



¿DONDE TRATAR NUESTROS TUBERCULOSOS?

P. de March
Barcelona

Aunque no se ajusta a la realidad, es opinión frecuente que en España existe un incremento de la tuberculosis criterio que se apoya en las estadísticas oficiales en aumento, la crisis económicosocial, el desencanto general que llevó a considerarla eliminada, el elevado número de tuberculosos ingresados en los hospitales y la dramática influencia de la infección HIV/SIDA. Estas circunstancias replantean dónde situar al tuberculoso para su mejor asistencia, lo que puede haber suscitado la oportunidad de una reapertura de los viejos sanatorios o incluso la creación de «sitorios para tuberculosos». El país presenta una probable incidencia de enfermos del 60 por 10⁵ (el riesgo anual de infección obtenido en Barcelona en 1988 del 0,15 %, es el que tenía Finlandia en 1977¹, en que declaró una incidencia del 65,7 por 10⁵) y la población global infectada es del 30 %², lo que nos sitúa entre los peores países de la Comunidad Europea y aseguran que la tuberculosis permanecerá durante varias décadas como un problema de salud pública, por lo que precisan orientaciones para encauzar el tratamiento de estos enfermos.

A tal fin, basta efectuar una breve historia de lo acontecido en los países que nos adelantan en el declinar de la tuberculosis, utilizando en especial los informes emitidos por los comités de expertos de las asociaciones americanas. Desde que a finales del siglo pasado Brehmer y Detweiler lo instituyen, el régimen sanatorial condicionó el tratamiento del tuberculoso, lo que no modifica el advenimiento de la colapsoterapia, ni los inicios de la quimioterapia. Por ello, en 1954 la American Trudeau Society sigue defendiendo el *strict bed rest* sanatorial y, aunque en 1955 reconoce la importancia de la quimioterapia, en 1958 estima que la hospitalización preliminar sigue siendo esencial. El mismo criterio mantiene en 1961 y 1966 la American Thoracic Society (ATS). No obstante, el vaciamiento de los sanatorios se inicia masivamente en 1957; en 1969, la ATS y en 1972, la American Hospital Association y el American College of Chest Physicians señalan que el hospital general es el lugar adecuado para tratar el tuberculoso.

Sin embargo, el concepto que prevalece es el de quimioterapia en vez de hospitalización, bajo la consigna de que la tuberculosis debe retornar a la corriente principal de la medicina, abogándose por el tratamiento domiciliario y ambulatorio³⁻⁸, criterio apoyado por la ATS en 1976.

El trasvase del sanatorio al hospital general desencadena intensas polémicas, al comprobarse retrasos diagnósticos y tratamientos incorrectos en más de la mitad de los ingresados⁹⁻¹³. En 1983, la ATS considera que el tratamiento del tuberculoso debe ser completamente ambulatorio, incluso en enfermos con síntomas severos y toda controversia finaliza en el Consensus Statement efectuado en 1984 en una conferencia que reúne expertos de EE.UU y Canadá¹⁴, quienes establecen que la tuberculosis debe ser tratada en régimen de ambulatorio excepto en casos de peligro de muerte, graves reacciones medicamentosas, coexistencia de otra patología que justifique la hospitalización y por limitadas causas sociales; se añade que los no colaboradores deben ser confinados por medios legales.

Una encuesta realizada en 1984 sobre los 28 departamentos metropolitanos con más de 200 casos de tuberculosis anuales, demuestra que se hospitalizan el 38 % de ellos, y que el 96 % de los centros sólo ingresan tuberculosos graves¹⁵.

En Europa, la evolución es similar, pero la British Thoracic Society lamenta que en Inglaterra y Gales se ingrese el 78 % de tuberculosos, muchos para diagnóstico, segregación o causas sociales^{16,17}. En Escocia ingresaron en 1978 el 70 % y en 1982 el 65,6 %, razonando investigación el 28 % y 35 %, urgencia el 9 % y 12 % y motivos sociales el 8 % y 8 %, respectivamente^{18,19}. Francia aboga por el tratamiento ambulatorio desde 1975 a través del Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale²⁰ y Holanda ha mantenido su red dispensarial ajustada al declive de la tuberculosis; en 1983 conserva 54 de estos centros para una población de 14,5 millones de habitantes con una incidencia del 9,9 por 10⁵, y únicamente el 56 % de los tuberculosos recibieron una corta hospitalización inicial^{21,22}. La necesidad de estos servicios ambulatorios especializados con o sin dependencia del hospital, también es reconocida en EE.UU. Una reciente comparación entre tratamiento ambulatorio por clínica general o especializada proporciona resultados incuestionables a favor de esta última^{7,23}. Escocia con una incidencia del 15 por 10⁵ en 1982 mantiene asimismo sus estructuras especializadas¹⁹. La Comisión de tratamiento de la Unión Internacional contra la Tuberculosis estima en 1987 que es un error presumir que la supervisión sea mejor en los pacientes hospitalizados²⁴.



Japón constituye la única excepción entre los países industrializados, pues desde 1971 ingresa por ley a todo enfermo o *sospechoso* de afección pulmonar micobacteriana, habiendo logrado un declive de la incidencia desde el 133,1 a sólo el 46,3 por 10⁵ entre 1971 y 1984²⁵.

Estas decisivas informaciones fueron ignoradas en España y, a pesar de que el 1959 habíamos demostrado que el tratamiento sanatorial había perdido todas sus indicaciones²⁶, en 1965-1973 el Plan Nacional de Erradicación abogaba por una severa cura de reposo en sanatorio y que debía evitarse una excesiva confianza en la quimioterapia, lo que resultaba exacto con el inadecuado régimen propugnado. Sin embargo, los sanatorios se vaciaron porque su asistencia de 2.ª o 3.ª categoría resultaba obsoleta frente a una demanda social de servicios de mejor calidad, lo que condujo al ingreso del tuberculoso en las residencias y hospitales de tercer nivel contribuyendo a su masificación, gastos absolutamente desproporcionados y donde cabe aceptar que no siempre reciben una quimioterapia óptima, muy especialmente en los difíciles retratamientos.

Mientras en EE.UU el cierre de los sanatorios públicos supuso la transferencia de sus fondos a los cuidados ambulatorios²⁷ o para camas de largos cuidados de atención social a tuberculosos²⁸, en nuestro país no existe constancia se destinaran a fines similares.

Actualmente ingresan en hospitales el 69,7 % de los tuberculosos de Barcelona ciudad²⁹ y el 84 % de una importante área de su provincia³⁰, porcentajes que se reducen extraordinariamente si intervienen servicios especializados. Entre el 70 % y 90 % de tales ingresos se efectúan a través de los servicios de urgencia. Contribuye a aumentar la confusión en determinados medios, la aplicación del método tercermundista de incorporar la atención del tuberculoso en la Asistencia Primaria, situación que nunca se ha planteado en los países industrializados. En el mundo subdesarrollado tal proceder lo único que a veces ha logrado es la desintegración de sus frágiles estructuras especializadas³¹ y su problemática incluso no ha sido resuelta en tales países para obtener la integración^{32,33}. Debido a los apoyos para integrar la atención del tuberculoso en la Asistencia Primaria y la intervención de otros poderosos intereses fácticos, Cataluña perdió en 1981 la oportunidad de establecer un reducido número de Centros de Referencia donde concentrar la asistencia del tuberculoso, partiendo de estructuras idóneas existentes y motivadas. Se habría obtenido un impacto epidemiológico al racionalizar el control de la tuberculosis; solamente en Barcelona ciudad un ahorro estimado en 200 millones de pesetas anuales²⁹, además de contribuir a mejorar la congestión hospitalaria y a la educación del público al respecto. Si actualmente el tratamiento del tuberculoso es mucho más fácil debido a la quimioterapia corta y las correctas asociaciones de fármacos que impiden la monoterapia, los errores terapéuticos siguen teniendo la misma gravedad personal y comunitaria.

En la década de los años setenta, los resultados obtenidos en numerosos centros considerados como especializados, sólo lograban un 34 %-70 % de éxitos inmediatos en el tratamiento del tuberculoso³⁴, pero mucho más grave es que actualmente en Barcelona únicamente se obtengan un 40,7 %-50,7 % de curaciones, porque aún suponiendo que también la consiguen el 35,7 %-37,8 % de los enfermos en curso, los resultados quedan muy lejos del 100 % alcanzable²⁹.

Debe pues concluirse que no son necesarios sanatorios para tuberculosos y sí únicamente un muy reducido número de camas hospitalarias para atender situaciones extraordinarias; pero es obvio que no podrán evitarse ingresos injustificados mientras el tuberculoso no tenga a su disposición un centro cualificado que le atienda en forma especializada y además gratuita como le resulta el hospital.

El control de la tuberculosis en indigentes y marginados:

Este grupo, que comprende a algunos ancianos, psicópatas, alcohólicos, drogadictos y asociales, muchos de ellos sin hogar, presentan una prevalencia muy elevada de tuberculosis activa que el Centers for Diseases Control estima entre 1,6 % al 6,8 % con tasas de 150 a 300 veces superior a la población general³⁵; con frecuencia son recidivados o crónicos bacilíferos durante más de dos años. Su importancia epidemiológica obedece a que quizás³⁶ contribuyen a mantener la endemia en la comunidad, aunque la capacidad de contagio de los que excretan bacilos fármaco-resistentes permanece en discusión. Mientras en EE.UU su prevalencia de infección tuberculosa oscila entre 22 % y 50 %, en nuestra comunidad se aproxima al 100 %, y la tasa de tuberculosis activa alcanza en el distrito más deprimido de Barcelona el 193,20 por 10⁵, de los cuales el 20 % carecen de domicilio fijo²⁹. Sin embargo, no son exponentes de la situación general por cuanto la prevalencia de tuberculosis activa de Barcelona es muy inferior a la observada en EE.UU y Canadá^{37,38} donde no hay crónicos, pero sus áreas deprimidas tienen prevalencias del 629 por 10⁵.

En 1976 y 1977 la American Thoracic Society^{39,40} informó que la no colaboración de estos tuberculosos no es razón suficiente para justificar su hospitalización y en una reciente convención de expertos americanos se abogó por la quimioterapia ambulatoria, previo un aislamiento inicial en hospital, refugio o residencia especial, voluntario o por confinamiento legal; la medicación ambulatoria diaria o alterna debe ser supervisada e incentivada por comida gratis, alojamiento, tickets de autobús o artículos personales³⁵.

Más problemática es la asistencia a los crónicos no colaboradores o asociales sobre quienes existe una discrepante controversia entre los que estiman que cada ciudad o estado debe mantener camas de larga estancia⁴¹; los que consideran que es suficiente facilitarles asistencia domiciliaria⁴¹ con simple quimioterapia ambulatoria estimulada con atenciones sociales y



económicas y muy especialmente una dedicación médica^{27,43,44}, o bien un pupillage a través de refugios o pensiones que supervisen su tratamiento. No obstante, existe acuerdo general que para estos casos no debe reinventarse la rueda o sea el sanatorio-tipo⁴². El Ayuntamiento de Barcelona ha elegido la residencia asistida para los sin hogar, con o sin previo ingreso de 20 días en un servicio hospitalario según situación personal, con lo que inicia un proceder que merece ser contemplado similar al de Boston⁴⁵.

Respecto a los negros augurios que la infección HIV/SIDA puede ejercer sobre la tuberculosis, cabe estimar que si es probable un incremento transitorio del número absoluto de enfermos de tuberculosis debido a la elevada prevalencia de infección tuberculosa en la población española entre los 20-50 años (que oscila entre el 18 %-56 %),² no es previsible ningún resurgir de la tuberculosis sobre la población general y se señala que, en el aspecto epidemiológico, el SIDA no tendrá efecto significativo sobre la erradicación de la tuberculosis en los países desarrollados^{46,47}. En estos países la infección HIV/SIDA permanece concentrada en grupos minoritarios, en los que el problema esencial no es la tuberculosis sino la drogadicción y la pertenencia al grupo de riesgo del SIDA. En cuanto a la prevención y el tratamiento de la tuberculosis de estos enfermos debe realizarse donde reciban asistencia por la infección HIV/SIDA.

BIBLIOGRAFIA

1. Håro SA. Medición y utilización del indicador riesgo de infección en las poblaciones vacunadas con BCG. *Bol Un Intern Tuberc* 1984; 59:126-130.
2. March Ayuela P de. La evolución de la tuberculosis en España: situación actual. Dificultades y errores epidemiológicos. *Arch Bronconeumol* 1987; 23:181-191.
3. Stead WW. Care of tuberculosis patients in the 1970's after the sanatorium then what? *Chest* 1971; 60:309-315.
4. Bates JM. Ambulatory treatment of tuberculosis. An idea whose time is come. Editorial. *Am Rev Respir Dis* 1974; 109:317-319.
5. Reichman LB. Tuberculosis: Reentering the mainstream. Editorial. *Chest* 1975; 68:2-3.
6. Mc Donald RJ et al. The treatment of the problem patient with tuberculosis. *Am Rev Respir Dis* 1976; 113:401-402.
7. Riley RL. Rising tuberculosis rate in Baltimore City. Editorial. *Am Rev Respir Dis* 1976; 113:577-578.
8. Dutt AK et al. Follow-up of patients with tuberculosis in a General Hospital Program. Treatment largely as outpatients by community physicians. *Chest* 1978; 74:19-23.
9. Stead WW. Tuberculosis patients care of the future. *JAMA* 1971; 216:883-884.
10. Mc Gregor RR. A years experience with tuberculosis in a private urban teaching hospital in the post-sanatorium era. *Am J Med* 1975; 58:221-228.
11. Byrd RB et al. Treatment of tuberculosis by the non-pulmonary physicians. *Ann Intern Med* 1977; 86:799-802.
12. Greenbaum M, Beyt BE, Murray PR. The accuracy of diagnosing pulmonary tuberculosis at a teaching hospital. *Am Rev Respir Dis* 1980; 121:477-481.
13. Barnes PF et al. Chest roentgenogram in pulmonary tuberculosis. New data on an old test. *Chest* 1988; 94:316-320.
14. Iseman MD, Sbarbaro JA. Consensus statements. *Arch Intern Med* 1985; 145:630-631.
15. Left DR, Left AR. Tuberculosis control practices in major Metropolitan Health Departments in the United States: 3 standard of practice in 1984. *Chest* 1985; 87:206-211.
16. British Thoracic Society. Control and prevention of tuberculosis: a code of practice. *Br Med J* 1983; 287:1118-1121.
17. Horne NW. Control and prevention of tuberculosis: a code of practice. Editorial. *Thorax* 1984; 39:321-325.
18. Howie VK, Forbes GI, Urquhart J. Clinical data on notifications recorded between January and December 1978. *Scottish Pulmonary Tuberculosis Survey*, 1980.
19. Howie VK, Forbes GI, Urquhart J. Information on notifications recorded January to December 1982. *Scottish Respiratory Tuberculosis Survey*, 1985.
20. Lotte A et al. Traitement des tuberculeuses en France: Coût médical de ce traitement en 1974. *Rev Franç Mal Resp* 1975; 3:243-2460.
21. Geuns HA van. Lecture at a meeting in Sweden, Uppsala. *Selected Papers* 1987; 23:25-50.
22. Geuns HA van et al. Surveillance of diagnosis and treatment in the Netherlands. *Selected Papers* 1987; 23:51-77.
23. Werhane MI et al. A specialized clinic for treatment of tuberculosis. *Am Rev Respir Dis* 1988; 137 (2):25.
24. Comisión de Tratamiento de la UICTER. *Bol Un Intern Tuberc Enf Respir* 1988; 63:64-69.
25. Tsukamura M et al. Studies on the epidemiology of non-tuberculous mycobacteriosis in Japan. *Am Rev Respir Dis* 1988; 137:1280-1284.
26. March Ayuela P de. El valor actual del reposo y régimen sanatorial como coadyuvante de los tratamientos quimio-antibióticos. *Enf Tórax* 1959; 8:57-71.
27. Reichman LB. Long-term tuberculosis care. *Chest* 1988; 92:221-222.
28. Furth PA, Flynn JPG, Smith C. Long-term tuberculosis care. *Chest* 1988; 92:222.
29. Caylá JA et al. Programa de prevenció i control de la tuberculosi a la ciutat de Barcelona. Resultats de l'any 1987. *Ajuntament de Barcelona*, 1988.
30. Anònim. Programa de prevenció i control de la tuberculosi. Dades obtingudes durant l'any 1986. *Generalitat de Catalunya. Area de Gestió 7*, 1987.
31. Pío A. La tuberculosis como parte integrante de la Atención Primaria de Salud. *Bol Un Intern Tuberc Enf Respir* 1987; 62:132-135.
32. Report of a Joint IUAT/WHO Study Group. Tuberculosis control. *Tubercle* 1982; 63:157-169.
33. World Health Organization. Tuberculosis control as an integral part of primary health care. Geneva, 1988.
34. March Ayuela P de et al. Informe: La tuberculosis en Cataluña. *Generalitat de Catalunya*, 1983 (69).
35. Centers for Disease Control. Tuberculosis control among homeless populations. *MMWR* 1987; 36:257-259.
36. Nardell E et al. Is tuberculosis among the homeless a threat to the general population? *Am Rev Respir Dis* 1989; 139:A-398.
37. Grzybowski S. The impact of treatment programmes on the epidemiology of tuberculosis. *Tubercle* 1985; 66:69-72.
38. Grzybowski S et al. Inner-city survey for tuberculosis: evaluation of diagnostic methods. *Am Rev Respir Dis* 1987; 135:1311-1315.
39. American Thoracic Society. Guidelines for long-term institutional care of tuberculosis patients. *Am Rev Respir Dis* 1976; 113:253-254.
40. American Thoracic Society. Treatment of tuberculosis in alcoholic patients. *Am Rev Respir Dis* 1977; 116:559-561.
41. Yeager H, Medinger AE. Tuberculosis long-term care beds: Have we throw out the baby with bath water? *Chest* 1986; 90:752-754.
42. Sbarbaro JA, Iseman MD. Baby needs a new pair of shoes. *Chest* 1986; 90:754-755.
43. Pastel RK. Pulmonary tuberculosis in residents of lodging houses, night shelters and common hostels in Glasgow: A 5-year prospective survey. *Br J Dis Chest* 1985; 79:606-608.
44. Mc Donald RJ, Memon AM, Reichman LB. Successful supervised ambulatory management of tuberculosis treatment failures. *Ann Intern Med* 1982; 96:297-303.
45. Weidhaas S et al. Is long term hospitalization an effective tuberculosis control intervention among the homeless? *Am Rev Respir Dis* 1989; 139:A-398.
46. March Ayuela P de. La tuberculosis en España. *Tribuna Médica* 1988; 23:3-4.
47. Styblo K. Estudio y evaluación epidemiológica de la situación actual de la tuberculosis en el mundo y particularmente del control de la tuberculosis en los países en desarrollo. *Bol Un Intern Tuberc Enf Respir* 1988; 63:41-47.