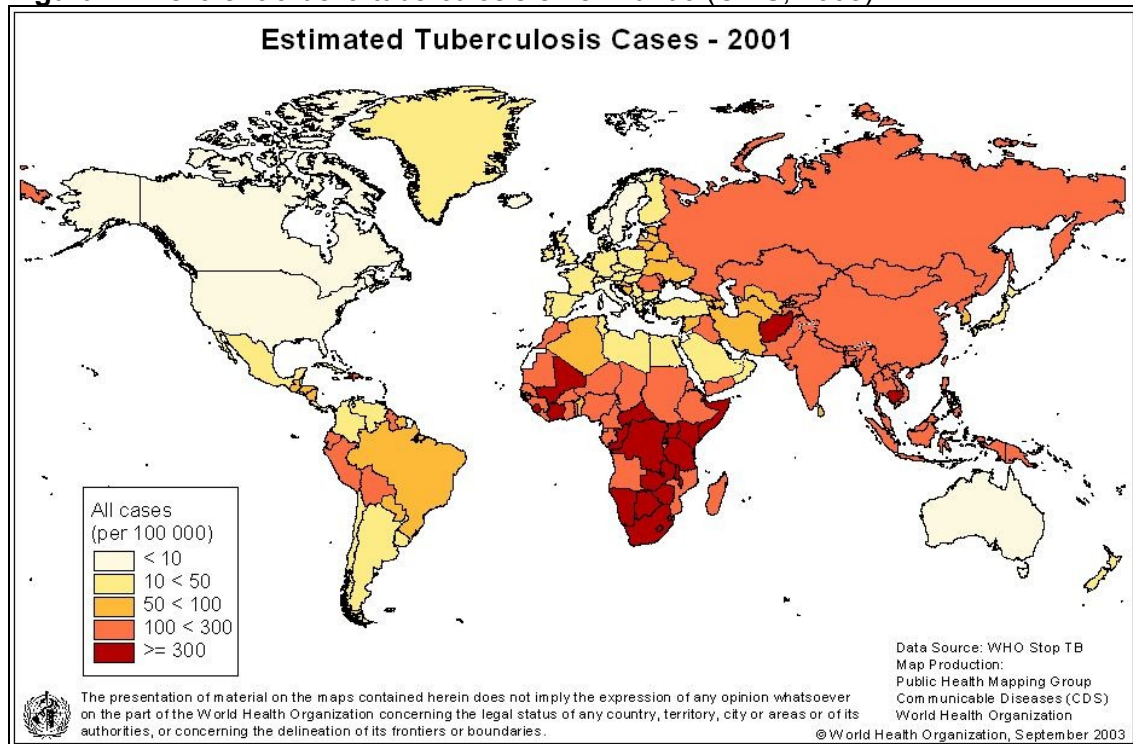


TUBERCULOSIS

Se considera que un tercio de la población mundial está infectada por el *Mycobacterium tuberculosis*, también llamado bacilo de Koch o, simplemente, BK. Se estima en 8 millones el número de nuevos enfermos al año (1998), de los que 619.000 son VIH (+). En las regiones pobres como África o el sudeste asiático su tasa de prevalencia es de alrededor de 200 por cien mil habitantes, es decir, 2 de cada mil habitantes en dichas zonas tienen tuberculosis (la mitad en América Latina). De los casi 2 millones de tuberculosos que mueren al año, unos 365.000 son VIH (+), luego figuran en las estadísticas como muerte por SIDA.

Figura 1. Prevalencia de la tuberculosis en el mundo (OMS, 2003)



Entre las causas del aumento de esta enfermedad podemos citar:

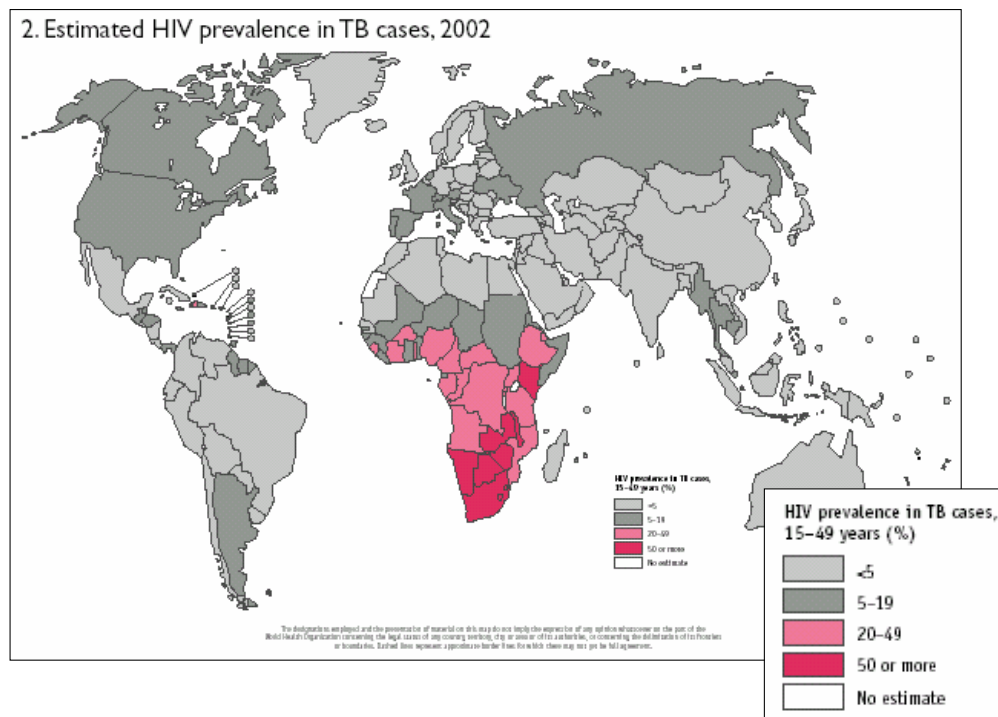
1. Aumento demográfico, con
 - Empeoramiento de las condiciones socio-económicas.
 - Movimientos migratorios masivos.
 - Hacinamiento.
 - Malnutrición.
2. Aumento de la infección por VIH.
3. Ineficacia de los programas (TB multi-resistente).

La forma más típica de TBC es la pulmonar, caracterizada por fiebre vespertina, debilidad importante y tos, a veces con sangre. Otras veces se manifiesta mediante la aparición de ganglios sobre todo en cuello. Existen

también formas diseminadas de tuberculosis, genital, renal, intestinal, meningitis o afectando a las articulaciones. El signo de sospecha más importante de TBC pulmonar a nivel de Atención Primaria es la tos de más de un mes, particularmente si se arrancan flemas con sangre. Las otras formas suelen ser muy difíciles de diagnosticar, salvo por su carácter crónico y debilitante y los múltiples tratamientos antibióticos fallidos recibidos.

La TBC afecta al 40-50% de los pacientes VIH(+) en África, siendo responsable de un 40% de las muertes. Igualmente, en personas con infección por VIH hay mayor incidencia de formas pulmonares difusas y de formas extrapulmonares, especialmente ganglionar y meníngea.

Figura 2. Prevalencia estimada de VIH (+) en pacientes tuberculosos, 2002



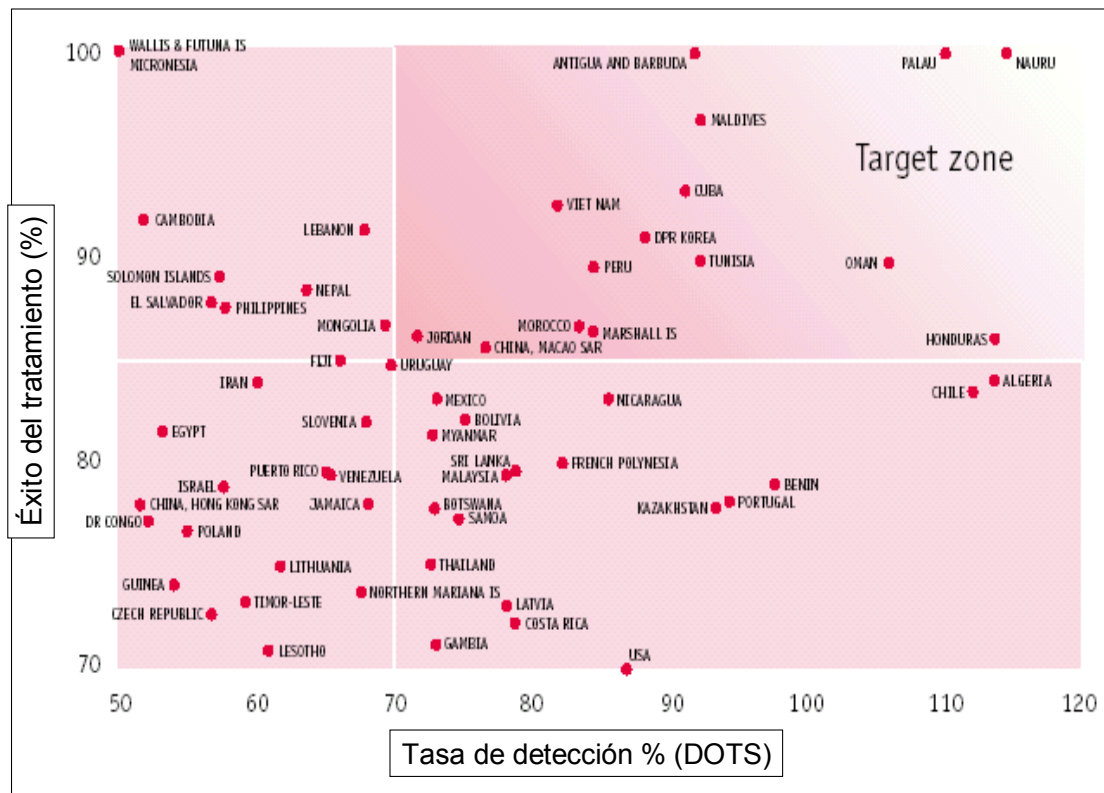
Fuente: Global tuberculosis control, Informe OMS 2004

Se denomina paciente BK(+) a aquél que elimina el bacilo con el esputo y que es, por tanto, contagioso. De sus contactos, se considera que aproximadamente el 5% quedarán infectados. De estos, un 5-10% desarrollarán la enfermedad tuberculosa en los primeros 5 años tras el contagio, mientras el resto tendrán una infección crónica latente, que puede convertirse en enfermedad (5-15%), favorecida por factores tales como alcoholismo, desnutrición, edad avanzada o infección por VIH.

El objetivo de la Organización Mundial de La Salud en la lucha contra la tuberculosis es detectar el 70% de los casos BK(+) existentes y curar al 85% de los mismos. A excepción de las urgencias (meningitis y tuberculosis

diseminada), las formas BK(-) son menos graves y no contagiosas, por lo que no se consideran prioritarias. La siguiente Figura muestra la disparidad en el cumplimiento de ambos objetivos según los diferentes países.

Figura 3. Situación actual de la lucha antituberculosa



Como se deduce de lo anterior, en ningún caso debe iniciarse un programa de lucha contra la tuberculosis si no se cumplen las condiciones mínimas señaladas en el cuadro siguiente.

Cuadro 1. Condiciones mínimas para iniciar un programa de lucha contra la TBC

1. Urgencia y prioridades de base controladas.
2. Región estable, proyecto a largo plazo (>12-15 meses).
3. Establecer un protocolo terapéutico (de preferencia, el nacional, si existe).
4. Laboratorio competente (no se precisa Rayos X).
5. Supervisor competente y estable.
6. Captación activa de abandonos.
7. Registros necesarios: laboratorio, ficha individual, etc.
8. Evaluación de funcionamiento.
9. Abastecimiento regular y stock de seguridad de 3 meses al menos, que permita completar los tratamientos con 3-4 fármacos durante el período establecido (6 meses o más).
10. "Favorecedores" de la continuidad del tratamiento (por ejemplo, suplementos de alimentos, en particular durante la "fase de ataque").

Fuente: Médicos sin Fronteras: Política de acción frente a la tuberculosis

El tratamiento se divide en dos fases: 1) inicial (llamada "de ataque"), que consigue un buen control de los síntomas y elimina el bacilo del esputo, haciendo que los pacientes dejen de ser contagiosos, y 2) de mantenimiento, que permite la curación definitiva, erradicando el germen del organismo. En esta segunda fase, los pacientes suelen encontrarse bien, prácticamente sin síntomas, por lo que es muy fácil que quieran dejar el tratamiento (sin estar en realidad curados). Una buena supervisión se convierte en la única manera de evitar recaídas y que el BK se vaya haciendo resistente a los fármacos utilizados. Lógicamente, los protocolos de tratamiento más cortos resultan más baratos a largo plazo, ya que facilitan la supervisión, reduciendo el número de abandonos y, por tanto, las resistencias.

La supervisión del tratamiento consiste al menos en:

- Observar directamente la toma, en particular de Rifampicina.
- Hospitalizar si precisa (Fase de ataque).
- Captación activa de abandonos.
- Suplementos de alimentación.
- Relación de confianza personal-paciente.

Si se cumplen las condiciones, el programa debe limitarse inicialmente a analizar al microscopio el esputo de los pacientes con tos de más de un mes

que acuden por su propia voluntad a los servicios de salud (primera etapa: diagnóstico pasivo), y a tratar a los BK(+). Si la tasa de curación supera el 85% y disponemos de recursos suficientes, podemos pasar a la búsqueda activa de contactos directos, sobre todo niños < 5 años, y posteriormente al diagnóstico activo generalizado. La última etapa, una vez garantizadas las anteriores, sería la inclusión de BK(-).