

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA TUBERCULOSIS EN COLOMBIA

Jorge E. Victoria Restrepo*

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa potencialmente mortal, producida por una micobacteria del complejo *Mycobacterium*: *M. tuberculosis*, *M. bovis* o *M. africanum*, con diversas manifestaciones clínicas y con amplia distribución mundial, la cual se transmite de persona a persona por vía aérea al inhalar la persona sana las partículas infectantes que exhala el enfermo al toser, hablar o estornudar. Ha infectado alrededor de una tercera parte de la población mundial, aunque sólo uno de cada 10 infectados desarrolla la enfermedad. De las personas que desarrollan la enfermedad tuberculosa, más de la mitad morirán si no reciben el tratamiento adecuado. Un enfermo con tuberculosis pulmonar bacilífera tiene la probabilidad de infectar de 10 a 15 personas en el transcurso de un año. Aunque los pulmones son los órganos más comúnmente afectados, las lesiones también pueden ocurrir en riñones, huesos, ganglios linfáticos, sistema nervioso central y órganos genitales o diseminarse en todo el organismo, produciendo la muerte o secuelas que en muchas ocasiones son irreversibles, aunque ya no son contagiosas, si limitan diversas funciones del individuo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), declaró en abril de 1.993 que la Tuberculosis (TBC) había adquirido carácter de urgencia mundial, debido principalmente a una falta de atención a la enfermedad por parte de muchos gobiernos con programas de control mal administrados, el crecimiento demográfico y en los últimos tiempos el vínculo entre la TBC y la infección con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Según la OMS, cerca de la tercera parte de la población mundial está infectada con el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*. En el año 1.997 se reportaron más de nueve millones de casos nuevos de TBC con más de tres millones de muertes. La enfermedad sigue siendo una de las principales amenazas para la salud pública en las Américas, donde hay unos 400.000 casos nuevos por año y de 60.000 a 75.000 personas mueren de Tuberculosis anualmente, la mayoría de ellas en sus años económicamente productivos. El *M. tuberculosis* causa mayor mortalidad que cualquier otro agente infeccioso. Las muertes por TBC corresponden al 25% de la mortalidad evitable en países en desarrollo. El 95% de los casos de TBC y el 98% de las muertes ocurren en países en desarrollo y el 75% de estos casos ocurren en la población económicamente productiva (15-50 años).

* MD. M.Sc. Epidemiólogo. Asesor para el Control de la Tuberculosis. Ministerio de Salud. Bogotá.
Correspondencia: Dr. Jorge Victoria, Ministerio de Salud, Carrera 13 No. 32-76 Piso 12, Santafé de Bogotá.
E-mail: jovictor@minsalud.gov.co

La tuberculosis constituye aún un grave problema de salud pública en Colombia, a pesar que existen medios preventivos para evitar su incremento en la comunidad. Cada año se diagnostica un promedio de 10.000 casos nuevos de tuberculosis en el país, sin embargo el número real de casos nuevos de la enfermedad debe ser mayor. En este artículo, se describe el comportamiento de la TBC en Colombia durante los últimos años. Se analiza la situación epidemiológica y las tendencias anuales de la enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión de los archivos del Programa de Patologías Infecciosas del Ministerio de Salud con los que se construyó una base de datos, que incluyó variables como el año, número de sintomáticos respiratorios examinados con baciloscopia de esputo, número de baciloscopias realizadas, pacientes diagnosticados con baciloscopias positivas, negativas y por clínica; número de pacientes con formas extrapulmonares y distribución por grupos etáreos de los casos.

RESULTADOS

En Colombia, a diferencia de la mayoría de los países del mundo, no ha aumentado la tuberculosis en el curso de los años, por el contrario se aprecia un descenso perma-

nente a partir de 1970, cuando era de 58.6 casos por 100.000 habitantes, hasta 22.5 en 1998 (Figura 1). El número de casos fue de 12.522 en 1970 y de 9.155 en 1998.

Esta tendencia hacia la disminución, a pesar de ser estadísticamente significativa ($r^2 = 0,91$; $p < 0,05$; $\gamma = -1,1$), no es cierta y se debe a que desde esa época se ha disminuido la búsqueda de Sintomáticos Respiratorios con la consecuente disminución de número de casos diagnosticados. Vale la pena destacar que durante los últimos 12 años se ha disminuido la búsqueda de casos mediante las baciloscopias de esputo, pues de 206.577 se pasó a 149.954 personas examinadas, a pesar del aumento de la población (Figura 2).

La correlación entre el número de Sintomáticos Respiratorios Examinados con Baciloscopia de esputo y la incidencia de casos positivos fue $r^2 = 0,87$ ($p < 0,05$), lo cual nos indica que a medida que incrementamos la búsqueda y examen de sintomáticos respiratorios, aparecen los casos positivos.

Preocupa bastante como cerca del 80% de los casos de tuberculosis que se diagnostican en el país corresponden a la forma infectiva de la enfermedad, es decir que son positivos a la baciloscopia de esputo (Figura 3).

Así mismo, en los últimos años hubo una marcada disminución de casos de tuberculosis en la población menor de 15 años.

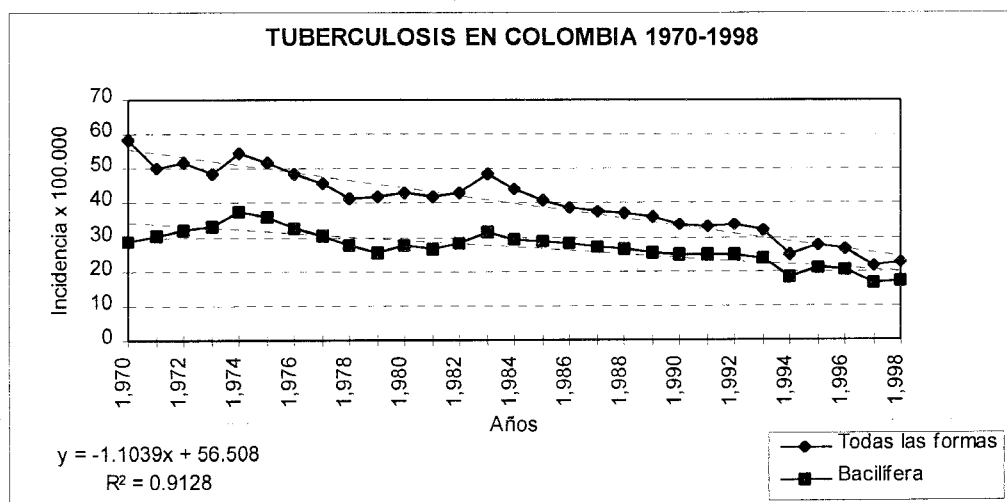


Figura 1

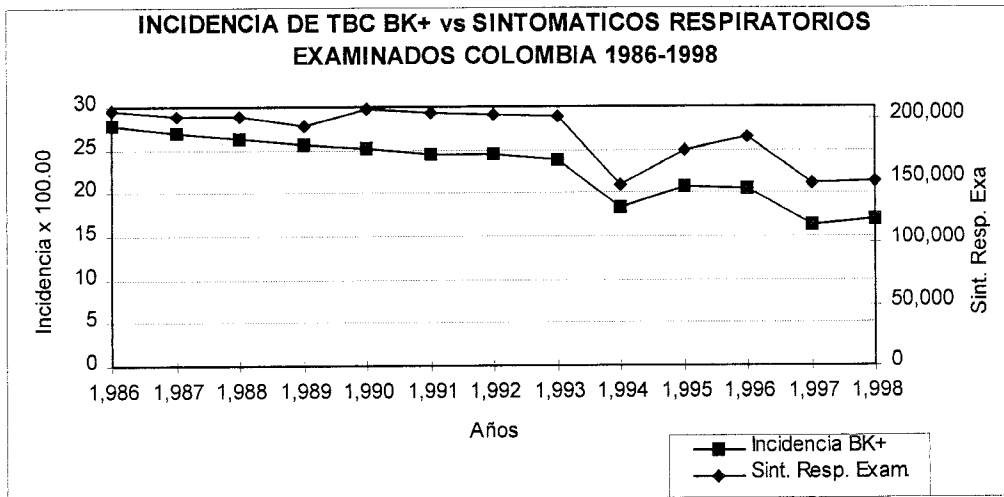


Figura 2

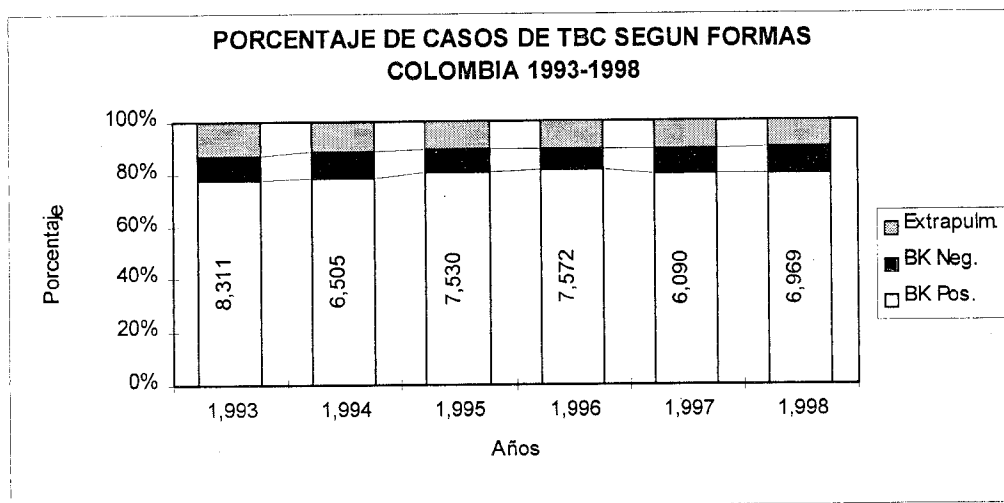


Figura 3

Durante el año de 1998 se reportaron 9.155 casos nuevos de Tuberculosis, lo que corresponde a una incidencia de 22.5 casos por 100.000 habitantes, con predominio de la forma infectiva de la enfermedad (Tuberculosis Pulmonar). Sin embargo se estima que todos los años puede haber un subregistro de alrededor del 25% lo que elevaría los casos de 1.998 a casi 12.000. Durante el año a cada paciente sintomático respiratorio se le realizó tan sólo 2 baciloscopias en promedio y la positividad de la baciloscopia para el año fue de 4.6%. La proporción de casos en los menores de 15 años fue de 7.2% del total.

Los departamentos con mayor incidencia (más de 50 casos por 100.000 habitantes) se consideran de riesgo muy alto para la transmisión de la Tuberculosis y fueron en su orden: Amazonas, Vaupés, Guajira, Guainía y San Andrés. (Figura 5).

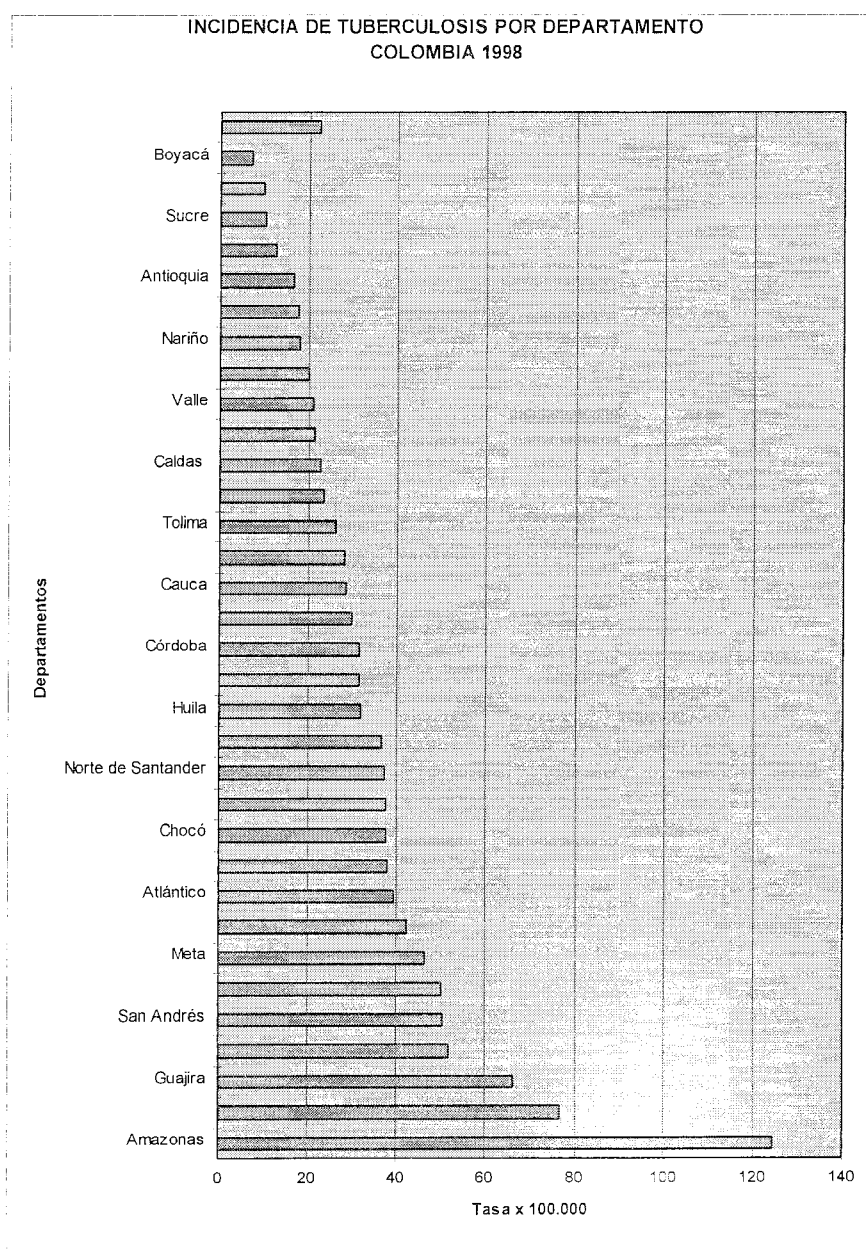
Sin embargo, la situación en el resto del país es preocupante debido a que la baja incidencia notificada de casos nuevos se debe fundamentalmente a la poca búsqueda que se hace de los sintomáticos respiratorios.

Desde la semana epidemiológica 26 de 1999 se inició la

Notificación de la tuberculosis a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA-SAA), en sus 3 eventos principales: Pulmonar, Extrapulmonar y como categoría especial de las extrapulmonares, la Meníngea. Hasta la semana epidemiológica No. 38 de 1999, se notificó un total de 5.305 casos de tuberculosis, de los cuales el 93% corresponde a formas pulmonares. Sin embargo, hay entidades territoriales

que aún no están notificando la tuberculosis. El Programa de Patologías Infecciosas del Ministerio de Salud recibe periódicamente los informes del Programa Control de Tuberculosis. A través de esta vía, que es más lenta, se reportaron 3.425 casos en este año, teniendo en cuenta que hay entidades territoriales que sólo enviaron el informe del primer trimestre del año. Ver Tabla siguiente.

CASOS DE TUBERCULOSIS EN COLOMBIA 1.999 SEGUN ENTIDAD TERRITORIAL Y SEGUN FUENTE (SIVIGILA Hasta semana 38 y PROGRAMA Parcial)



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La tendencia a la disminución en la incidencia de la Tuberculosis en Colombia no es cierta y se debe a múltiples factores entre los que pueden citarse: la disminución de la importancia por parte de personal de salud hacia esta patología debido a la influencia de lo que sucedió en países desarrollados con la consecuente disminución en la búsqueda de sintomáticos respiratorios, y al desconocimiento por parte de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud de las competencias y responsabilidades para el control de la TBC en el Plan de Atención Básica (PAB) y en el Plan Obligatorio de Salud (POS).

La mejor estrategia preventiva para la tuberculosis consiste en la búsqueda de personas con tos de más de 15 días de evolución (Sintomáticos Respiratorios), a quienes deben realizársele una Baciloscopia Seriada de esputo, para llegar tempranamente al diagnóstico de los enfermos y proceder a suministrarles el Tratamiento Acortado Supervisado para obtener su curación, con lo cual se logra cortar la cadena de transmisión del bacilo.

Siempre hay que tener en cuenta que antes de poder hablar de una disminución de casos de tuberculosis, se debe pensar que lo que existe es una disminución en la búsqueda de sintomáticos respiratorios con una consecuente disminución en el número de casos diagnosticados.

El hecho que la mayoría de los casos diagnosticados en Colombia tenga baciloscopia de esputo positiva debe

alertarnos, toda vez que es posible que no se esté haciendo un adecuado y suficiente ejercicio diagnóstico con los sospechosos de tuberculosis. Y de otro lado preocupa que haya una elevada proporción de fuentes de infección que perpetuarán la cadena de transmisión de la enfermedad.

Se debe cortar la cadena de transmisión de enfermo a sano mediante la búsqueda, localización precoz y tratamiento estandarizado, acortado, ambulatorio, supervisado, oportuno, regular y gratuito de los enfermos. Por otra parte, la colocación de la vacuna del Bacilo de Calmette y Guérin (BCG) a menores de un año, con énfasis en el recién nacido, evita las formas progresivas, diseminadas y graves de la enfermedad en el niño. Lo anterior exige replantear el tradicional programa y darle un enfoque gerencial dentro del nuevo sistema de seguridad social en salud, con el compromiso de todos los sectores de la sociedad y una mayor participación comunitaria en la regulación, control y ejecución del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. *Programa de la OMS contra la TBC: Marco para el control eficaz de la TBC*. Documento OPS/OMS, 1994.
2. OMS. *Treatment of TBC: Guidelines for National Programmes*. 2th ed. 1997. Documento WHO.
3. Ministerio de Salud. *Manual de Normas de Prevención y Control de TBC*. 1995.
4. Ministerio de Salud. *Resolución 4288 del 20 de Noviembre 1996*.
5. Congreso Nacional. *Ley 100 del 23 de diciembre de 1.993*
6. Archivos Programa de Patologías Infecciosas Ministerio de Salud.