

Extremos en tuberculosis

Dr. Felipe Martín Piñate

En la antigüedad la tuberculosis (TB) recibió los calificativos más despreciables. En Egipto fue considerada como una de las siete plagas, descritas en el antiguo testamento. En Babilonia fue considerada "Reina de las enfermedades". En la anciana Grecia fue llamada "Tisis" que significa cuerpo gastado. En la India la llamaron "consunción" para indicar que consumía el cuerpo humano (1).

En el siglo pasado se le llamó, en Europa, peste blanca, y se llegó a extremos con medidas profilácticas, preventivas y curativas como lo fueron: incineración de los enseres de los pacientes tuberculosos, aislamiento en áreas o colonias como sucedió con los leprosos, personas segregadas de la sociedad. Otros fueron internados en sanatorios abiertos a la luz del sol. Se utilizaron hasta mediados del presente siglo operaciones quirúrgicas traumáticas, antiestéticas, y antifuncionales como la frenicotripsia, plumbaje con bolas de bauxita, neumotórax terapéutico y toracoplastias (2).

En síntesis, toda una gama de barbaridades destinadas a combatir una afección considerada desde la antigüedad como una enfermedad muy penosa.

En nuestros tiempos también ha sido considerada, por Frank Ryan, como la plaga olvidada para destacar a un enemigo resistente y metamorfoseado como es el *Micobacterium tuberculosis*, el cual se ha asociado al virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) a partir de 1985 para formar una asociación voraz que constituye el síndrome expansivo TB-SIDA (3).

Esta desafortunada combinación ha conducido en los actuales momentos a otro extremo considerado más grave que los anteriores, se trata de lo acontecido en la ciudad de New York cuando, a partir de 1993, el comisionado del departamento de salud fue provisto de dispositivo legal para que de manera compulsiva obligue a personas sospechosas de tuberculosis a ser detenidas para ser examinados con fines diagnósticos, o para completar tratamiento específico antituberculoso abandonado a objeto de ser tratados bajo observación directa (4).

El departamento de salud de la ciudad de Nueva York ha llegado a estos extremos debido a que en 1992 la oficina de control de tuberculosis reportó 3 811 nuevos casos, cifra que representa tres veces más el número de casos detectados 15 años atrás; también tomó en consideración la onda expansiva del SIDA, así como el incremento de los problemas sociales de la ciudad.

En cumplimiento de la Ley, fueron afectados 304 pacientes en el lapso comprendido entre 1993 y 1995, integrantes de una muestra seleccionada que comprende: a) drogadicto de droga inyectada, 128 personas (42%), b) usuarios de cocaína en forma de "crack", 183 (60%), c) alcohólicos 193 (63%), d) 145 (48%) tenían antecedentes de encarcelamiento previo y 152 (50%) eran indigentes. El 48% (147 casos) tenían HIV positivo. Este grupo representa el 4% de los pacientes controlados en el período 93-95 (8 000 pacientes).

Del grupo de detenidos a 24 personas no se les encontró TB y fueron dejados en libertad. La revisión de las historias muestra resultados no satisfactorios, con un mayor tiempo de tratamiento para controlar la enfermedad, abandono del hospital con más frecuencia en comparación con grupos no sometidos a regulación, las protestas por el tratamiento bajo observación directa se incrementaron, los costos de tratamiento se elevaron, algunos pacientes con HIV positivo murieron por causas no tuberculosas.

En este grupo humano atípico, pacientes con graves problemas sociales afectados por medidas de detención, en otras palabras medidas terapéuticas y preventivas extremas, no fueron favorecidos en los resultados finales porque ni antes ni ahora las medidas extremas, han sido favorables en el control de la tuberculosis. En 1997 fueron detenidos sólo 44 pacientes que representa el 2% de la población en control.

Para algunos autores (5) las medidas empleadas por el Departamento de Salud de la ciudad de Nueva York, constituyen una violación de la libertad individual de las personas enfermas de tuberculosis,

quienes al negarse a cumplir tratamiento están haciendo uso de sus derechos ciudadanos

Es nuestro criterio, que la disposición judicial aplicada, traduce un extremo flagrante, por desconocimiento de la evolución histórica de la enfermedad así como de los factores fisiogenéticos actuales y estrategias de tratamiento.

La lucha contra la tuberculosis en la actualidad requiere; 1º, expertos en fisiología con recurso humano entrenado en el manejo de la biología molecular del bacilo de Koch y del huésped, de tal manera que se procure un encuentro efectivo y afectuoso entre médicos y enfermos, nunca entre pacientes y jueces. 2º, reorganización de servicios e infraestructura hospitalaria con el objeto de curar los enfermos y proteger a la comunidad, 3º, recurso financiero suficiente para control exitoso de la enfermedad.

REFERENCIAS

1. Rosman MD, Mac Gregor RR. Introduction and brief history. En: Rossmen-Mac Gregor. Tuberculosis. Clinical management and new challenges. New York: Mac Graw Hill, Inc.; 1994.p.17-22.
2. Joung WC, Moor GF. The surgical treatment of pulmonary tuberculosis. En: Sabiston DC, Spencer FC, editores. Gibbon's Surgery of the chest. 4ª edición. Filadelfia: WB Saunders Co.; 1983.p.608-626.
3. Martín PF, Martín IT. La tuberculosis de hoy. Gac Méd Caracas 1996;104:26-31.
4. Gasner MR, Maw KL, Feldman GE, Fujiwara PI, Frieden TR. The use of legal action in New York City to ensure treatment of tuberculosis. N Engl J Med 1999;340:359-366.
5. Champion EW. Liberty and the control of tuberculosis. N Engl J Med 1999;340:385-386.

“Pacientes con convulsiones persistentes”

En Estados Unidos, la epilepsia afecta a aproximadamente el 0,6% de la población (1 600 000 personas) y tiene una frecuencia de duración de toda la vida de aproximadamente 3 por ciento (y así afectará a 7,2 millones de personas). Para la mayoría de los pacientes, las convulsiones son controladas con una sola droga antiepiléptica, la cual puede ser suspendida cuando el paciente ha estado sin convulsiones durante dos años. Sin embargo, algunos pacientes no se liberan completamente de las convulsiones aun cuando cumplan escrupulosamente con el régimen prescrito. Además de tener efectos deletéreos sobre la salud, las convulsiones epilépticas persistentes tienen consecuencias psicológicas, de comportamiento y cognitivas y, a menudo, imponen una carga financiera.

La epilepsia es refractaria cuando las convulsiones son tan frecuentes o severas que limitan la capacidad del paciente para vivir una vida plena de acuerdo con sus deseos, o necesita el uso de medicamentos que, aun cuando efectivos, producen efectos adversos. A pesar de la terapéutica médica, las

convulsiones persisten en, aproximadamente, 20 por ciento de pacientes con epilepsia generalizada primaria y en 35 por ciento de aquellos con epilepsia parcial.

Una respuesta pobre a la terapéutica tiene muchas causas, las cuales pueden ser descritas, en términos generales, como diagnósticas y terapéuticas. Después que el diagnóstico está confirmado y se han eliminado los eventos que provocan la convulsión, el tratamiento de la epilepsia refractaria se concentra en el uso óptimo de las drogas antiepilépticas. Idealmente, la terapia médica producirá un completo control de las convulsiones, pero en el caso de la epilepsia refractaria, puede solamente reducir la frecuencia y severidad de las convulsiones. La intolerancia del paciente a los efectos adversos de la medicación deben ser balanceados contra los beneficios de la terapia. Las convulsiones que no pueden ser controladas satisfactoriamente con drogas antiepilépticas pueden responder a terapéuticas quirúrgicas o a la estimulación del nervio vago”. (Devinsky O. N Engl J Med 1999;340:1565-1570).