

PROGRESOS EN LA LUCHA ANTITUBERCULOSA EN LA
ZONA FRONTERIZA METROPOLITANA DE
EL PASO-JUAREZ*

Dr. JACK C. POSTLEWAITE

Director de la División de Lucha Antituberculosa, Departamento de Salud Pública, El Paso, Texas

Los problemas que la tuberculosis plantea como enfermedad de zona fronteriza se complican con un número incalculable de imponderables, tales como la barrera del idioma, diferencias culturales básicas y, en última instancia, diferencias económico-educativas y de susceptibilidad y resistencia a la enfermedad.

El año pasado se completó un análisis de todos los datos de carácter nacional y local, reunidos por varios de nosotros en colaboración con el personal del programa de lucha antituberculosa en las zonas metropolitanas y condados de El Paso y Juárez. Para este análisis se agrupó la información existente en once aspectos básicos. El programa cooperativo de lucha antituberculosa suscitará un gran interés por el hecho de abarcar dos ciudades de 300.000 habitantes cada una, que, sólo separadas por un cauce seco, el del Río Bravo, tienen un intercambio diario de personas dedicadas al comercio, y forman casi una sola metrópoli. Los dos puntos de vista de estas dos grandes ciudades—los de sus respectivos departamentos de salud—son, por parte del de El Paso, Texas, la erradicación de la tuberculosis y, por parte del Departamento de Salud de Juárez, un programa de inmunización mediante la vacunación con BCG. Se anticipa que la rigurosa evaluación estadística de los programas de ambas ciudades ofrecerá una base firme para recomendar éstos a otras zonas, en la medida en que sean útiles y factibles. Se tardará por lo menos veinte años en coordinar la vasta experiencia y los

datos que dimanen de los programas de estas dos colectividades.

1. *Alcance local del problema de la tuberculosis (El Paso y Juárez)*

El terrible tributo que la tuberculosis cobra en El Paso, se refleja en la existencia de 637 casos conocidos; 1.200 sin diagnosticar; 217 activos en edades de 12 meses a 85 años, y 22 defunciones (7,3 por 100.000 habs.) en 1960. En Juárez, el tributo es el siguiente: 2.374 casos conocidos; 4.700 sin diagnosticar; 406 activos en edades de 12 meses a 85 años, y 90 defunciones en 1960.

Las cifras que anteceden implican los siguientes índices globales de ambas zonas metropolitanas: incidencia conocida, 4:1; cálculo estimativo de los casos sin diagnosticar, 4:1; tasa aproximada de mortalidad, 3:1, y tasa de casos activos, también aproximada, 2:1. Cabe sugerir que en Juárez aumentó la incidencia tanto de morbilidad como de mortalidad por tuberculosis, a causa de mayor susceptibilidad, de mayor exposición y de desnutrición por causas de índole económica, que complican los aspectos conocidos del problema de la tuberculosis en dicha ciudad.

2. *Alcance mundial del problema de la tuberculosis*

El alcance mundial del problema de la tuberculosis se puede juzgar por los siguientes datos:

1) La tuberculosis iguala a la malaria en morbilidad y mortalidad;

2) Morbilidad mundial (cálculo estimativo): 600 a 2.500 por 100.000 habs.;

3) Mortalidad mundial (cálculo estimativo): 150 a 900 por 100.000 habs.;

En Estados Unidos, el alcance de la

* Trabajo presentado en la XIX Reunión Anual de la Asociación Fronteriza Mexicana-Estadounidense de Salubridad, celebrada en San Diego, California, del 25 al 29 de junio de 1961.

enfermedad puede medirse por la existencia de:

a) 36.000.000 de reactores positivos a la tuberculina;

b) 400.000 casos conocidos (150.000 activos)

c) 69.000 casos nuevos al año;

d) 6.000 casos anuales (14 %) resistentes a las drogas;

En la India, la gravedad del problema se evidencia en el millón de defunciones anuales producidas por esta enfermedad.

Estas cifras, internacionalmente conocidas, son simples cálculos estimativos, pero indican sin duda el tremendo problema que un programa de erradicación ha de afrontar si un día se acomete. Debe señalarse, asimismo, que un programa de erradicación basado en la quimioterapia es en sí mismo complicado por la resistencia a las drogas, que puede afectar al 14 % de los casos activos de tuberculosis notificados cada año. Sobre esta base, dicho programa de erradicación debiera llevarse a cabo en muy pocos años mediante las actuales drogas antituberculosas, pues, de lo contrario, surgiría una nueva población de casos tuberculosos resistente a tales drogas, que destruiría la esperanza de erradicar esta enfermedad.

3. Reservorio de infección

Las zonas metropolitanas fronterizas de Juárez y El Paso constituyen un reservorio excepcional de infección, el cual debe tratarse sobre una base más ajustada a la realidad. Constituyen este reservorio de infección incontrolado:

a) 18.000 sirvientas domésticas (sin pasaporte), que no han sido objeto de ningún examen (se estima que un 6 % son casos activos de tuberculosis);

b) 40.000 visados temporales de trabajo; examen torácico por rayos X obligatorio cada tres años (0,3 % de casos activos de tuberculosis), y

c) 40.000 visados de residente; examen torácico por rayos X, sólo al entrar en el país (0,1 % de casos activos de tuberculosis).

Es cierto que estas cifras sólo son resultado de cálculos estimativos y que en la actualidad no existen medios legales de reducir este excepcional reservorio. Pero, al menos, ponen de relieve las dificultades de un programa de erradicación y la necesidad de una vigilancia constante con respecto a nuevos brotes de tuberculosis en todos los grupos económicos de las poblaciones de Juárez y El Paso.

4. Educación sanitaria

Se ha determinado la educación necesaria para establecer un programa idóneo de erradicación. Para este propósito se cuenta con la cooperación de la Asociación Antituberculosa de El Paso-Juárez, la que se ocupa del descubrimiento de casos mediante unidades móviles de rayos X de 35 mm. y de la distribución de periódicos, folletos (material bilingüe) y de otros medios de difusión, como televisión, radio y sellos navideños. Los departamentos de salud federales, estatales, de condado y municipales, facilitan, a este mismo fin:

a) visitas domiciliarias;

b) servicios en los dispensarios de control antituberculoso y consultorios para niños enfermos y sanos, y servicios en los hospitales antituberculosos del condado y del Estado, y

c) estudios profilácticos y de control.

Tanto desde el punto de vista educativo, como del de un programa de descubrimiento y control de casos, no se podrá lograr la plena utilización de los recursos anteriores si la población en general no se interesa en el problema de la tuberculosis y los dirigentes políticos, los pacientes y los encargados del control de esta enfermedad no le dan la suficiente importancia. El mayor problema del control antituberculoso estriba en el fracaso de nuestro programa educativo de ajustar a la realidad el material impreso y de que éste se distribuya como es debido.

5. Hallazgos epidemiológicos

Muchos de los casos de tuberculosis se descubren mediante los esfuerzos de enti-

dades no oficiales, tales como la Asociación Antituberculosa, dedicadas a la enseñanza, al descubrimiento de casos e investigación de los problemas de la tuberculosis, en cooperación con los funcionarios de los departamentos de salud y con grupos interesados en la tuberculosis, como médicos, enfermeras y clínicas.

Es indudable que en El Paso, el 75 % de los casos activos de tuberculosis que nos ocupan proceden de fibrosis pulmonar (7.500 casos), excelente punto de partida para la profilaxis, así como para la supervisión y control inmediatos a fin de prevenir la propagación de la enfermedad. Otros estudios, que comprenden la profilaxis de la meningitis, programa de unos 5 años de duración, el programa de profilaxis de contactos de 2 años de duración, y el programa de profilaxis de la fibrosis, de unos 2 años de duración, han puesto de manifiesto medios de investigación y fuentes de control antituberculoso que hasta ese momento habían sido ignorados. La Asociación Antituberculosa de El Paso merece plácemes por sus estudios llevados a cabo en zonas reconocidas de incidencia elevada de tuberculosis activa.

El hallazgo de 90 casos activos de tuberculosis durante una encuesta de manipuladores de alimentos, llevada a cabo en 1960, sugiere disposiciones legales que haga extensivo este tipo de encuestas a otros servicios públicos que ocasionan contactos personales. Los grandes problemas relativos a sirvientas, transeúntes, pacientes de hospital, investigación de niños sanos en dispensarios y hospitales, prisiones, hogares de reposo, y otras instituciones filantrópicas, exigen atención más inmediata por su conocida alta incidencia de casos activos de tuberculosis y contactos de dicha enfermedad.

6. Control

El control de la tuberculosis es de hecho un resumen de todos los aspectos tratados y se explica por sí mismo sobre una base local.

1) Unidad de control antituberculoso de la ciudad y condado de El Paso, 1960.

2) Hospital antituberculoso del condado: 49 pacientes, 552 ingresos, 455 altas y 85 sin consentimiento médico.

3) Clínica pediátrica, 9.600 pacientes, 0,8 %.

4) Fibrosis pulmonar y observación clínica, consecutiva, 8.188 pacientes: sospechosos, 7,3 %; activos, 0,8 %.

5) Estudio de contactos (1.183): activos adultos, 1 %; niños, 1,3 %.

6) Manipuladores de alimentos, radiografías anuales de 70 mm. (23.261); sospechosos, 2,1 %; activos, 0,14 %.

7) "Prueba del parche" en las escuelas, de la Asociación Antituberculosa de El Paso (total, 65.000; positivas, 24.000).

Es interesante el hecho de que a medida que el estudio de reactores cutáneos positivos entre el grupo seguro, tal como el grupo escolar, fue desarrollándose desde el extremo septentrional de El Paso y a través de las zonas fronterizas inmediatas a las riberas del Río Bravo, hasta llegar a Juárez, se observó una definida y paulatina progresión de reactores cutáneos positivos, que ascendió hasta el 55 % de los escolares menores de 15 años. Asimismo, debe observarse que en un grupo de menos edad había más reactores a medida que la incidencia de contactos de tuberculosis aumentaba claramente en los hogares. Esto ha contribuido también a orientar nuestros esfuerzos de evaluación de los "puntos álgidos" y del estudio de "casos de siembra" de tuberculosis y fuentes de diseminación, así como en cuanto a considerar la profilaxis mediante drogas o inmunidad por BCG, según lo indicado por los diversos departamentos de salud.

7. Unificación

Un esfuerzo para unificar todos los medios existentes al objeto de cooperar en el programa de erradicación de la tuberculosis, es de primordial importancia y sumamente difícil hasta que el programa educativo se encuentre bien avanzado.

Los organismos de salud pública, la

Asociación Antituberculosa, los auxiliares voluntarios de hospital, las instituciones de rehabilitación (locales, estatales y federales), las organizaciones benéficas, las instituciones locales y estatales (incluyendo orfanatos) y las escuelas están sin duda sinceramente interesados en prestar asistencia a este programa, pero no están lo bastante unidos y así no pueden realizar el esfuerzo total necesario para la encuesta que se lleva a cabo sobre la propuesta erradicación de la tuberculosis. Son necesarios las reuniones complementarias, la publicidad, carteles informativos, impresos y películas, pero se utilizan todavía a un ritmo demasiado lento, teniendo en cuenta la urgencia de este programa. Es posible que nuevos esfuerzos por una población inteligente, sin ser profesional, provoquen en definitiva verdadero entusiasmo por estas ideas frente a los actuales métodos en boga, demasiado lentos, por no decir estancados o anticuados.

8. *Objetivos a largo y corto plazo para la eliminación de la tuberculosis*

Los objetivos a largo y corto plazo para eliminar la tuberculosis han sido bien analizados por las publicaciones de la Arden House Conference correspondientes a los últimos años. Son ellos:

1) Tasa de casos activos: 10 por 100.000 hab. en 1970, en contraste con 33 por 100.000 en 1960. (El Paso: 75 por 100.000 hab.)

2) Reactores a la tuberculina: 10%; 14 años de edad, 4%. (El Paso: 4-18%)

3) Descubrimiento de casos en el estudio de la encuesta:

a) 75% de casos seleccionados en 6 meses;

b) Nuevo examen de tuberculonegativos cada 3 años;

c) 90% de casos positivos de tuberculosis examinados por rayos X cada tres años;

d) 90% de los contactos de casos tuberculosos examinados por rayos X cada año.

4) Servicios a pacientes tuberculosos:

a) 75% de casos con esputos negativos, examinados cada 6 meses;

b) 90% de casos hospitalizados o sometidos a quimioterapia, examinados una vez al año;

c) 80% de casos domiciliarios: análisis de esputos cada 6 meses.

Con respecto a las cifras relativas locales procedentes de El Paso, destinadas a evaluar el problema total con que nos enfrentamos, es cierto que en este momento el programa a corto plazo es lo único que podemos organizar y, por lo menos, es una meta digna de esfuerzo. Estos puntos de vista no lo abarcan todo y dejan sin duda grandes lagunas en el programa total necesario para erradicar de verdad la tuberculosis.

9. *Resistencia organizada contra el programa de erradicación*

Existe una resistencia organizada contra cualquier programa de erradicación. Son estos elementos de resistencia:

1) Falta de reevaluación anual del programa de salud pública;

2) Falta de notificación de casos tuberculosos por parte de los médicos privados (20% de los casos);

3) Falta de control de la reinfección de casos tuberculosos (75% de los casos);

4) Fracasos debidos a la resistencia a las drogas (14% de los casos);

5) Falta de organización de los programas de rayos X y de las pruebas cutáneas de tuberculina entre:

a) Preescolares (cada 4 meses);

b) Escolares del 1º, 4º y 8º grado (cada año);

c) Grupos expuestos a riesgo especial (mineros, enfermeras, técnicos de laboratorio y médicos);

d) Todas las personas de 40 años en adelante;

e) Residentes de zonas de incidencia elevada;

f) Pacientes (hospitales, oficinas y clínicas), y

g) Personas de las que se requiere prueba previa a la concesión de empleo.

No hay duda de que las ideas e ideales llegan a cuajar y a recibir el apoyo del

público cuando resultan eficaces la debida educación y el programa unificado de las observaciones anteriores. Nuestros médicos locales merecen felicitaciones por sus esfuerzos conjuntos en pro del debido descubrimiento de casos y estudio de contactos, lo cual ha permitido que menos del 7% de nuestra tasa actual de mortalidad en El Paso haya sido notificada al Departamento de Salud, únicamente en los certificados de defunción, como muertes debidas a tuberculosis. Con anterioridad a este programa cooperativo actual, sólo de la mitad a una tercera parte de las defunciones ocurridas en El Paso se notificaban al Departamento de Salud mediante certificado de defunción.

La cuestión de quién supervisará el programa de erradicación de la tuberculosis fue planteada por funcionarios de la Comisión Arden House, y la clase de quimioterapia que haya de usarse, forma de aplicación de la misma y sobre qué base, son puntos no resueltos que deben ser estudiados y adaptados a los programas locales basándose en ensayos. Sin duda, que los éxitos y fracasos enriquecen nuestra experiencia con respecto al llamado programa "tajante" de erradicación de la tuberculosis. Nos interesan las experiencias de nuestros vecinos, en particular las coronadas por el éxito, por no mencionar los fracasos y correcciones derivadas de los mismos.

10. *Problemas institucionales*

No sólo debe llevarse a efecto una nueva revisión general de las publicaciones impresas, programa educativo, metodología de control e investigación indispensables para evaluar la resistencia y susceptibilidad a la tuberculosis y la resistencia a las drogas, sino que, sobre todo, deben resolverse los problemas institucionales que se exponen a continuación:

- 1) Altas irregulares (25%);
- 2) Control de pacientes recalcitrantes (10%);
- 3) Alcoholismo, diabetes y tuberculosis (15%);

4) Servicios sociales (100%);

5) Asistencia pública y bienestar de la familia (100%);

6) Pacientes que rechazan el tratamiento (15%);

7) Falta de conversión de esputos (20%).

En la legislación de casi todos los Estados de Estados Unidos hay disposiciones que podrían aplicarse al 90% de los errores o fracasos observados en el control de la tuberculosis. Sin embargo, ante la urgencia y necesidad de este programa, insistimos en que es preciso interesar a los funcionarios públicos, ciudadanos privados y grupos profesionales para que procuren que la mayoría de la población reciba el mejor servicio mediante la aplicación de las leyes vigentes y no dejen, por omisión o temor, de aplicar los controles a los siete tipos de problemas institucionales que nos plantea el fracaso de la erradicación y control de la tuberculosis.

11. *Éxito de la erradicación*

El éxito de un programa de erradicación puede lograrse utilizando elementos propios de seres humanos, con sus conocidas reacciones de comportamiento ante la pérdida de libertad, según se manifiestan en los estudios psicológicos bajo el título "La ceuación humana". No cabe duda de que la simplicidad del programa tiene primordial importancia. Es difícil afirmar si la sorpresa habrá de ser de índole nacional o individual, cuando se presente y supervise debidamente. Las escuelas siguen siendo el público más seguro para la evaluación y progreso de este programa de erradicación. Los casos de recuperación, la pericia de médicos, cirujanos y medios quirúrgicos empleados en la prevención de la enfermedad cavitaria requerirán siempre grupos técnicos, hospitales y camas disponibles para "casos de siembra" que causan dificultades en lo referente a contactos y control de la tuberculosis. Sin embargo, el problema definitivo con respecto a la debida supervisión del programa de erradicación de la tuberculosis, consistirá siempre en la direc-

ción, instrucción y organización debidas y en un esfuerzo conjunto hecho particularmente por los funcionarios de salud pública, en especial en el programa de control antituberculoso a nivel federal, estatal, provincial y local. Los efectos devastadores contra la salud y la felicidad debidos a las conquistas del bacilo de la tuberculosis, o peste blanca, al causar la muerte de los jefes de familia, afectando así a familias

y poblaciones nacionales enteras, con su secuela de hambre y sus repercusiones en lo moral, en lo económico y en los privilegios ofrecidos a los pueblos libres, deben analizarse detenidamente cada año, tanto en lo relativo a éxitos y fracasos, como al establecimiento definitivo de un programa íntegro, progresivo y completo, no sólo para el control y tratamiento de la tuberculosis, sino para su total erradicación en lo futuro.

TABLA DE COMPOSICION DE ALIMENTOS PARA USO EN LA AMERICA LATINA

Bajo los auspicios del Comité Interdepartamental de Nutrición para la Defensa Nacional, de los Institutos Nacionales de Higiene de Estados Unidos de América y del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, se acaba de publicar la edición en español de una tabla de composición de alimentos que fue elaborada por un comité técnico de varios países de América Latina y de Estados Unidos. Esta nueva tabla responde a la formulación hecha en la Cuarta Conferencia sobre Problemas de Nutrición en América Latina, celebrada en Guatemala en 1957, en que fue aprobada la siguiente recomendación: "Que se preparen para uso regional, y tan pronto como ello sea posible, tablas de composición de alimentos que reúnan, en forma apropiada, datos referentes a los alimentos de que se dispone en la América Latina."

La Oficina Sanitaria Panamericana se ha hecho cargo de la distribución de esta publicación y los interesados en recibir uno o varios ejemplares de la misma pueden dirigirse a:

Oficina Sanitaria Panamericana
1501 New Hampshire Ave., N.W.
Washington, D. C., E.U.A.

También podrán dirigirse a las Oficinas de Zona, cuyas direcciones se hallan en la contraportada de este *Boletín*.

En la carta se indicará: nombre, dirección exacta y cargo que desempeña el solicitante.