis, División de Servicios Especiales de Sanidad, Servicio de Salud Pública, Secretaría de Salud, Educación y Bienestar de Estados Unidos, Washington D. C.

En la última década, la tuberculosis ha pasado del 7° al 15° lugar entre las causas de defunción en Estados Unidos. En 1958 falleció de esta enfermedad sólo una cuarta parte de la cifra registrada diez años antes. Hay todavía miles de individuos que contraen la tuberculosis, pero en 1958 se notificaron 55.000 casos menos que los registrados diez años antes, y esta cifra se aproxima tal vez un poco más que entonces al número real de casos ocurridos. El riesgo de una infección tuberculosa es hoy marcadamente menor que diez años atrás. En 1950, era difícil encontrar camas de hospital para los pacientes de esta enfermedad, quienes, a veces, tenían que esperar por una durante meses; ahora, en muchos lugares de Estados Unidos no se sabe qué hacer con las camas vacías. En esta última década hubo grandes progresos en materia de tratamiento, y gracias a ellos se redujo el número de defunciones, el de casos y el de infecciones, y han cambiado en grado notable las perspectivas de curación de los nuevos casos diagnosticados, así como las normas de control de la tuberculosis.

Dada la situación observada en esta década, cabe esperar, que en la venidera, se avanzará en medida considerable hacia la erradicación de la tuberculosis. La orientación que se siga y los progresos que se alcancen dependerán, en cierto modo, de las investigaciones médicas que se lleven a cabo. Por ejemplo, una droga realmente bactericida, una vacuna no alérgica y un agente profiláctico seguro, pueden acelerar, sin duda, el ritmo del progreso, como lo logró la quimioterapia en la última década. Es probable que en los diez años venideros se al-

cance por lo menos una de estas cosas; sin embargo, no es éste el momento indicado para hacer conjeturas sobre los posibles adelantos de la investigación en 1960-1970. Es preferible examinar el cuadro general de la tuberculosis en Estados Unidos y explorar algunos de los problemas que presenta. Esta clase de orientación resulta indispensable para poder considerar debidamente cualquier cambio en el programa presente o futuro.

Las características generales de la situación actual son, sin duda, de todos conocidas: La tasa de defunción, cada vez menor, correspondiente al territorio continental de Estados Unidos, es de 7,0 por 100.000 habitantes, y oscila de 2 a 17 entre los 48 Estados. Las tasas de morbilidad de casos nuevos van en descenso también, y oscilan desde menos de 10 a casi 65 por 100.000. El promedio nacional es de 36.

En gran parte, la tuberculosis se concentra en las zonas urbanas. Con excepción de dos, las 18 ciudades mayores de 500.000 habitantes acusan tasas de casos nuevos bastante superiores al promedio nacional, y todas ellas, salvo una, muestran también una tasa de defunción superior al promedio. No obstante, hay que recordar que el Estado de Arizona, el que registra las tasas de casos y de defunciones mayores, tiene una población relativamente dispersa, y que otros varios Estados, incluso Nuevo México, que no poseen ninguna de dichas mayores ciudades, también acusan tasas elevadas. Además, en cada uno de los Estados hay poblaciones no urbanas en las que la tuberculosis constituye un grave problema. El grupo de trabajadores emigrantes, como es sabido, constituye un ejemplo de ello. Las encuestas radiológicas efectuadas en campos de trabajadores emigrantes de tres Estados situados a considerable distancia uno de otro, revelaron en fecha

* Trabajo presentado en la XVIII Reunión Anual de la Asociación Fronteriza Mexicana-Estadounidense de Salubridad, celebrada en Hermosillo, Sonora, México, del 4 al 8 de abril de 1960.

reciente de 5 a 7 casos activos de tuberculosis por 1.000 radiografías tomadas, es decir, una proporción 10 veces mayor, aproximadamente, que el promedio obtenido en las encuestas de las colectividades en Estados Unidos.

En una interesante discusión sobre "los reservorios urbanos de la tuberculosis" que tuvo lugar hace un año, la Dra. Leona Baumgartner, Comisionado de Sanidad de la ciudad de Nueva York, señaló ciertos puntos que parecen aplicables, no sólo a las ciudades, sino también al país en conjunto y a muchos de los Estados. Dijo la Dra. Baumgartner que, históricamente, el curso de la tuberculosis puede dividirse en tres fases. En la primera, que ella denomina fase de generalización, la enfermedad y el bacilo tuberculoso están presentes en casi todas partes y afectan a todos los barrios y grupos, profesionales y económicos. En esta fase, los casos y las defunciones por tuberculosis llegan a su punto culminante en los grupos de edad de 20 a 30 años. Por fortuna ya no hay ninguna zona importante en Estados Unidos que se encuentre en esta fase.

La fase segunda, que la Dra. Baumgartner llama fase de localización, sucede a la anterior al llevar a cabo con éxito medidas de control de la enfermedad y mejorar las condiciones económico-sociales. Al llegar a esta fase, la tuberculosis se va desplazando de los sectores cuyos habitantes gozan de más comodidades y sólo ocasionalmente se presenta entre los jóvenes, por lo general como resultado del contacto con un caso transmisible en el hogar. No obstante, en sectores de población menos afortunada, donde las condiciones de hacinamiento y pobreza son propicias a la enfermedad, la tuberculosis sigue siendo aún una amenaza importante tanto para los jóvenes como para las personas mayores de la familia. Las ocasiones de infección son todavía frecuentes en estas circunstancias. En esta fase, individuos de edad adulta, que contrajeron la infección mucho tiempo atrás, continúan desarrollando la enfermedad en su forma activa. Esta constante incidencia de la enfermedad entre los in-

dividuos de edad adulta no se limita a los grupos de bajo nivel económico, aunque es más común entre los que viven en condiciones propicias a las enfermedades.

La tercera de las fases, según la Dra. Baumgartner, es la de individualización, durante la cual la enfermedad sólo se presenta en casos aislados o en pequeños brotes.

Al presente, Estados Unidos en conjunto y en cada uno de sus Estados y ciudades, se encuentra en la segunda fase, la de localización. En unos cuantos Estados privilegiados hay grandes zonas que se hallan en la fase de individualización, o cerca de ella, pero en todo Estados Unidos hay grupos de población que siguen enfrentándose con un problema de tuberculosis bastante grave, y estos grupos son en algunos lugares considerables, si bien sólo representan una fracción de la población total.

Las diferencias existentes entre las colectividades se acentúan al atenuarse el problema de la tuberculosis. Tal vez no eran tan importantes en la planificación de programas cuando la tuberculosis estaba muy extendida, incluso en los Estados más privilegiados. Cuando las encuestas radiológicas de la población general revelaban casi en todas partes un caso activo por 1.000 radiografías tomadas, por ejemplo, las actividades de descubrimiento de casos podían ser muy parecidas en zonas muy distintas. Hoy ya no ocurre así. La cuestión de trazar programas que se ajusten a la colectividad, discutida durante mucho tiempo, se ha convertido ahora en una necesidad.

En el momento en que el descubrimiento de casos concluye y se establece el diagnóstico, el paciente pregunta: "¿Qué se va a hacer ahora conmigo?"

Lo primero que puede decirse es que, si comienza de inmediato el tratamiento de drogas y lo continúa durante el tiempo que se le indique, las perspectivas a su favor son excelentes. Es sabido que las drogas de que se dispone actualmente pueden restablecer al paciente, e incluso a una elevada proporción de pacientes cuyo diagnóstico indica una enfermedad bastante avanzada.

Es motivo de satisfacción que hoy nos podamos sentir tan confiados, pues ello es la mejor prueba de los progresos hechos. Evidentemente, hace diez años nuestra respuesta habría sido distinta. No obstante, esta seguridad depende de que el tratamiento de drogas se inicie en cuanto se descubra el caso, de que se siga el régimen más eficaz y de que el tratamiento continúe hasta que el paciente esté totalmente restablecido. Como es sabido, las presunciones resultan a veces peligrosas. Hay miles de pacientes de tuberculosis cuya enfermedad, por diagnóstico tardío o por demora de tratamiento, ha llegado hasta el punto de no poder remediarse. Otros pacientes, tal vez los más numerosos, habrán sido diagnosticados oportunamente y recibido tratamiento inmediato, pero no se han restablecido por abandono del tratamiento antes de la inactivación de la enfermedad. Los resultados al parecer insatisfactorios de ciertos tratamientos se deben a que no se distingue la verdadera tuberculosis de la infección de micobacterias atípicas o de hongos, ninguna de las cuales responde satisfactoriamente al tratamiento de drogas antituberculosas.

Volviendo al paciente, hay otras cosas que hoy se le pueden recomendar y que se desconocían hace diez años. Si el paciente está dispuesto a internarse en un hospital para su tratamiento, se le puede anticipar que no tendrá que separarse de su familia y de su trabajo por varios años. En realidad, en ciertos lugares se puede asegurar al paciente, con cierto grado de seguridad, que volverá a su hogar en seis meses e incluso antes. En algunos casos se puede proponer al paciente el tratamiento a domicilio. Una vez más, observamos que se ha hecho un gran progreso en los últimos diez años.

Nos hemos venido refiriendo a los cambios producidos, pero quedan todavía dos puntos que no se han modificado, a saber, la necesidad de hacer un diagnóstico adecuado, con determinación, por medio del laboratorio, de la presencia de bacilos tuberculosos, y la necesidad de aplicar un tratamiento inmediato y continuo, incluyendo la determinación periódica del estado del paciente por

medio de exámenes radiológicos, de laboratorio y clínicos.

Muchos consideran que un hospital proporciona de manera más apropiada estos servicios. Sea como fuere, hoy es un hecho fundamental en la realidad de lucha anti-tuberculosa que una gran proporción de pacientes reciben todo el tratamiento o la mayor parte de él, fuera del hospital. Esto se debe, como todos sabemos, a lo costoso de la hospitalización, a la insuficiencia de camas y a la resistencia, por parte de ciertos enfermos, a ser hospitalizados.

Las circunstancias adversas no deben desalentarnos. Existiendo una coordinación de los servicios de hospital con los de tratamiento a domicilio, que permita hospitalizar al paciente en caso necesario, y habiendo suficientes laboratorios, clínicas y servicios de enfermería de salud pública en la colectividad, para ofrecer una constante supervisión médica y de salud pública, el tratamiento de ciertos pacientes fuera del hospital contribuye considerablemente al objetivo de administrar el debido tratamiento a todos los pacientes de tuberculosis conocidos.

Es muy fácil que las colectividades que se resienten todavía de escasez de camas de hospital y de recursos económicos y de personal para ofrecer buenos servicios de pacientes externos, consideren condenado al fracaso cualquier intento de proporcionar un tratamiento óptimo a todos los pacientes de tuberculosis. Sin embargo, teniendo en cuenta que se dispone de una terapéutica buena, debemos tener también la convicción de que se pueden encontrar recursos para traer o llevar el tratamiento a los pacientes. Asimismo, la primera medida consistirá en hacer el mejor uso de lo que se tiene ya y al mismo tiempo tratar de introducir mejoras.

Un buen ejemplo de eficaz utilización de los medios disponibles en materia de tratamiento se encuentra en el Estado de Mississippi en años recientes. En 1953, estaban ocupadas las 783 camas destinadas a pacientes de tuberculosis en dicho Estado, y había 1.712 pacientes a domicilio de tuberculosis activa, la mayoría de los cuales no recibían

ningún tratamiento. El Estado no disponía de fondos ni de personal para ampliar los servicios, pero se había descubierto la isoniacida, y se acordó organizar un programa estatal de tratamiento a domicilio, mediante la utilización de personal del departamento local de sanidad, así como de las instalaciones y servicios de rayos X y de laboratorio existentes. Era un plan ambicioso, y se emprendió con gran coraje y entusiasmo. El tratamiento objeto de este programa se ofreció a los pacientes para quienes no había camas de hospital, a los que se negaban a ser hospitalizados y a los dados de alta del hospital para proseguir el tratamiento en el hogar. En la medida de lo posible, se hacía cargo de cada paciente un médico particular; al cabo de un par de años, se obtuvieron los servicios, a tiempo parcial, de dos especialistas del tórax para ofrecer consulta a través de clínicas regionales del tórax. En 1956, recibieron tratamiento en virtud del programa más de 1.800 pacientes de 82 condados; dos terceras partes de los nuevos casos activos notificados en dicho año se sometieron al tratamiento a domicilio ofrecido por el programa.

Este programa de emergencia no ha solucionado milagrosamente todos los problemas planteados al Estado en materia de tratamiento de la enfermedad, pero no cabe duda de que ha influido de manera considerable en la mejora de la situación. Una evaluación del programa, hecha en 1957, mostró que habían sido sometidos a tratamiento casi todos los pacientes existentes al principio. El estudio de un grupo de pacientes tratados por lo menos durante dos años, reveló que en el 62 % de los mismos se había detenido el curso de la enfermedad o ésta se había convertido en inactiva. El 51 % de los casos ac-

tivos aún, resultaron bacteriológicamente negativos. Esta situación no es ideal, pero sí mucho mejor que la reinante antes de iniciarse el programa.

En nuestra opinión, la lección de la experiencia de Mississippi no se deriva de la forma en que se desarrolló el programa, sino más bien de las armas de que se dispone actualmente—en este preciso momento—para organizar un ataque eficaz contra el último reducto de la tuberculosis.

Es evidente que no se posee el arma decisiva y, aunque así fuera, la tuberculosis no podría ser eliminada de un día para otro. Norteamérica tuvo un famoso general que, sin disponer de ninguna arma perfecta, tuvo sin embargo un gran éxito en sus batallas. Su sistema de ganar éstas, consistía—a grandes rasgos—en atacar lo más pronto posible con todas las armas a su disposición. Este debería ser nuestro lema para la década entrante. Atacar con la mayor rapidez posible, ya que, quizás, no siempre se tenga el apoyo con que se cuenta ahora, y nuestras armas—las drogas—pueden perder parte de su eficacia. Debemos atacar con todas las armas de que disponemos porque, simplemente, ésta es nuestra misión.

La década precedente nos enseñó a utilizar con la mayor eficacia las drogas a nuestro alcance. Igualmente, mostró que no es absolutamente necesario tratar en el hospital al paciente de tuberculosis. Y en caso de que este paciente se hospitalice, no hay que contar su permanencia en aquél por años, sino por meses, y aun éstos no serán muchos. Esta década nos ofrece la oportunidad de aprovechar la experiencia de la anterior y, por lo menos, de librar decididamente la última gran batalla contra la tuberculosis, con posibilidades de ganarla.