



Discusiones

Técnicas



México, D.F.
Agosto-Septiembre 1964

CD15/DI/3 Rev. 1 (Esp.)
2 Octubre 1964
ORIGINAL: ESPAÑOL

INFORME FINAL DE LAS DISCUSIONES TECNICAS SOBRE EL TEMA

"La erradicación de la tuberculosis: una tarea
de planificación inmediata y acción futura"

Director de Debates: Dr. Manoel José Ferreira
Relator: Dr. Roberto Acosta Borrero
Secretario Técnico: Dr. Rogelio Valladares

Las Discusiones Técnicas tuvieron lugar el día 4 de septiembre de 1964 y versaron sobre el tema: "La erradicación de la tuberculosis: una tarea de planificación inmediata y acción futura".

El tema fue presentado en sendas exposiciones preliminares por los autores de los dos documentos de trabajo: 1) Dr. William R. Barclay, quien se refirió especialmente a la situación en los países más desarrollados, Estados Unidos de América y Canadá, y 2) Dr. José Ignacio Baldó, quien la analizó en los demás países de la Región de las Américas.

Tras la presentación de los documentos de trabajo, un grupo de expertos integrado por los doctores A.B. Coylar, Horacio Rodríguez Castells, William B. Tucker, José Silveira y Halfdan Mahler comentaron los documentos presentados con especial referencia a algunos aspectos particulares del problema.

El Director de Debates hizo una síntesis del planteamiento del problema y declaró abierto el debate.

A continuación, se inició el período de preguntas y comentarios, en tablándose una discusión amplia en que tomaron parte los participantes y los expertos.

Las discusiones e informaciones se concentraron en los grandes capítulos mencionados a continuación, en los cuales se recogen los conceptos predominantes entre los participantes, dejando constancia de algunas opiniones divergentes.

Con las escasas excepciones señaladas más adelante, se aceptaron en general las opiniones contenidas en los documentos de trabajo.

1. LA ERRADICACION DE LA TUBERCULOSIS

La posibilidad teórica de erradicar la tuberculosis fue aceptada como una meta a largo plazo, para llegar a la cual habrá de pasarse por una sucesión de etapas intermedias que habrán de constituir las metas próximas de los programas de control.

Con los conocimientos científicos y las técnicas que existen actualmente debería ser factible la erradicación de la tuberculosis. Sin embargo, los obstáculos de orden económico y social no permiten utilizar realmente los eficaces medios de diagnóstico y tratamiento. Por lo tanto, se consideró que conjuntamente con una mejor planificación y utilización de los recursos disponibles, es necesario mejorar las condiciones sociales y económicas de las poblaciones para poder llegar a la meta final.

Se consideró conveniente el empleo del término "erradicación", porque la fijación de esta meta última ha permitido conmovier las estructuras lentas y obsoletas de una lucha antituberculosa insuficiente desde el punto de vista de la cobertura de la población y epidemiológicamente ineficiente, porque ha dado fuerza a las autoridades para promover una mejor utilización de los presupuestos, especialmente los destinados a sanatorios antituberculosos, y porque ha llamado la atención sobre un problema que los Gobiernos habían venido subestimando dentro de sus planes de salud por considerar, quizá, que las actividades destinadas a su control eran de un costo desproporcionado a su efecto.

No se examinaron en detalle cuáles podrían ser las metas inmediatas. Se formularon observaciones sobre lo inadecuado que resultan en algunas áreas las metas de índices de infección tuberculínica establecidas en la Resolución No. XXXVI del Consejo Directivo, en su XIII Reunión, celebrada en Washington, D.C., en 1961. En general, se estimó que la fijación de metas inmediatas debería estudiarse para cada área específica, y que las tasas de infección, morbilidad y mortalidad no deberían considerarse para cada país en conjunto, ya que el análisis epidemiológico requerido para planear y ejecutar un programa adecuado de control debe efectuarse por áreas geográficas y demográficas homogéneas.

2. ENFOQUE EPIDEMIOLOGICO EN LOS PROGRAMAS DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

Se examinó con bastante extensión la necesidad de que los programas de control estén basados en un concepto epidemiológico que considere la comunidad como un todo y que, por tener esos programas el objetivo fundamental de interrumpir la transmisión del agente etiológico del enfermo contagioso al individuo sano, procuren descubrir la totalidad de los casos de tuberculosis que constituyen esa fuente de infección y los traten en forma tal que dejen de ser diseminadores de bacilos y que alcancen su curación completa.

En este mismo orden de ideas, la vacunación con BCG como medio de elevar el nivel de protección de la población frente al bacilo de Koch debe ser considerada como parte integrante de todo programa antituberculoso.

Aunque en el trabajo clásico de los servicios dispensariales se hace el estudio epidemiológico familiar alrededor de los casos de tuberculosis que atienden, la proporción de casos descubiertos y tratados por ellos en cada comunidad ha sido tan pequeña que no se ha podido interrumpir de manera significativa la cadena de transmisión.

Los siguientes índices epidemiológicos se consideraron útiles: las tasas de infección tuberculínica en niños; el porcentaje de individuos con bacilo de Koch en los esputos y el porcentaje de individuos con imagen radiográfica sospechosa de tuberculosis.

Para los fines prácticos del seguimiento de casos, se estimó que era conveniente la realización de estudios epidemiológicos, la evaluación de los programas y el mantenimiento de registros locales de casos de tuberculosis que sirva de base a registros regionales y nacionales.

3. DEFINICION DE CASO DE TUBERCULOSIS

Las discusiones sobre los aspectos precedentes llevaron a la consideración de la definición de caso de tuberculosis. Resultó evidente que la definición de un caso de tuberculosis puede variar de acuerdo con la situación epidemiológica de la enfermedad en la comunidad y con los puntos de vista clínico o epidemiológico. Una persona tuberculino positiva, sin ninguna otra manifestación de tuberculosis, puede ser considerada caso de tuberculosis en áreas donde se está aproximando el momento de la erradicación. Para el ejercicio clínico individual, un caso puede ser la persona que presenta una sombra radiológica pulmonar, acompañada de otros hechos sugerentes de tuberculosis. La persona tuberculino positiva que presente una imagen cavitaria o exudativa, y cuyos contactos de menos de seis años sean igualmente tuberculino positivos, puede ser considerada caso de tuberculosis. Finalmente, nadie duda de que un individuo con bacilos de la tuberculosis en el esputo es un auténtico caso de tuberculosis.

Se informó que el Comité de Expertos en Tuberculosis de la OMS, en su reunión del 18-24 agosto 1964, había decidido que, desde el punto de vista epidemiológico, un caso de tuberculosis pulmonar es una persona que padece de la enfermedad confirmada bacteriológicamente. Se piensa que al aceptar esta definición se podría obtener información estadística comparable y podría servir de base para la notificación de casos de tuberculosis. En una reunión de la Unión Internacional contra la Tuberculosis, en la que se estudió qué es "un caso notificable de tuberculosis", después de considerar todos los matices, se llegó a la conclusión de que el principal criterio debería ser la microscopía positiva para el bacilo de Koch. Esta definición es adecuada para fines epidemiológicos pero no para la práctica del médico en su atención a casos individuales.

Uno de los participantes solicitó que se considerara de manera especial la primoinfección que no tiene cavernas y difícilmente da bacilos, como caso para los fines epidemiológicos y de tratamiento. Se hizo referencia a otras circunstancias en que habría que aceptar la clasificación de caso de tuberculosis sin la comprobación del bacilo, debido a lo insuficiente de los recursos de laboratorios y a que sólo un 30% de los casos podrían ser confirmados bacteriológicamente.

A base de la experiencia adquirida, algunos expertos señalaron que si se hace una supervisión adecuada de los servicios se puede confirmar que hasta un 50% de los casos en tratamiento no son verdaderos tuberculosos.

Al plantearse durante las discusiones la cuestión de las prioridades y la necesidad de atender primero el hecho epidemiológico más importante, se consideró que el sujeto con bacilo de Koch en el esputo debe ser el caso tuberculoso con prioridad absoluta para todos los fines consecuentes, y que una vez satisfecha ésta, se podría pensar en aplicar las mismas medidas a los otros individuos "sospechosos" de ser tuberculosos. Tal actitud pareció adecuada a los conceptos ya aceptados de enfoque epidemiológico de los programas.

4. EXAMEN BACTERIOLOGICO DE LOS ESPUTOS

Durante las discusiones se concedió especial importancia a la necesidad del examen del esputo para poder confirmar la etiología tuberculosa del caso, así como a las limitadas posibilidades de practicar este examen en la América Latina, aun en la forma más simple del examen directo microscópico. Se dio cuenta de los buenos resultados obtenidos con el hisopo laríngeo sembrado en medio líquido (liofilizado y reconstruido) de Sula, en el mismo sitio donde se toma la muestra, y de otras experiencias con lavado bronquial.

Hubo consenso general respecto a la absoluta necesidad de dedicar el esfuerzo necesario para aumentar las posibilidades de efectuar los exámenes de esputos, a todos los niveles posibles, desde el método básico de la microscopia directa, debidamente supervisada, hasta llegar progresivamente a los métodos de cultivo en laboratorios regionales a los que deben ser transportados los medios sembrados "in situ" en los servicios locales donde ello sea posible. En una de las intervenciones, se mencionó una experiencia en un país centroamericano, en la cual se utilizó el examen microscópico directo como método inicial de búsqueda de casos en sujetos con síntomas bronco-pulmonares, obteniéndose hasta un 17% de positividad en comunidades rurales inaccesibles a otros procedimientos.

La necesidad de prepararse debidamente para poder realizar en el futuro las pruebas de resistencia a las drogas primarias, fue considerada como otra etapa más en el desarrollo de los laboratorios. Se tuvo la impresión de que, aunque la información actual sobre resistencias primarias es contradictoria, el problema tiene características de agravarse en el futuro, por lo que la posibilidad de practicar las pruebas de resistencia debe merecer atención.

Como sucede siempre que se trata de la eficacia y costo de procedimientos cada vez más refinados o sensibles, se volvió a plantear la cuestión de las prioridades y la conveniencia de comenzar por la aplicación de los procedimientos más simples, epidemiológicamente efectivos, y de continuar con su perfeccionamiento en las etapas de desarrollo de los servicios. Al plantearse la significación epidemiológica que pueda tener un caso con bacilos en el examen directo de esputos y otros que sólo es positivo al cultivo del contenido gástrico, se citaron algunas experiencias y publicaciones que demuestran que existe una diferencia significativa entre las tasas de infección de los contactos de uno y otro tipo de casos. Además, esos mismos

trabajos han demostrado que los contactos de individuos con sombras radiográficas sospechosas de tuberculosis, pero sin cavernas y sin positividad bacteriológica, no tienen una mayor tasa de infección que la población general de las mismas edades.

5. QUIMIOTERAPIA ANTITUBERCULOSA

La eficacia del tratamiento ambulatorio de la tuberculosis con las drogas primarias 1/, enteramente comparable a la observada en enfermos hospitalizados, ha quedado de tal forma demostrada que no hubo el menor reparo a esta cuestión previa por parte de los participantes. Algunos consideraron que era conveniente utilizar las actuales camas para tuberculosos para iniciar el tratamiento con el paciente hospitalizado por muy cortos períodos de tiempo, especialmente a fin de educar al paciente y obtener su mejor cooperación en el período subsiguiente de tratamiento ambulatorio.

Se estimó que sigue siendo ideal el tratamiento simultáneo con dos de las drogas primarias, por lo menos, sin descartar la posibilidad de utilizar la isoniacida sola cuando lo impusieran las condiciones económicas y, por otra parte, sin que los países deban forzar el empleo de esquemas con tres drogas cuando se sabe que es difícilmente aplicable. Las últimas experiencias con la asociación de thiacetazona e isoniacida, que han sido favorables, demuestran que no es conveniente utilizar en el futuro la isoniacida sola, puesto que la thiacetazona no aumenta significativamente el costo. Varios de los expertos informaron sobre las experiencias en curso que han demostrado la eficacia y conveniencia práctica de esquemas de tratamiento intermitentes, de eficacia comparable a los esquemas utilizados hasta hoy y con notable disminución del costo de material y de operación.

En una de las intervenciones se dieron a conocer los resultados obtenidos en un país suramericano con 5.000 tuberculosos tratados ambulatoriamente en las condiciones habituales de los servicios, en los cuales se obtuvo un 80% de curaciones y 90% de negativización de los esputos en el término de los primeros doce meses; un 8% de cronificados y un 4% de recaídas.

En varias intervenciones se hizo referencia al porcentaje importante de tuberculosos que no continúan el tratamiento y a la necesidad de prever las medidas aconsejables para retenerlos. En este sentido, se subrayó la necesidad de educar al paciente, de que los servicios de supervisión y de tratamiento estén lo más cerca posible de su domicilio y en manos de personas que, por sus condiciones sociales y culturales, puedan comprender mejor sus problemas, así como de asegurar el continuo abastecimiento de las drogas. Por esta razón y con tales fines, se consideró la conveniencia de proporcionar adiestramiento mínimo a personal auxiliar local.

1/ Isoniacida, estreptomycin y ácido para-amino-salicílico (P.A.S.)

Se hizo también referencia al empleo de drogas de segunda línea, 2/ en forma sistematizada y por períodos cortos, para el tratamiento de los casos crónicos que siguen expectorando bacilos resistentes a las drogas primarias, y se consideró aun la posibilidad de su aplicación ambulatoria cuando no haya camas disponibles. A pesar del alto costo de esta medicación, la duración del tratamiento y la cantidad de drogas necesarias para obtener la negativización de un alto porcentaje de esos casos, siempre los gastos serían menos que los que ocasionan las largas hospitalizaciones de crónicos que se registran en éstos momentos.

El alto rendimiento de la quimioterapia antituberculosa cuando es aplicada correctamente, y el bajo costo de las drogas y de los mecanismos para su aplicación, como medida incorporada a los servicios de salud y con la utilización de personal auxiliar, justifican que se conceda un lugar de prioridad en los planes de salud a las medidas de control de la tuberculosis.

Se relataron interesantes experiencias llevadas a cabo en Norteamérica, Asia y África, todas coincidentes en la eficacia demostrada en la quimioprofilaxis secundaria. La mayoría de dichas experiencias revelan bajos porcentajes de personas que toman regularmente la droga. Uno de los expertos expresó la opinión de que la quimioprofilaxis secundaria debe limitarse a grupos con gran riesgo y sólo en aquellos programas donde se hayan ya alcanzado las primeras etapas de un eficiente diagnóstico y tratamiento de los casos. La impresión general fue que es preferible limitar la quimioprofilaxis a niños pequeños tuberculopositivos que son contactos de casos de tuberculosis en tratamiento. Una vez más, se consideró que en salud pública hay que cuidarse de "que lo mejor no se convierta en enemigo de lo bueno".

6. VACUNACION CON BCG

Se reconoció unánimemente el efecto protector de la vacuna BCG y su importancia como medida de control de la tuberculosis. Para desvanecer algunas interrogantes surgidas en relación a esa eficacia en poblaciones de áreas tropicales, con alto grado de positividad tuberculínica inespecífica, uno de los expertos informó sobre los resultados obtenidos en una área tropical, en la cual, después de ocho años de seguimiento de los grupos, se ha podido establecer que se logró una protección del 70% de los vacunados.

Parece, pues, que no cabe duda de que por su efecto, su costo y su fácil aplicación, el BCG es un procedimiento básico en todo programa anti-tuberculoso.

Los grupos de edad más adecuados para que se les administre la vacuna pueden variar según los índices de infección de la comunidad. Por regla general, en zonas de alta infección se debe aplicar desde el nacimiento y los primeros años, pero se puede aplicar a niños en edad escolar cuando este índice es menor. Cuando la morbilidad llegue a 5 ó 10 casos por 100.000 habitantes, es posible que la vacuna no sea necesaria.

2/ Pirazinamida, ethionamida, cicloserina, viomicina, kanamicina, y otras.

Dos de los expertos, que relataron sus experiencias con BCG por vía bucal y por escarificación respectivamente, están convencidos de la eficacia de estos procedimientos y estiman que son más fáciles de ejecutar por personal auxiliar. Sugieren a las organizaciones internacionales de salud que cooperen en la realización de las experiencias necesarias para la comprobación definitiva de sus puntos de vista, y les ofrecen a este respecto las facilidades de sus respectivos países.

Se informó que, según recientes y cuidadosas experiencias en Asia, la administración de BCG intradérmico sin tuberculina previa no plantea los problemas de reacciones importantes y su administración simultánea con la vacuna antivariólica no crea interferencias en los mecanismos de protección.

7. EXAMENES CON RAYOS X

El examen del tórax con los rayos X constituye un importante elemento en la búsqueda de casos de tuberculosis, puesto que permite iniciar o complementar, según sea el caso, el procedimiento diagnóstico. En consecuencia, se deberían utilizar todas las facilidades obtenibles en este campo, incluso la fluoroscopia que, en opinión de uno de los expertos, si se aplica a grupos sintomáticos y contactos resulta útil para descubrir las imágenes importantes que, con frecuencia, corresponden a verdaderos casos de tuberculosis, siempre que vaya seguida de una radiografía estándar y del examen de esputos.

A pesar de algunas experiencias aisladas en la utilización intensiva de equipos móviles para diagnóstico y tratamiento, se pudo apreciar un consenso general en el sentido de que estos equipos radiográficos móviles no deberían emplearse hasta no tener previsto el funcionamiento de una estructura de servicios permanentes, donde se pueda disponer de los recursos necesarios para completar el diagnóstico y lograr un tratamiento adecuado. Se consideró que estos servicios permanentes comprenden desde los más complejos hasta los más elementales, según el desarrollo de cada país o área.

Se informó acerca de un programa recientemente iniciado en un país sudamericano donde se ha encontrado un 11% de sombras radiográficas sospechosas y un 4% de casos positivos al examen directo de esputo. Los casos en tratamiento han quedado al cuidado de servicios muy elementales de salud, y hasta ahora el seguimiento de los mismos ha sido satisfactorio.

Se consideró que los exámenes fluorofotográficos por unidades móviles de grupos indiscriminados constituyen un procedimiento costoso que muy pocos países en el mundo podrían aplicar en escala nacional. Por otra parte, provoca una sobrecarga de trabajo de diagnóstico de sombras radiográficas, mientras los casos epidemiológicamente más importantes con frecuencia quedan a un lado en este tipo de encuestas o catastros. Los equipos móviles podrían utilizarse en determinados casos, orientándolos hacia grupos especiales, como extensión de servicios permanentes capaces de atender el consecuente proceso diagnóstico y terapéutico.

Las facilidades para el examen radiográfico, por uno u otro procedimiento, de los grupos de mayor rendimiento, sintomáticos, contactos y grupos de riesgo especiales, deberían preverse en la planificación de todo programa de control de la tuberculosis, hasta donde lo permitan las limitaciones financieras y las condiciones demográficas de las comunidades.

8. ADIESTRAMIENTO DE PERSONAL. ENSEÑANZA DE LA TUBERCULOSIS

Tanto en los documentos de trabajo como en todas las intervenciones surgidas alrededor de este tema, hubo acuerdo unánime en la necesidad de preparar personal auxiliar para la ejecución de las actividades encaminadas al diagnóstico bacteriológico, seguimiento de los casos en tratamiento y control de los contactos. Se consideró que este tipo de personal subprofesional, con una supervisión periódica adecuada, está llamado a desempeñar un papel fundamental en los programas de control de la tuberculosis, así como en otros programas específicos integrados dentro de los servicios generales de salud.

La inadecuada orientación de los estudiantes de medicina y su poco interés y preparación en el problema de la tuberculosis es una consecuencia de inadecuados programas de enseñanza en este campo, orientados más hacia el aprendizaje clínico especializado que hacia los aspectos epidemiológicos y del diagnóstico y tratamiento adecuado de los tuberculosos, como problema sanitario-social de la comunidad.

Se consideró que, además del cambio de orientación en la enseñanza de los estudiantes, debe también preverse algún medio que permita a los médicos en ejercicio actualizar sus conocimientos en este campo.

La formación de especialistas en fisiología debería comprender adecuada información epidemiológica y sobre administración de programas anti-tuberculosos, así como una visión global de los aspectos generales de salud pública. Los sanitaristas especializados deberían, por su parte, recibir enseñanza básica sobre las características clínicas de la tuberculosis.

Se destacó la importancia de la formación de médicos sanitaristas para atender las necesidades de las áreas rurales y semirurales, en cursos cortos que comprendan la enseñanza práctica y teórica de los aspectos clínicos y administrativos de las enfermedades que constituyen los más sobresalientes problemas de salud.

9. PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS

La planificación de programas nacionales para el control de la tuberculosis es hoy en día necesaria y posible, porque se dispone de los elementos eficaces para combatir la transmisión de la enfermedad y remediar el daño que ella causa. Es posible obtener una medida adecuada del problema de la tuberculosis en una comunidad mediante los índices que se recogen en el capítulo titulado "Enfoque epidemiológico en los programas de control de la tuberculosis". Sin embargo, hubo acuerdo en que la práctica de encuestas

previas no era el procedimiento más útil ni mejor aceptado por las comunidades y en que es preferible iniciar los programas con la información ya existente, pero en forma tal que permitan mejorar la calidad de los datos, con el fin de disponer de cifras básicas para evaluaciones posteriores, así como para modificar los planes, si fuere necesario, de acuerdo con las tasas que se vayan obteniendo.

Las características epidemiológicas de la tuberculosis requieren que los programas se preparen con vista a una cobertura nacional y a base de servicios de tipo permanente. Por razones administrativas, las actividades de control de la tuberculosis deben integrarse o incorporarse dentro de los servicios generales de salud. En algunas áreas, el comienzo de estas actividades específicas puede constituir el punto de partida para organizar e incorporar otras actividades de salud que no estuvieron cubiertas con anterioridad, como puede ser el caso de programas intensivos de inmunización.

Se consideró que en la planificación de programas con frecuencia se desuidan los aspectos sociológicos, y que es necesario adaptar las actividades a estas características sociológicas para facilitar su aplicación, así como para estimular y orientar la participación de las comunidades en la ejecución de los programas.

Cuando se prevén programas de alcance nacional, es necesario contar con bases económicas bien conocidas que, de acuerdo con las experiencias que se vayan obteniendo, permitan la obtención, progresiva y a corto plazo, de las actividades a todo el territorio del país.

Se aceptó que, para cumplir esta meta de programa nacional, es necesario simplificar las técnicas en tal forma que puedan ser eficazmente aplicadas por personal auxiliar, establecer una gradación de actividades y de servicios, desde los más elementales en comunidades rurales hasta los más completos en comunidades urbanas desarrolladas, y tener cuidado de que las inversiones a niveles altos no impidan el desarrollo de los servicios intermedios y rurales. Se concedió especial importancia a la creación y al funcionamiento de los servicios intermedios, con personal médico preparado especialmente, no sólo a fin de atender a las poblaciones directamente servidas, sino para poder ejercer una supervisión sobre los servicios rurales que estén a cargo de personal auxiliar. La posibilidad de un servicio de alcance nacional y la incorporación efectiva de las actividades de control de la tuberculosis en los servicios generales de salud dependen en alto grado de la adecuada orientación que se da a la preparación del personal profesional dirigente.

Se consideró que, para el cumplimiento de las finalidades inmediatas y futuras de los programas de control de la tuberculosis y de la eventual erradicación de la enfermedad, es indispensable la existencia de una autoridad nacional normativa, que se encargue del estudio de los problemas, que participe en la planificación y programación de las actividades y en la preparación de personal, y que esté capacitada para supervisar técnica y cuantitativamente la ejecución de las actividades.