

La tuberculosis, enfermedad emergente

RAYMUNDO PAREDES SIERRA

Miembro del Seminario El Ejercicio de la Medicina, UNAM.

Un hombre inteligente debe entender que la salud es la posesión más valiosa de la gente.

Hipócrates

La población del México posrevolucionario, pobre, desnutrida y alcohólica, predominantemente asentada en las zonas rurales y en las marginadas de las “grandes” ciudades del país, fue campo propicio para la proliferación de la tuberculosis que diezmaba a los individuos productivos –la mayor mortalidad se presentaba entre los 30 y 50 años de edad– y preocupaba a los médicos, las autoridades sanitarias y la población general (tabla 1).

En 1906 un médico mexicano la definió como “mal terrible, formidable enemigo de la especie humana, cuyos estragos sobre la Tierra, cada vez más considerables, superan a los de la peste, la guerra y el hambre juntas”. Fue motivo constante de análisis, búsqueda de causas, condicionantes y medidas tendientes a disminuir su propagación y mortalidad, desde el aislamiento domiciliario de enfermos hasta el confinamiento en hospitales para tuberculosos, tísicos o afectados de peste blanca como también se le conocía. Las acciones formales para el control de la enfermedad se iniciaron en 1907 con un discurso del doctor Eduardo Liceaga en una sesión de la Academia Nacional de Medicina: la primera campaña de lucha contra la tuberculosis, que se propuso:

-Persuadir a los industriales para que crearan seguro médico para los pobres y trabajadores, que permitiera su atención oportuna.

-Que los políticos hicieran efectivas las leyes que prohibían escupir en el suelo en la calle y en todos los sitios públicos.¹

-Informar que la enfermedad es curable, para que la gente pudiente participara en la edificación

de sanatorios para atender a los niños, jóvenes y adultos afectados por la peste blanca.²

-Educar a la población para que cada ciudadano se convierta en guardián de su propia salud y agente de prevención de la tuberculosis.

A partir de esa campaña, se crearon pabellones especiales para hospitalizar enfermos de tuberculosis. El primero fue el del Hospital General de México (1904-) y posteriormente el Hospital de Huipulco (funcionó desde 1936 hasta 1982, año en que se transforma en el INER) y el de San Fernando; en ellos se atendían enfermos crónicos avanzados que requerían del tratamiento de la época que consistía en resecciones, toracoplastias y neumotórax. Funcionaron hasta la década de los años ochenta. Entre 1960 y 1970 se modificó el tratamiento, que de ser quirúrgico con reclusión hospitalaria, pasó a ser ambulatorio con quimioterapia.

El tratamiento médico-farmacológico sufrió cambios notables; en los principios del siglo xx y hasta los años 30, se utilizaban el aceite de hígado de bacalao y medicamentos tónicos iodurados, fosforados y arsenicales que se abandonaron poco a poco y, en su lugar, se emplearon guayacoles, ácido fluorhídrico, cinámico, yodoformo, aldehído fórmico y creosota que fue la que más se recetaba antes del empleo de sustancias “bactericidas” de la época que, según los expertos, hacían más mal que bien. Esta situación se mantuvo hasta mediados de la década de los años 40, cuando se agregaron tratamientos quirúrgicos. Se dieron cambios notables cuando surgieron los medicamentos antituberculosos, con lo cual se inició una disminución paulatina de la morbilidad y mortalidad por esta enfermedad. En 1922, la mortalidad por tuberculosis en todas sus formas tenía una tasa de 79.1 por 100 mil habitantes, para 1971 había descendido a 17.9. Sin embargo aún se consideraba un

problema de salud pública por lo que el IMSS, en 1973, puso en práctica el Programa de Control de la Tuberculosis que tenía como ejes la prevención mediante vacunación con BCG² a niños entre tres meses y 16 años, educación a la población, detección y tratamiento de enfermos y quimioprofilaxis con isoniazida a contactos PPD negativos o con reacción mayor a 10 mm. La SSA instrumentó diversos programas para el control de la enfermedad basados en la detección de enfermos y localización de contactos, mediante catastro torácico con unidades móviles en centros de trabajo y comunidades. Con estas acciones, se logró que de ser de las primeras causas de muerte a principios del siglo XX pasara a ser el número 19 en el año 2000. Esta tendencia se vio interrumpida por la aparición del síndrome de inmunodeficiencia adquirida a mediados de los 80, su rápida distribución en el mundo y su comportamiento pandémico con enfermedades asociadas por la falla inmunológica como la tuberculosis, a la que hizo resurgir y comprometió la posibilidad de su control y erradicación en algunos países. A esta situación se deben agregar el crecimiento de la pobreza y otros problemas sociales en nuestro país que requirieron atención prioritaria y ocasionaron que la lucha contra la tuberculosis se mantuviera en segundo plano. Otro factor a considerar es la resistencia del bacilo tuberculoso a las drogas antifímicas como consecuencia de la falta de apego al tratamiento por parte de los enfermos y a la mala planeación del mismo por el médico, como la TB multirresistente (MDR TB) y la TB extensivamente resistente (XDR TB) que la han convertido en enfermedad emergente y nuevamente en un problema de salud pública. La Secretaría de Salud emitió la Norma

Oficial Mexicana para observancia obligatoria que pretende controlar estos problemas, la NOM-006-SSA2, modificada en 1993 y en 2000 en la que se incluyen recomendaciones para la prevención y tratamiento de la tuberculosis, el esquema para el tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES) y la conducta a seguir en pacientes con VIH-SIDA con y sin tuberculosis con lo que se espera detener el avance de la enfermedad. Las autoridades sanitarias deberán mantener las campañas de educación de la población y de control sobre estas enfermedades, ya que mientras no se disponga de vacunas efectivas contra el SIDA y la tuberculosis y de persistir las condiciones de inequidad en salud y educación, se corre el riesgo de epidemias incontrolables por estos padecimientos.

- 1 Se sabía desde 1882, con el descubrimiento del bacilo tuberculoso por R. Koch, que la enfermedad se transmitía al inhalar el bacilo proveniente de la expectoración de los enfermos que, al exponerse al aire y el sol, se secaba y "volaba" por los aires y era inhalado por personas susceptibles que enfermaban.
- 2 A fines de los años 60 y principios de los 70 la vacunación con BCG era bastante irregular, en parte por la falta de campañas formales y en parte por el temor de los médicos y los padres a las reacciones por la vacuna; eran frecuentes las adenitis axilares y la "becegeitis" que requerían tratamiento con hain. Fue hasta que se instituyó, en 1972, el Programa Nacional de Vacunación que la BCG se aplicó al nacimiento y de forma obligatoria y se logró la disminución de las formas graves: tuberculosis miliar y meningocéfálica.

Tabla 1 Ubicación de la tuberculosis entre las primeras causas de muerte 1922-2000

Programa de control de tuberculosis, IMSS, 1973.

Sitio/Año	1922	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000
8	X	X			X				
9			X	X					
10									
11						X	X		
12								X	
19									X

Carrillo A. M., "Los médicos ante la primera campaña anti-tuberculosa en México", *Gac Méd Méx*, 2001; 137(4), pp. 361-369

Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993 para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud.

Pacheco G. J. D., "Algunas consideraciones sobre la tuberculosis en el sida: aspectos más relevantes", *Rev. Fac Med, UNAM*, 2000; 43(2), pp. 49-51.