

Editorial

La tuberculosis un viejo problema con nuevos desafíos

La tuberculosis ha acompañado al hombre durante toda su historia; de hecho existen evidencias de lesiones óseas en momias egipcias (1). En el año 460 A.C. Hipócrates definió la tisis como la enfermedad más extendida y fatal de todos los tiempos (2). Veinticinco siglos después la Organización Mundial de la Salud OMS (1994) (3) declaró la tuberculosis como una emergencia mundial. Hoy existen más personas con tuberculosis en el mundo de las que haya existido a lo largo de la historia de la humanidad, y es la enfermedad infecciosa que causa mayor número de muertes (1,7 millones/año) (4).

En la actualidad el 80% de los casos de tuberculosis se concentran en 22 países, siendo este el fiel reflejo de las enormes diferencias económicas y sociales de la población. En Latinoamérica, Perú presenta la tasa de incidencia más alta, con 300 casos por 100.000 habitantes (5). Colombia tiene un lugar intermedio, reporta una incidencia de 25 casos por cada 100.000 habitantes (6). En el departamento de Risaralda (Colombia), la ocurrencia promedio es de 58 casos por 100.000 habitantes, y existen municipios con episodios aún superiores como Pereira (79,39), La Virginia (78,97) y Pueblo Rico (94,96) (7).

Con el conocimiento que se tiene actualmente de la tuberculosis y sus determinantes, se está en capacidad no solo de controlarla sino de erradicarla, pues se cuenta con métodos probados de diagnóstico y esquemas de tratamiento que la curan. No obstante, existen múltiples factores que perpetúan el problema, tales como la iniquidad social, la pandemia de la infección del VIH/SIDA, el incremento de las poblaciones de riesgo, las deficiencias en los programas de control de la tuberculosis y uno que adquiere relevancia en los últimos años: la fármaco resistencia (FR), término que comprende la Tuberculosis Multidrogo-resistente (TB-MDR) (resistencia a la isoniacida y rifampicina), y la Tuberculosis Excesivamente drogo-resistente (TB-XDR) (resistencia a la isoniacida, rifampicina, quinolonas y a un aminoglicósido).

El 85% de los casos de Tuberculosis Multidrogo-resistente, se presentan en 27 naciones del mundo, especialmente en la India, China y países de la ex Unión Soviética (8). Colombia está dentro de los 58 países que hasta el 2009 reportaron por lo menos un caso de Tuberculosis Excesivamente Drogo-resistente, y los departamentos de Risaralda, Cauca, Valle del Cauca, Antioquia y Arauca, han reportado casos de TB-XDR.

Para la OMS y el Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC), un solo caso de TB-XDR debe ser manejado como una situación de emergencia sanitaria, hecho que no se cumple en la mayoría de los países que los reportan.

Esta resistencia a los fármacos se ve favorecida por el alto porcentaje de abandono al tratamiento (superior al 10% en nuestro medio), poco compromiso de los médicos en el seguimiento de las guías de diagnóstico y método, la búsqueda inadecuada de la estrategia de Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES/DOTS) en las IPS de primer nivel, y las barreras administrativas de las aseguradoras para la autorización de los medicamentos de segunda línea en caso de TB-FR.

El reto actual está en fortalecer las actividades de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento en los primeros niveles de atención, ya que la tuberculosis es la enfermedad del adulto más costo/efectiva, pues el precio promedio del tratamiento de un paciente con tuberculosis pulmonar es de \$19 USD, el de una Tuberculosis Multidrogo-resistente entre \$4.500 a \$9.000 USD (9), sin tener en cuenta el impacto social, en calidad de vida y los dilemas éticos a que se enfrenta la sociedad en la atención o no de un paciente no adherente al tratamiento, que por su condición incrementa el riesgo de fármaco resistencia y la posible diseminación de cepas Multidrogo-resistentes, que de no tratarse contagiará a 20 personas en un año con los problemas que esto conlleva.

Es necesario hacer un llamado a los actores del sistema de salud para aunar esfuerzos que propendan por el fortalecimiento del programa, cumpliendo las metas de captación de sintomáticos respiratorios, con baciloscopias al 80% de ellos, iniciándole tratamiento al 75% de los casos y logrando la curación de mínimo el 85% de los pacientes que lo inician.

Solo así se estará en capacidad, no de erradicar la tuberculosis de nuestro medio, pero sí de lograr las metas de eliminación que se establecieron en el Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis 2010-2015 (10).

Jhon Gerardo Moreno Gómez

Médico y Cirujano. Universidad Tecnológica de Pereira

Docente Auxiliar de la Universidad Tecnológica de Pereira

Coordinador del programa de Tuberculosis y Lepra de la Secretaría Departamental de Salud de Risaralda

-
1. Caminero J. A. An. Sist. Sanit. Navar. 2007; 30 (Supl. 2): 163-180
 2. Caminero J. A. ídem
 3. World Health Organization. Framework for effective tuberculosis control. World Health Organization Document 1994;WHO/TB/94.179: 1-7
 4. Blanc L, Falzon D, Fitzpatrick C, Floyd K, Garcia I, Gilpin C, et al. Global tuberculosis control: WHO report 2010. [On line]. Geneva: World Health Organization; 2010. [cited 2011 March 14]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564069_eng.pdf
 5. Stop TB. <http://www.stoptb.org/countries/tbdata.asp> consultado 12-07-2011
 6. Ministerio de la Protección Social. Plan Estratégico Colombia libre de Tuberculosis 2010-2015
 7. Secretaría Departamental de Salud de Risaralda. Programa de tuberculosis-2010
 8. World Health Organization, GlobalTuberculosis Control 2010. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564069_eng.pdf
 9. Médecins Sans Frontières (MSF), International Union Against Tuberculosis and Lung Disease DR-TB_UnderMicroscope March 2011
 10. Ministerio de la Protección Social. Op.cit. p 9