

## Gaceta Médica de México

Volumen  
Volume 137

Número  
Number 1




Enero-Febrero  
January-February 2001

*Artículo:*




### La tuberculosis en México, deuda añeja de salud pública

Derechos reservados, Copyright © 2001:  
Academia Nacional de Medicina de México, A.C.

Otras secciones de  
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in  
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Medigraphic.com

# La tuberculosis en México, deuda añeja de salud pública

Rogelio Pérez-Padilla\*

El 29 de septiembre del 2000 se llevó a cabo el simposio "Tuberculosis, una enfermedad emergente" dentro de los trabajos del Congreso anual de la Academia Nacional de Medicina de México. El tema se escogió apropiadamente dada su relevancia nacional e internacional. A pesar de los grandes avances en el tratamiento de la tuberculosis, que hicieron pensar en una pronta erradicación de la enfermedad, en 1993 la OMS declaró para combatirla que la llamada peste blanca constituía una emergencia mundial. Poco después se propuso el tratamiento directamente supervisado, llamado en México TAES e internacionalmente DOTS. El deterioro en el control de la tuberculosis se debe a la aparición del SIDA, pero también al crecimiento de la pobreza y hacinamiento y al debilitamiento de los programas de control de tuberculosis.

El programa antituberculoso en México es tan deficiente que podríamos aprender considerablemente de países más pobres, como Nicaragua y Perú. Por un lado, se observa una discrepancia entre los reportes oficiales del programa de tuberculosis en México y las estimaciones de la OMS, mismos que se han descrito en las evaluaciones periódicas al programa mexicano. En el informe anual de la Secretaría de Salud, es claro el descenso, lento pero permanente, de la mortalidad por tuberculosis en el país, presente desde hace varias décadas y resultado del tratamiento medicamentoso, sea éste completo y curativo o incompleto. Sin embargo, el número de casos reportados se incrementó en años recientes aunque se ha ido normalizando. Estos datos implican un programa antituberculoso ineficiente desde el punto de vista de salud pública, ya que genera más pacientes potencialmente infectantes. Es muy factible un

reporte incompleto de enfermos tuberculosos que explica las discrepancias con las estimaciones de la OMS, que por lo menos, incluye al sector privado de la atención médica.

Las metas de la OMS de detectar al menos el 70% de los pacientes infectantes (bacilíferos) y curar al menos al 85% de ellos no se cumple en México para las zonas piloto bajo el programa TAES y quedan lejanas para el resto del país. Esas metas de la OMS son las que aseguran un control progresivo de la enfermedad como problema de salud pública y son un objetivo distante, entre otras cosas por la incoordinación entre las instancias de salud como el IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud, medicina privada y otros.

El fenómeno de resistencia a los medicamentos antituberculosos se identificó desde el momento en que se inició el uso de la estreptomina generando los tratamientos combinados. Recientemente han aparecido pacientes con resistencia a las principales drogas antituberculosas primarias. Para el paciente, la resistencia empeora el pronóstico ya que los medicamentos secundarios son más caros, menos eficaces y disponibles y más tóxicos. Las exigencias para el sistema de salud se incrementan también ya que además del gasto importante en drogas, se requiere de una vigilancia especializada y de un laboratorio competente que ofrezca cultivos y drogasensibilidad *in vitro*, disponible en muy pocos laboratorios de México. En general, los casos de tuberculosis drogoresistentes representan una falla del programa contra la tuberculosis que se puede eliminar al aplicar el sistema DOTS o TAES a nivel nacional, con un estricto control de calidad. Datos que confirman la deficiencia del programa los ofrece la prevalencia de resistencia inicial a una droga antituberculosa prima-

\* Director Médico Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Rogelio Pérez Padilla Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Tlalpan 4502 México DF, 14080 e-mail perezpad@servidor.unam.mx

ria en Oaxaca, Sinaloa y Baja California del 12.9% y a isoniazida y rifampicina, las más importantes, del 2.4%.<sup>1</sup> En otro estudio realizado en Orizaba Veracruz,<sup>2</sup> la tasa de resistencia inicial a una droga fue del 20.7% y la de resistencia múltiple inicial del 3.3%, cifras preocupantes y penosas.

Es claro que los trabajadores de la salud tienen riesgo de contagiarse de tuberculosis al trabajar con pacientes como se sabe desde hace mucho. En un estudio de seguimiento de 231 médicos y enfermeras sin infección tuberculosa (con prueba al PPD negativa) al inicio de la evaluación, en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición, se observó que la mitad se infectaba en 2 años,<sup>3</sup> de ellos una fracción hará enfermedad tuberculosa. Con la frecuencia creciente de resistencia antimicrobiana del bacilo tuberculoso, algunas de estas infecciones serán desde un inicio difíciles de curar. Esto refuerza la magnitud del riesgo y la necesidad de tomar medidas de prevención más estrictas en los hospitales. Algunas son relativamente sencillas, como mejorar la ventilación de las habitaciones, aislar a los enfermos y usar protección con mascarillas de alta eficiencia. Otras son costosas y difíciles de implementar, como tener filtros de aire o habitaciones con presión negativa; en países en desarrollo, mejorar la ventilación es factible todo el año y pueden hacer innecesarias las medidas costosas. La vigilancia de las infecciones tuberculosas en el personal de salud es otra de las obligaciones actuales incumplidas sistemáticamente.

En México, aproximadamente el 2-3% de los enfermos con tuberculosis son positivos al VIH y aproximadamente el 8% de los pacientes VIH positivos se presentan con enfermedad tuberculosa.<sup>4</sup> La tuberculosis empeora el control del VIH y viceversa, y la interacción entre la rifampicina y los inhibidores de proteasas anti VIH produce dificultades importantes en el tratamiento de los pacientes, por lo que se requiere la consulta de especialistas para atenderlos adecuadamente. La disponibilidad de estos centros es escasa.

Por si fuera poco, en nuestro país tenemos dificultad de obtener de manera confiable y pronta insumos elementales como el PPD, la isoniazida sola, y los antifímicos secundarios, importantes para varios aspectos del estudio y tratamiento de la tuberculosis, mencionados y recomendados aún en las normas oficiales mexicanas.

En conclusión, para el adecuado tratamiento de los pacientes con tuberculosis existen problemas y dificultades añejos que requieren de una atención adecuada inmediata. Nuestro país cuenta con la posibilidad de derivar más recursos al programa antituberculoso y los requiere urgentemente. Es bien conocido que la inversión en el tratamiento antituberculoso es una de las medidas de salud más costo-efectivas. En parte, el abandono del programa se debe a que los pacientes tuberculosos, socialmente marginados, no forman un grupo de presión para obtener tratamientos y atención adecuados. Esto se debe compensar por una presión del personal de salud y de las sociedades médicas, especialmente la de Neumología y Cirugía de Tórax y de la Academia Nacional de Medicina. La gravedad de la tuberculosis drogoresistente y algunas de las deficiencias del programa mexicano son discutidas en un editorial reciente<sup>5</sup> y representan una severa llamada de atención que esperamos sea escuchada ahora, aun cuando los informes de auditoría internacional ya lo hayan hecho notar desde hace varios años. Con un compromiso político para mejorar la situación de la tuberculosis, pueden irse resolviendo favorablemente el resto de las dificultades que actualmente observamos.

## Referencias

1. **Granich RM, Balandrano S, Santaella AJ, Binkin NJ, Castro KG, Márquez-Fiol A, Anzaldo G, Zárate M, Jaimes ML, Velázquez-Monroy O, Salazar L, Alvarez-Lucas C, Kuri P, Flisser A, Santos-Preciado J, Ruiz-Matus C, Tapia-Conyer R, Tappero JW.** Survey of drug resistance of Mycobacterium tuberculosis in 3 mexican states, 1997. Arch Intern Med 2000;160:639-644.
2. **García ML, Ponce de León A, Jiménez-Corona ME, Jiménez-Corona A, Palacios-Martínez M, Balandrano-Campos S, Ferreyra -Reyes L, Juárez- Sandino L, Sifuentes-Osornio J, Olivera-Díaz H, Valdespino-Gómez JL, Small PM.** Clinical consequences and transmissibility of drug-resistant tuberculosis in southern Mexico. Arch Intern Med 2000;160:630-636.
3. **Ostrosky-Zeichner L, Rangel-Frausto M, García-Romero E, Vázquez A, Ibarra MJ, Ponce de León Rosales S.** Tuberculosis en trabajadores de la salud: importancia de los programas de vigilancia y control. Salud Pública de México 2000; 42:48-52.
4. **García-García M de L, Valdespino-Gomez JL, Palacios-Martínez M, Mayar-Maya ME, García-Sancho C, Sepulveda-Amor J.** Tuberculosis y SIDA en Mexico, Salud Publica Mex 1995 Nov-Dec;37(6):539-48.
5. **Enarson DA.** Resistance to antituberculous medications (editorial). Arch Intern Med 2000;160:581-582.