

El problema del control de la Tuberculosis en Colombia

Bogotá, Noviembre de 1.978

Señor Presidente de la Academia
Doctor César Augusto Pantoja
E. S. D.

Señor Presidente:

La Comisión con la cual Ud. ha tenido a bien honrarnos, ha analizado el problema del control de la Tuberculosis en Colombia en la siguiente forma:

Resúmen: La TBC en Colombia como en todos los países del tercer mundo constituye problema prioritario de salud pública.

Los datos oficiales colombianos determinan 50.000 pacientes activos en tratamiento y 12.000 casos nuevos bacteriológicamente diagnosticados por año. Se han denunciado numerosos casos de TBC extrapulmonar no diagnosticables bacteriológicamente.

La vacunación BCG, de acuerdo con cifras oficiales, cubre el 78% de la población infantil globalmente, pero solamente el 30% de los menores de 1 año y el 43% de los menores de 4 años, lo cual es claramente insuficiente.

El descubrimiento de casos a base únicamente del recurso bacteriológico debe ser basado en una infraestructura humana y técnica prácticamente perfecta para que éste recurso cumpla un efecto que no sea contraproducente.

El tratamiento utilizado en Colombia, recomendado por la OMS se hace a base de drogas bacteriostáticas de bajo costo, utilizadas por períodos prolongados que van de 1 año a 18 meses y que provocan un abandono del 23% según cifras oficiales.

La Unión Internacional contra la Tuberculosis con la aquiescencia de la OMS ha estudiado esquemas modernos de tratamiento con las llamadas "drogas esenciales" bacteriolíticas que, en períodos breves (6 a 9 meses) curan más del 95% de los pacientes. El Seminario Nacional de TBC (Bogotá - abril/78) recomendó la introducción de estas drogas para uso general en el país.

Se hace un resumen de los principales esquemas recomendados.

*Comisión Oficial: Doctores Gilberto Rueda P. - Valentín Malagón
Jorge García Gómez - Pablo Gómez Martínez*

EL PROBLEMA

Partiendo del principio que la TBC es una entidad comunicable producida por el Bacilo de Koch, que se desarrolla más fácilmente en terreno orgánico desnutrido y se expande más por el hacinamiento y la dificultad para el acceso de la población a los centros de salud, es fácil comprender cómo en países sub-desarrollados como Colombia, esta grave afección continúa representando un problema prioritario de salud pública.

Los actuales datos oficiales indican que hay alrededor de 50.000 enfermos activos de TBC en tratamiento, de los cuales una buena proporción corresponde a casos crónificados, o resistentes y que se detectan anualmente alrededor de 12.000 casos nuevos demostrados bacteriológicamente. Esta última cifra viene encontrándose en el país durante los últimos 4 ó 5 años, lo que implica que, o bien el proceso de salud está estancado o que los métodos de control han llegado a su capacidad máxima de detección. Sin embargo, la permanente presencia de casos nuevos de procesos de TBC óseos (V. Malagón, Academia Nal. Med.), de oto-mastoiditis TBC (J. García Gómez, A.N.M.) de numerosos casos de TBC renal (P. Gómez M., A.N.M.), de TBC meníngea y de otras localizaciones frecuentemente informadas, indican que el problema persiste y aparentemente está lejos de ser controlado.

MÉTODOS DE CONTROL

Los procesos comunicables se controlan a base de tres recursos fundamentales: Prevención; Descubrimiento de casos; Tratamiento efectivo de los casos activos.

En TBC la prevención se hace difícil debido a que no existe, como en el caso de la fiebre amarilla o de la viruela, una vacuna que impida la propagación del mal; existe el BCG producto eficaz que modifica el desarrollo del proceso, pero que no lo erradica por su base.

En Colombia, de acuerdo al Boletín Epidemiológico Nacional (5 y 6 Oct./Dic./77 Vol. 3) la aplicación de BCG llega globalmente al

78% de los niños pero en los menores de 1 año solamente alcanza al 30%, y en los menores de 4 años al 43%; esto manifiesta una falla radical en el concepto de prevención que debe cubrir más del 80% en estos grupos etáreos.

La disponibilidad de vacuna BCG a base de elemento líquido poco conservable especialmente en climas cálidos —aproximadamente las 3/4 partes del territorio colombiano—, debiendo importarse a altos costos vacuna liofilizada para complementar la precaria e insegura administración de este producto fundamental. La falta de obligatoriedad de la aplicación de BCG en una u otra forma a los recién nacidos así como la falta de control y revacunación en etapas posteriores, hacen muy discutible la prevención antituberculosa que se realiza hoy en Colombia.

DESCUBRIMIENTO DE CASOS NUEVOS

Se hace en Colombia a base del estudio de los sintomáticos respiratorios (método preconizado por la OMS) vale decir de los tosedores crónicos, utilizando el recurso del estudio bacteriológico del esputo para detectar el Bacilo de Koch.

Este método descubre los casos abiertos positivos de la enfermedad, por ende contaminantes y propagadores de la TBC. Descarta los casos de enfermedad en desarrollo, v.gr. meningitis, TBC ósea, renal, digestiva y sobre todo la primo-infección tuberculosa sin focos abiertos, que no pueden ser detectados por este procedimiento.

Lo anterior manifiesta en sí mismo que para poder basarse únicamente en el sistema bacteriológico de detección del mal, un país debe contar con una infraestructura bacteriológica impecable que en la práctica no permita errores en cuanto al diagnóstico positivo o negativo de la enfermedad. No es pues este recurso, utilizado como único parámetro, fácil de llevar a cabo en países que como el nuestro, carecen de recursos financieros, culturales y humanos para efectuarlo, y por ende puede volverse en un momento dado, de no ser técni-

camente planificado y sobre todo estrictamente supervisado, en arma contraproducente para el efecto buscado.

No obstante, el método bacteriológico bien llevado, descubre la mayoría de los casos verdaderamente peligrosos en cuanto se refiere a la propagación de la enfermedad y sirve como excelente guía en el curso del tratamiento como índice de negativización y a la larga de curación.

TRATAMIENTO

A través de las épocas el tratamiento de la TBC ha sido motivo de observación y estudios científicos que, a partir de métodos empíricos basados más que todo en la aplicación de medios naturales como el clima, el aire puro, los rayos solares, el reposo, la hiperalimentación, etc., han llegado hasta las más exhaustivas y costosas investigaciones sobre drogas capaces de destruir el Bacilo de Koch, y por ende curar radicalmente el mal.

Existen en la actualidad numerosas drogas capaces de detener el desarrollo biológico del germen. Estas drogas se dividen en la actualidad según sea su acción bacteriolítica o simplemente bacteriostática. Se considera un primer grupo denominado de DROGAS ESENCIALES formado por:

Isoniacida
Rifampicina
Estreptomycin
Ethambutol

Un segundo grupo que por sus características de facilidad de combinación con las anteriores o por su bajo precio son ampliamente utilizadas a nivel mundial y que comprende:

Thiacetazona
Piracinamida
Etionamida

Y un último grupo de drogas útiles por su poder bacteriostático, pero que por su alto costo o por sus fenómenos tóxicos se utilizan en casos que han adquirido resistencia a los grupos anteriores; entre ellas se encuentran:

Cicloserina, Protionamida, Kanamicina, Acido Paraminosalicílico.

Las múltiples combinaciones de estas numerosas drogas han logrado en el presente la curación de un porcentaje tan alto de enfermos que, en las mejores condiciones alcanza o sobrepasa el 95%. Han hecho por otra parte que se cambie radicalmente el concepto de que el enfermo tuberculoso debe estar aislado de la comunidad por períodos prolongados de tiempo que en muchas oportunidades abarcaban la etapa más productiva en la vida del paciente, causando con ello los estragos socioeconómicos y síquicos tan conocidos en el pasado. Con ello, o sea con el advenimiento de los tratamientos ambulatorios hoy en pleno uso, los llamados hasta hace poco sanatorios u hospitales antituberculosos han desaparecido y si aún persiste alguno de ellos, debe pasar a prestar un mejor servicio a la comunidad como hospital general o si así lo requiere el gran volumen de pacientes, como hospital torácico.

Los métodos de tratamiento actualmente utilizados en Colombia, se basan en productos bacteriostáticos que logran la inhabilitación biológica del germen, pero que, debido a la poca agresividad de la terapia, deben ser suministrados por períodos prolongados que van de los 12 a los 18 meses con la grave consecuencia del gran índice de abandono que conllevan, conduciendo a la resistencia de gran número de pacientes.

El esquema oficial utilizado en Colombia consiste en un período inicial de 4 a 8 semanas de INH-SM-TB1 seguido por 10 meses de SM-INH dos veces por semana, supervisado; o bien INH-SM-TB1 4 semanas, seguido por THZ (INH 300 mg. y TB1 150 mgs.) diario durante 10 meses, autoadministrado.

Este esquema de tratamiento es bueno desde el punto de vista terapéutico, ya que negativiza, de acuerdo a estadísticas oficiales en grupos que han podido ser seguidos, el 84% de los pacientes que terminan el tratamiento; pero es más importante su bondad desde el punto de vista de los bajos presupuestos para salud

de los países como Colombia, ya que su precio es asequible hasta para estas pobres áreas de población.

Pero debemos tener en cuenta que este tipo de tratamiento es abandonado de acuerdo a datos oficiales en el 22% de los casos en grupos controlados, y que, de acuerdo a estudios realizados en el país (G. Rueda y cols. Hosp. Sn. Carlos – Bogotá) este método produce gran cantidad de reacciones secundarias que obligan al abandono o encarecen el costo con drogas accesorias. El abandono conduce a la creación de resistencias del germen, a la formación de casos crónicos con su secuela de necesidad de camas hospitalarias costosas y en muchos casos inútiles.

Este problema no es colombiano; es de los países sub-desarrollados en general. Por ello la Unión Internacional contra la Tuberculosis y la OMS han adelantado estudios de fondo sobre técnicas terapéuticas más eficaces y han llegado a la conclusión incontrovertible de que hay métodos de terapia que en períodos breves de tratamiento (6 a 9 meses) pueden esterilizar al paciente destruyendo el Bacilo de Koch.

Así la XXXI Asamblea Mundial de la Salud en su Resolución 31.32, de 23 de mayo de 1978 recomendó en base al documento A-31 VR-12 que debiera estudiarse la aplicación de drogas esenciales para el tratamiento de la TBC a nivel mundial; que, habida cuenta que los países sub-desarrollados (Colombia) tenían problemas económicos que podrían impedirles la adquisición, dados los actuales costos, de estas drogas esenciales, debiera buscarse una fórmula, a través de las organizaciones internacionales para que les fueran suministradas a este tipo de países.

El Jefe del Dpto. Médico de la Organización Mundial de la Salud, Dr. K.L. Hitze, en carta al Director de la Unión Internacional contra la TBC hace enorme hincapié sobre la importancia de la utilización por períodos breves de las drogas esenciales y las define como "SM, EMB, INH, RMP, TB1" (Vol. 53 No. 2 – junio/78 Pág. 127 UICT).

Se aduce que el precio de las drogas bacterios-táticas utilizadas actualmente en países de bajo presupuesto permite a éstos el tratamiento a largo plazo, así sea en forma mediocre, del problema. Sin embargo, cualquiera que sea el precio actual susceptible de notable baja a medida que el consumo se acrecienta, justifica plenamente la inversión en salud para el paciente tuberculoso quien, con un efectivo y rápido tratamiento se negativiza en 6 a 8 semanas, y por tanto se reintegra desde ese momento a su actividad no solamente productiva sino social y anímica, lo que implica un rendimiento inconmensurable en bien de la productividad nacional.

Las conclusiones y recomendaciones del VII Seminario Nal. de TBC celebrado en Bogotá del 19 al 22 de abril/78 dicen textualmente en el punto 2 del Tema No. 3: "Tratamiento: La situación actual de la integración de TBC en el país es favorable para la introducción de regímenes quimioterápicos más potentes, lo cual permitirá acortar la duración del tratamiento y aumentar la proporción de curaciones. Esto implica la adquisición de drogas bactericidas, cuyo costo es relativamente alto, pero de eficacia considerablemente mayor".

Las ventajas del tratamiento acortado que se propone, se pueden resumir así: (V. Farga, Presid. Unión Intern. TBC.)

- 1) Disminución de la cantidad total de droga, lo que implica menor costo y menor toxicidad;
- 2) Menor demanda a los servicios y personal de Salud (incide en menor costo total);
- 3) Menor demanda de cooperación del enfermo. Facilita la supervisión.
- 4) Elimina el control y seguimiento posterior al esterilizar las lesiones;
- 5) Ataque bactericida esterilizante y por ende menor riesgo de cronificación.

A continuación resumimos algunos de los esquemas utilizados en quimioterapia moderna para el tratamiento de la TBC.

Las siglas utilizadas serán las siguientes:

S = Estreptomina; H = Isoniacida;
 R = Rifampicina; Z = Piracinamida (puede ser
 reemplazada por Ethambutol) TH = Tioniaci-
 da. El número a la izquierda de las siglas indi-
 ca el período en meses del ataque inicial. El
 número a la derecha y abajo de cada sigla sig-
 nifica las aplicaciones por semana de las
 drogas.

| ESQUEMAS | CURACION | DURACION |
|---|----------|----------|
| 2-S H R Z/S ₂ H ₂ Z ₂ | 96% | 6 m. |
| ó /T H | 93% | 6 m. |
| (Venezuela y Chile) | | |
| 2-H ₃ S ₃ R ₃ Z ₃ /S ₂ H ₂ Z ₂ | 95% | 6 m.* |
| 1-S H R Z /S ₂ H ₂ R ₂ | 99% | 8 m. |
| ó /T H | 95% | 8 m. |
| 2-S H R Z /H R | 92% | 4 m.* |
| (*) Inf. Preliminar. | | |

Medicina



CONTADOR DE CELULAS

Sistema autorizado que nos reporta seis parámetros hematológicos en 5 minutos.

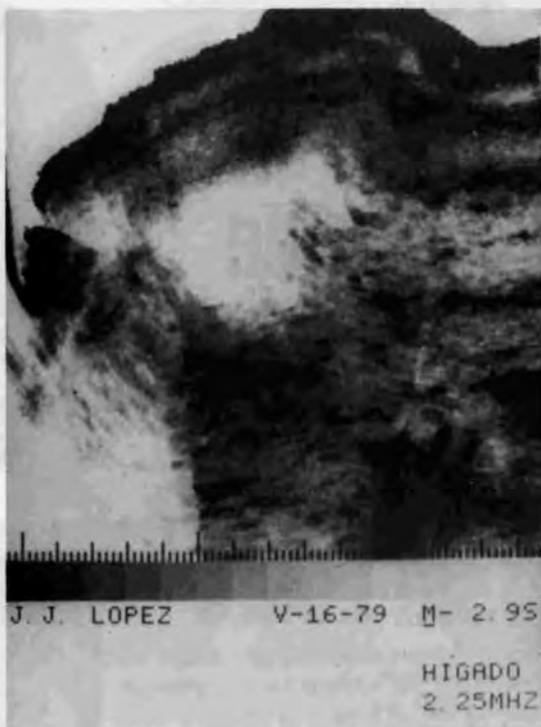
- 1- Recuento corregido de glóbulos rojos
- 2- Recuento total de glóbulos blancos
- 3- Hematocrito
- 4- Hemoglobina
- 5- Volumen corpuscular medio
- 6- Recuento de plaquetas.

Este equipo hace sus propias diluciones, gastando una mínima cantidad de sangre.

KEM-O-LAB:

autoanalizador para química sanguínea. Este equipo está diseñado para realizar doce pruebas diferentes, en un solo montaje, teniendo capacidad para correr en el mismo tiempo a 75 pacientes.

Moderna



El diagnóstico mediante ultrasonido es hoy una importante ayuda médica. Esta técnica es capaz de reproducir estructuras finas con gran detalle y por un procedimiento totalmente inocuo. Hasta la fecha no ha sido acompañada de morbilidad o mortalidad alguna y poseyendo estas ventajas no es sorprendente su rápida expansión. Las técnicas ultrasónicas se usan hoy para una amplia variedad de propósitos diagnósticos, siendo los más importantes el obstétrico, abdominal, cardiológico y tiroides.

CLINICA PALERMO

Av. 42 No. 22-05 Bogotá

BONOS CAFETEROS:

**La
inversión
más
rentable
con
liquidez
inmediata,
sin costo
de
comisión.**

Al invertir sus recursos temporales de tesorería en Bonos Cafeteros, usted o su empresa obtienen renta pagadera mensualmente.

Se compran y se venden sin costo de comisión en cualquiera de las 300 oficinas del Banco Cafetero.

Solicite custodia gratuita de sus Bonos en el Banco Cafetero.

Por sus múltiples ventajas, se han colocado ya más de \$ 5.000 millones en Bonos Cafeteros

Respaldados por



**FEDERACION
NACIONAL
DE
CAFETEROS
DE
COLOMBIA**