

Experiencia de la lucha antituberculosa en el Estado Táchira

Dr. Hugo E. Murzi M

Miembro Correspondiente Nacional, San Cristóbal, Estado Táchira, Venezuela.

RESUMEN

Hay suficientes evidencias de que la tuberculosis está recrudeciendo en el mundo, debido a la superpoblación, a la creciente pobreza, al descuido de la lucha antituberculosa y a la falsa sensación de seguridad creada por los medicamentos específicos. El empleo irregular de las drogas, administradas sin supervisión y con esquemas inadecuados, ha ocasionado el fenómeno de la multirresistencia bacilar, que aumenta la aparición de enfermos sin posibilidades de curación. La asociación cada vez más frecuente, de infección por bacilo de Koch y virus de inmunodeficiencia humana, será fuente de nuevos casos de tuberculosis activa, sobre todo en los países con una elevada tasa de infección tuberculosa, como es el nuestro. La manera de encarar este ingente problema de salud pública, es la reanudación de los programas de lucha antituberculosa, actualmente muy disminuidos en el país, dirigidos a la protección de la población sana, con vacunación en la infancia, y al diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de los enfermos, para curarlos y para acortar su período contagiante.

El Programa de Tuberculosis del Estado Táchira, que ha funcionado ininterrumpidamente durante 50 años, manteniendo elevados índices de eficacia y eficiencia, a pesar de las dificultades administrativas y económicas que ha experimentado el país durante los últimos años, es una muestra de que el control de la tuberculosis es posible entre nosotros, sin necesidad de grandes erogaciones.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TBC), enfermedad milenaria, sigue teniendo vigencia, a pesar de que hay una vacuna contra ella desde hace 80 años, de que existe

una quimioterapia específica desde hace 40 años y de que en todas partes del mundo se han organizado campañas para combatirla.

No hay duda, que con la vacunación masiva con el bacilo de Calmette y Guérin (BCG), que se ha hecho en algunos países, se ha logrado reducir considerablemente la gravedad de la tuberculosis infantil; y que con la quimioterapia, donde se aplica, se obtuvo un descenso importante de la mortalidad; sin embargo, es poco lo que se ha logrado en cuanto a su morbilidad, especialmente en los países del Tercer Mundo.

Y lo que es más preocupante, es que en las últimas décadas ha aparecido, especialmente en países desarrollados, una nueva tuberculosis, que podríamos denominar oportunista, relacionada con el SIDA, caracterizada por formas clínicas severas, atípicas en su forma de presentarse, de difícil diagnóstico y con gérmenes multirresistentes a los antimicrobianos.

LA TBC EN EL MUNDO

Según las últimas cifras mundiales, dadas a conocer por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 33% de la población mundial está infectada de tuberculosis; cada año hay 8 millones de nuevos casos y mueren 3 millones.

Hay 3 millones de personas con infección conjunta SIDA/TBC; en la población más pobre, las cifras de infección alcanzan a un 50%; y la tuberculosis infantil ha crecido un 50% (1).

En Estados Unidos (EE.UU.), el número de casos nuevos, que había llegado a la cifra más baja, de 22 255 en 1984, comenzó a aumentar durante el lapso 1985-1991, cuando ocurrió un exceso de

aproximadamente 39 000 casos sobre la cifra esperada por las autoridades sanitarias, lo que se ha explicado por la presencia del SIDA, el desmejoramiento de las condiciones económicas de una buena parte de la población y por la influencia de inmigrantes de países donde la tuberculosis tiene tasas elevadas.

En Nueva York, la morbilidad ha aumentado desde 1979, con 3 673 nuevos casos en 1991, lo que da una tasa de 50,2 por 100 000 habitantes. Esta cifra de nuevos casos representa un 14,3% de aumento sobre la tasa de morbilidad de 1980 (2).

La tasa de morbilidad en Harlem, en 1991, fue de 170 X 100 000 habitantes (3).

Más recientemente, una epidemia de tuberculosis multirresistente a las drogas, ha aparecido en Nueva York y en varias otras ciudades de EUA.

En 1991, se refirieron 366 pacientes en los cuales se aislaron cepas de bacilos resistentes a la isoniacida y a la rifampicina. Durante los años 1991-1992, fueron reportados 82 casos con multirresistencia a las drogas (4).

En EUA se habla ya de tres epidemias: la primera, el SIDA, la segunda, el resurgimiento de la TBC, y la tercera, la aparición de la multirresistencia a las drogas contra la TBC.

Esta tercera epidemia requiere urgente atención, con medidas para un rápido diagnóstico, para el desarrollo de nuevos esquemas de tratamiento y para tomar los cuidados sanitarios y hospitalarios a fin de evitar el contacto con los enfermos que la padecen, que, según un estudio de 100 casos, son, predominantemente, menores de 40 años, del sexo masculino, sin domicilio fijo, y con una elevada proporción de drogadictos y de positivos al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (5).

TBC EN VENEZUELA

Según cifras de la Sección de Epidemiología del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) la notificación de casos de tuberculosis en todo el país, en el lapso 1989-1993, revela que en 1989 hubo 4 538 casos, (tasa 36 X 100 000 habitantes); en 1990, 5 457 casos (tasa 28,2 X 100 000); en 1991 5 216 casos (tasa: 26,3 X 100 000); en 1992: 5 444 casos (tasa: 26,9 X 100 000); en 1993: 5 027 casos (tasa: 24,3 X 100 000); y según proyecciones estimadas, en 1994, habrá 5 536 casos (tasa, 26,4 X 100 000) ; y en 1995, habrá 5 936 casos (tasa, 27,4

X 100 000) según datos suministrados por la Dra. E. Rodríguez (no publicados).

La tasa de notificación de nuevos casos de tuberculosis de todas las formas, venía mostrando una reducción cercana al 5% anual en los quinquenios 1964-1969 y 1969-1973. En los siguientes ha sido mucho menor, hasta mostrar reducciones mínimas en 1984-89. Para 1990, la tasa se eleva a 28,2 X 100 000, baja a 24,3 en 1993 y vuelve a subir, y se estima que en 1995, llegue a 27,4. Esto quiere decir, que la morbilidad tuberculosa dejó de descender desde 1984, año en que comenzó la actual crisis económica del país (Figuras 1 y 2).

La tasa de mortalidad descendió de 6,39 por 100 000, en 1978, a 3,34 por 100 000 en 1987. Y desde entonces, ha tenido escasas variaciones.

Las muertes por meningitis se mantienen en cifras mínimas (0,2 X 100 000) desde 1982.

No se dispone, desde hace más de dos décadas, de la tasa de infección por TBC en Venezuela, que es la cifra más representativa del estado de tuberculización de un país o de una región.

Esto se debe a que no se han vuelto a hacer encuestas tuberculínicas, debido al uso masivo de la vacuna BCG, la cual produce una conversión de la prueba de Mantoux en una alta proporción (80% a los tres meses de aplicada), con un promedio de 12 mm de induración, según estudio realizado por nosotros (no publicado)

Estimaciones al respecto, de los organismos competentes, indican que 1/3 de la población venezolana está infectada de tuberculosis.

Encuestas hechas por nosotros (no publicadas), en estudiantes de medicina del último semestre de la carrera, durante varios años, nos dieron una positividad entre 50%-60%, utilizando un derivado proteico purificado (PPD), concentración mediana y tomando 10 mm de induración como límite de positividad.

Estas encuestas, hechas a grupos tomados al azar, en jóvenes entre los 24 y 30 años, oriundos de la mayoría de las regiones del país, las consideramos muy representativas, a pesar de que la gran mayoría de las personas utilizadas habían sido vacunadas con BCG, al nacer o a los 7 años, pues es muy poco probable que la alergia tuberculínica producida por el BCG, perdure por un lapso tan prolongado. Estudios hechos indican que la alergia tuberculina producida por el BCG, se va extinguiendo y llega a desaparecer en un lapso de 5 a 7 años.

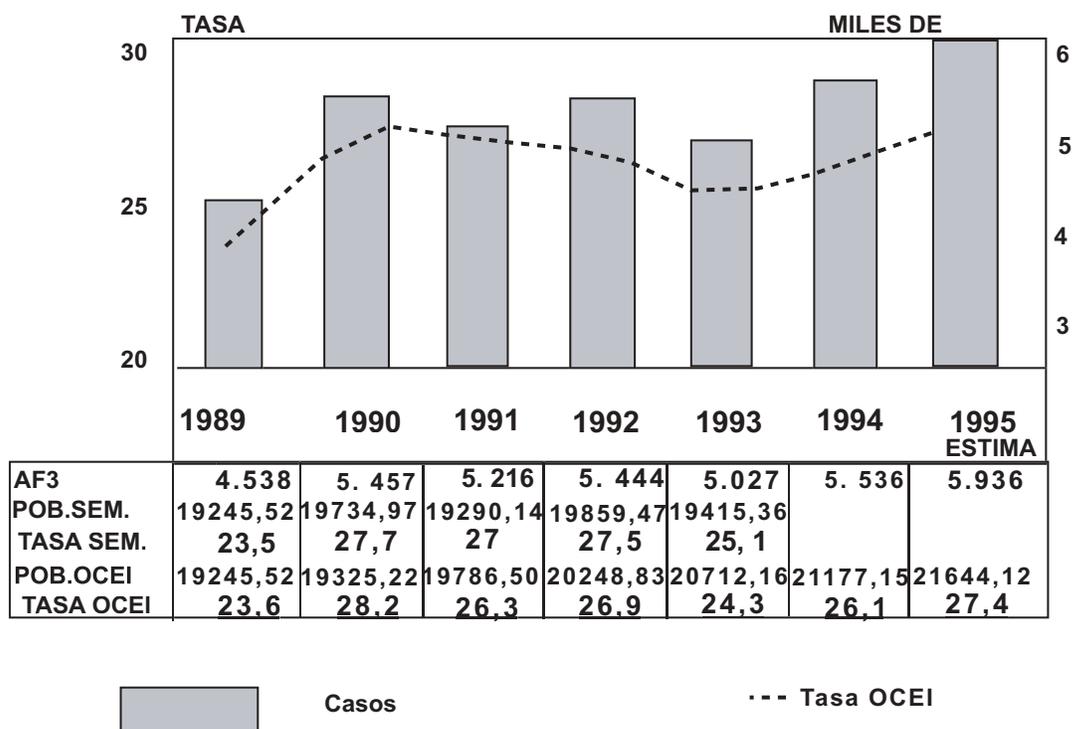


Figura 1. Notificación de casos de tuberculosis. Venezuela 1989-1995. OCEI. Oficina Central de Estadística e Informática.

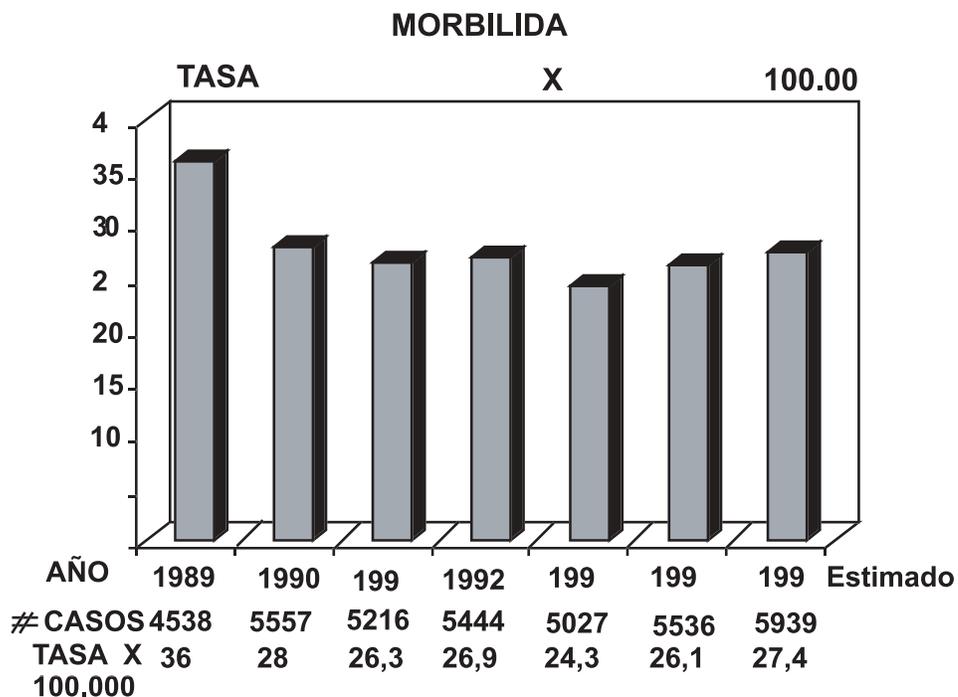


Figura 2. Tuberculosis en Venezuela morbilidad.

LA TUBERCULOSIS EN EL ESTADO TÁCHIRA

El Estado Táchira, situado en la región sur-occidental de Venezuela, zona limítrofe con el Departamento Norte de Santander, Colombia, tiene una extensión de 11 100 km² y alberga una población de 891 220 habitantes, lo que representa una densidad de 72,8 habitantes por km².

Para 1990, el 71,5% de la población se concentraba en el área urbana y el 28,5% en el área rural. Conviene destacar que los municipios más poblados son los fronterizos.

La población extranjera, según cifras del último censo, es de 14,2%; sin embargo, estamos seguros de que esta cifra es inferior a la realidad, debido al sub-registro de extranjeros indocumentados.

En el Registro de TBC del Estado, año tras año se comprueba que, más o menos, un 40% de los nuevos enfermos son de nacionalidad extranjera, cifra que hay que tomar en cuenta cuando se analicen las tasas de morbilidad en el Estado.

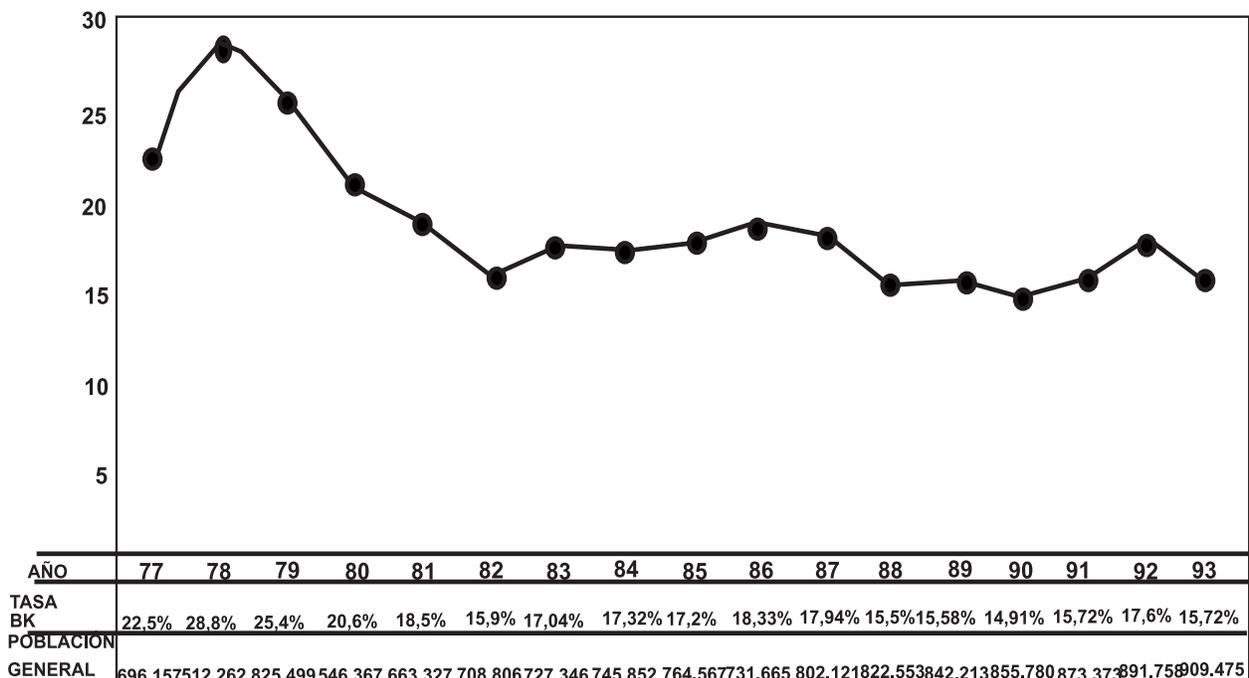
En las Figuras 3 y 4 están las tasas de bacilos de Koch (BK) positivos y de todas las formas, durante

el lapso el 1977-1993. Como se puede apreciar, estas tasas muestran un descenso paulatino hasta el 15,9%, en el año 1982, seguido de una estabilidad de la curva, con escasas variantes hasta 1993, lo que indica que se ha llegado a cifras basales, que consideramos son imposibles de mejorar, dadas las condiciones sociales, económicas y culturales de nuestra población.

La tasa de mortalidad por mil habitantes fue, en 1975, de 7,10 y en 1993, descendió a 4 X 100 000 habitantes.

BREVE HISTORIA DE LA LUCHA ANTITUBERCULOSA EN EL ESTADO TÁCHIRA

La lucha antituberculosa en el Estado Táchira comienza en 1943, con la llegada del Dr. Raúl Soulés Baldó, tisiólogo nativo de San Cristóbal, formado en Francia, que, enviando por la División de Tuberculosis del Ministerio de Sanidad, bajo la dirección del Dr. Jose Ignacio Baldó, fundó en esa fecha el Dispensario Antituberculoso de San Cristóbal.



INFORMACIÓN AÑO: 1975 TASA MORTALIDAD POR 1.000 HABITANTES 7.10 x 1.000.

Figura 3. Población general - BK positivo - EstadoTáchira.

Información: Año 1975 tasa mortalidad por 1 000 habitantes 7,10 x 1 000.

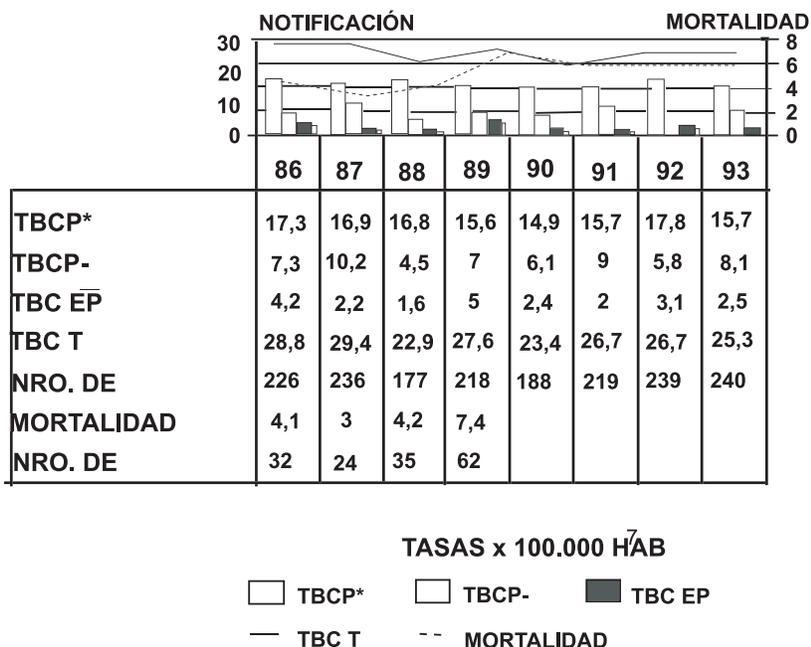


Figura 4. Tasas de notificación de casos y mortalidad por TBC - Edo. Táchira 1986-1993.

La lucha antituberculosa en esos años, se hacía mediante el diagnóstico de la enfermedad con radioscopia y radiografía del tórax, confirmado, en una buena proporción de casos, con la baciloscopia del esputo; y el tratamiento de los enfermos, con reposo, aislamiento, alimentación adecuada y, en los pacientes con lesiones unilaterales y colapsables con el neumotórax terapéutico de Forlanini.

En esa época la tuberculosis pulmonar era, en el Estado, como en el resto del país, una enfermedad con elevadas tasas de morbilidad (111 por 100 mil habitantes) y mortalidad (94 por 100 mil habitantes).

En 1943, el Dr. Soulés Baldó, logró que el gobierno regional construyera una edificación para hospitalizar tuberculosos, la cual fue denominada "Las Barracas"; y en junio de 1944, este establecimiento fue inaugurado con el nombre de Sanatorio Antituberculoso, por el Dr. Juvenal Curiel, quien acababa de sustituir, como tisiólogo regional, al Dr. Soulés Baldó quien viajó a Caracas.

El Sanatorio, con muchas fallas presupuestarias, que en buena parte han sido subsanadas por la Asociación Tachirense de Lucha Antituberculosa (ATLA), fundada por Curiel y que -hay que hacerlo

notar- ha funcionado ininterrumpidamente hasta la fecha actual, ha sido una constante y eficaz ayuda para la lucha antituberculosa regional y para el sostenimiento del Sanatorio Antituberculoso, que a pesar de muchas dificultades presupuestarias y políticas, se ha mantenido funcionando y ha sido el centro de la campaña contra la tuberculosis, a diferencia de los demás sanatorios del país, que unos años después, con los cambios en el tratamiento de esa enfermedad, producto de la quimioterapia específica, fueron dedicados a albergues de enfermos crónicos o transformados en hospitales generales.

Queremos hacer énfasis en este hecho, pues consideramos que esa ha sido una de las principales causas de que el programa de tuberculosis del Estado Táchira, haya tenido la constancia y eficacia que han hecho de él uno de los mejores del país, como ha sido valorado siempre por el Departamento de Tuberculosis del Ministerio de Sanidad.

Desde julio de 1947 hasta abril de 1991, fecha en que fuimos jubilados, trabajamos en el Sanatorio y Dispensario Antituberculosis, primero como adjunto al Dr. Curiel y luego, desde julio de 1959, como Director del primero y Médico Jefe del segundo.

A finales de 1981 se pudo fusionar estos dos establecimientos, con el traslado al Sanatorio, del Dispensario, que funcionaba en la unidad Sanitaria.

Esto logró centralizar la campaña antituberculosa en una institución manejable, lo que ha permitido disponer de laboratorio, rayos X, vehículos y ayudas económicas que, de otra manera, hubiera sido muy difícil obtenerlos, como ha sucedido con los servicios de neumonología de los hospitales generales, donde las carencias presupuestarias, los problemas administrativos y los constantes conflictos sindicales y gremiales, los han menoscabado y los paralizan frecuentemente.

Hasta 1950, la lucha antituberculosa se hacía con una programación elemental, que consistía en descubrir los casos de tuberculosis para tratarlos con el armamento existente: reposo, aislamiento, colapso-terapia mediante neumotórax o intervenciones quirúrgicas en la pared torácica o en el nervio frénico.

La prevención con BCG comenzó a realizarse en los años 40, pero realmente se aplicó con efectividad en la década de los 70.

El diagnóstico se basaba especialmente en el examen radiológico, radioscopia, fluoro-fotografías y radiografías de tórax; los dos primeros, destinados a exámenes en masa y la tercera, para aclarar mejor los hallazgos de los anteriores. El examen de esputos se utilizaba como confirmación bacteriológica de la enfermedad. En los niños se usaba la proteína purificada derivada del *Mycobacterium tuberculosis* (PPD) y los Rx de tórax, especialmente en el grupo de los contactos.

La quimioterapia específica antituberculosa, que se inició en la década de los 50, cambió completamente el tratamiento de la tuberculosis y tuvo notable influencia también en el diagnóstico de la enfermedad.

El reposo quedó reducido a los enfermos graves y complicados y el aislamiento dejó de tener fundamento, pues la terapéutica específica tiene una rápida acción esterilizante de las secreciones bronquiales, el vehículo por excelencia de la transmisión del bacilo de Koch.

Asimismo, el examen directo del esputo se transformó en el mejor medio de pesquisa de la enfermedad, limitándolo a los sintomáticos respiratorios, que constituyen el mayor grupo en riesgo.

La PPD perdió en gran parte su valor diagnóstico, con el uso de la vacuna BCG, que hace positiva

dicha prueba hasta en un 80% de los vacunados.

Hasta los años 50, el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis se hacía sólo en las capitales de Estado, donde existía el Dispensario Antituberculoso, regentado por un tisiólogo.

En los comienzos de los años 60, se extendió la campaña a las capitales de los distritos, dirigida por un médico de curso básico de salud pública, que hacía radioscopias y contaba con laboratorios para efectuar la baciloscopia del esputo. Posteriormente, la lucha antituberculosa se extendió a la medicatura rural y al dispensario rural, según la concepción del Dr. José Ignacio Baldó, que aún tiene vigencia y que ha servido para otras campañas de salud pública.

Esta división en cuatro redes, ha permitido la penetración de la campaña antituberculosa al medio rural, lo que ha aumentado la cobertura de vacunación BCG, la toma de muestras del esputo a los sintomáticos respiratorios y el tratamiento ambulatorio y supervisado de los enfermos.

PROGRAMA INTEGRADO DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

Desde 1969, el programa de control de la tuberculosis en el Estado Táchira está integrado a la casi totalidad de los establecimientos de salud dependientes del Ministerio de Sanidad.

En ese mismo año se le dio preeminencia al diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis, mediante el examen directo del esputo de los sintomáticos respiratorios, identificados entre los consultantes mayores de 13 años de edad, de los diferentes centros asistenciales del Estado.

Sin embargo, la carencia de un eficiente sistema de registro regional, el desconocimiento de los parámetros reales y la falta de una programación adecuada, dificultaba hacer una evaluación real de los resultados del programa.

En 1977, con la asesoría del Dr. Gilmario Texeira, experto en TBC, enviado por el Ministerio de Sanidad, se efectuó la implantación del Programa "Venezuela 00-400", en los 9 distritos o áreas programáticas que conforman la sub-región del Táchira.

Se hizo el diagnóstico del problema y se trazaron los siguientes objetivos:

1. Proteger con BCG el 90% de los recién nacidos.

2. Diagnosticar la tuberculosis mediante el examen bacteriológico del esputo del 100% de los sintomáticos respiratorios, identificados en los consultantes de 13 años en adelante, en todos los establecimientos de salud.
3. Tratar ambulatoriamente, en forma totalmente supervisada, al 80% de los casos nuevos, parcialmente supervisados al 20% y hospitalizar al 10%, para cumplir la primera fase del tratamiento.
4. Hacer negativo, bacteriológicamente, el 90% de los casos nuevos a los 12 meses de tratamiento.
5. Realizar investigaciones operacionales para obtener parámetros reales destinados a la programación de actividades.
6. Supervisar, constantemente, en forma directa o indirecta el desarrollo del programa.
7. Entrenar y motivar en forma constante al personal, mediante visitas de supervisión y reuniones mensuales, para tratar los asuntos administrativos y clínicos que plantea el programa; y, a la vez, hacer una evaluación permanente del cumplimiento de estas metas.

Con la aplicación de este programa, se esperaba reducir la aparición de nuevos casos positivos en un 4% anual, en un decenio; reducir la mortalidad por tuberculosis en un 5% anual y desplazar la mortalidad hacia los grupos de edad más avanzada.

Para la aplicación de este programa, se comenzó por implantar un sistema de registro por distritos sanitarios, centralizados en el Distrito N° 1.

En este registro se lleva el control del cumplimiento de las metas programadas y se hace el seguimiento de los casos de tuberculosis. De esta manera se ha logrado tener datos precisos, y siempre actualizados, de la enfermedad y de su tratamiento.

Otro paso que se dio, fue la preparación y supervisión continua del personal médico técnico y auxiliar que interviene en el trabajo de las cuatro redes.

Mucho se ha insistido en el entrenamiento y supervisión de los bacilistas que realizan la baciloscopia en las redes secundarias (laboratorios de los centros de salud), labor que no ha sido fácil, por la resistencia que, al principio, presentaron los bacilistas para realizar un trabajo que consideraban estaba fuera de sus obligaciones y, además, riesgoso para el personal del laboratorio.

Por otra parte, como se necesitaba de parámetros

precisos para el establecimiento de las metas, se hicieron investigaciones operacionales.

Una de ellas fue la del porcentaje de sintomáticos respiratorios de BK positivos en los consultantes externos del Hospital Central de San Cristóbal y en los centros de salud de los Distritos Sanitarios N° 2, 4 y 5. En este estudio, efectuado con una programación hecha por técnicos en la materia y que duró seis meses, se obtuvieron los resultados siguientes:

Sintomáticos respiratorios:

Hospital Central:	6,8%
Rubio:	5,0%
Colón:	9,9%
La Grita:	8,6%

Positividad BK en sintomáticos respiratorios:

Hospital Central:	2,2%
Rubio:	3,1%
Colón:	2,7%
La Grita:	0%

Y para hacer énfasis en la identificación del sintomático respiratorio, más sospechoso de padecer de TBCP, realizamos un estudio prospectivo en la red primaria (consulta externa del Dispensario Antituberculoso), para establecer el cuadro sintomático respiratorio y sistémico que presentan los tuberculosos bacilíferos (BK + en el esputo).

Como se puede apreciar en el Cuadro 1, hay una tríada sintomática que está presente en la casi totalidad de los pacientes y que, aplicada a los grupos de más riesgo tiene mucha importancia diagnóstica.

Cuadro 1

Síntomas de TBCP bacilífero según revisión de 200 casos del Dispensario Antituberculoso de San Cristóbal

Tos y expectoración	98%	(Duración promedio: 4-6 semanas)
Adinamia	85%	
Pérdida de peso	85%	(Promedio: 6-8 Kg)
Febrícula	60%	
Sudor nocturno	60%	
Dolor torácico	20%	
Disnea de esfuerzo	15%	
Espustos hemoptoicos	15%	
Hemoptisis	10%	
Disfonía	5%	

Otros estudios que hemos realizado se relacionan con el porcentaje de alcohólicos en los tuberculosos diagnosticados durante un año en la red primaria, que arrojó la cifra de 20%; y de tuberculosis y diabetes en el archivo de historias del Sanatorio, que reveló un porcentaje de 1,3, es de hacer notar que los diabéticos presentan frecuentemente cuadros clínicos atípicos y de difícil diagnóstico (6).

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE TUBERCULOSIS EN EL ESTADO TÁCHIRA, SEGÚN EVALUACIÓN PERIÓDICA EFECTUADA POR EL DEPARTAMENTO DE TUBERCULOSIS DEL MINISTERIO DE SANIDAD

1. Integración de establecimientos al programa de TBC desde 1988-1993.
La integración de establecimientos del MSAS ha sido de 100%. En cambio en otras instituciones (Seguro Social, Fuerzas Armadas, etc.) ha estado siempre alrededor de un 10%.
2. Integración de laboratorios al programa de TBC.
Los laboratorios del MSAS siempre han estado integrados por encima del 80%. En cambio los de los otros establecimientos, prácticamente, no ha sido posible incorporarlos al programa.
3. La cobertura de vacunación BCG a niños menores de un año, con excepción del año 1988, que fue de 85%, siempre ha estado por encima del 90%.
La cobertura en escolares (7 años) que hasta 1988 fue baja, ha ido aumentando paulatinamente, hasta llegar al 90%, en 1993.
4. El porcentaje de sintomáticos respiratorios identificados, ha sido fluctuante, alrededor del 70% hasta el año 1991. En 1992 y 1993, ha sobrepasado el 80%. En cuanto a los sintomáticos respiratorios examinados, el porcentaje siempre ha estado cercano al 100%.
5. El cumplimiento de baciloscopias, que había fluctuado alrededor de 65% en 1991, ha rebasado el 75% durante los años 1992 y 1993.
6. Los parámetros de supervisión y entrenamiento de personal, se han cumplido en cifras que van de un 70% hasta 1991 y hasta un 100% en 1993.
7. Con referencia a los parámetros de eficiencia y eficacia que se evalúan, tomando en cuenta en una cohorte, los casos sin información, transferidos, muertes y abandonos, la eficacia fluctuó entre 91% y 100% y la eficiencia entre el 69,3% y el 80%.

8. En lo tocante a casos que quedaron crónicos (multirresistentes), que es un índice muy importante de eficiencia de un programa de tuberculosis, observamos que en los últimos 20 años sólo ha habido 10 casos: 2 en 1977, 2 en 1978, 1 en 1979, 1 en 1984, 1 en 1986 y 2 en 1993.

DISCUSIÓN

Las expectativas sobre la tuberculosis son desalentadoras, pues cabe esperar, que esta enfermedad resurgirá en todas partes del mundo, debido a la creciente pobreza, a la superpoblación, al descuido de los métodos de lucha tradicionales para combatirla y al incremento del SIDA, que es un factor precipitante, como ninguno otro, de la aparición de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, en sujetos infectados por el bacilo de Koch.

Se calcula que los infectados por este bacilo, de no mediar la infección por VIH, llegan a padecer de tuberculosis activa en sólo un 2%-3%; mientras que si en ellos se asocia el SIDA, la proporción alcanza hasta de 15%-30%, según algunos estudios.

Si tomamos en cuenta que un tercio de la población mundial está infectada de tuberculosis y que en el mundo ya hay 3 millones con infección conjunta SIDA/TBC, podemos imaginarnos la cantidad de nuevos casos de tuberculosis que habrá en el futuro, con la rápida propagación de la infección por VIH, debido a que el período de contagio del SIDA es muy prolongado.

Por lo que toca a nuestro país, si se toma en cuenta que más de un tercio de la población venezolana está infectada con el BK; y que el número de infectados por HIV alcanza ya a 30 000, según cifras recientes del Ministerio de Sanidad, cabe esperar un rápido incremento de la tasa de morbilidad tuberculosa en los próximos años, y también, probablemente, de la mortalidad, por el fenómeno de la multirresistencia, producto de tratamientos inadecuados, con esquemas terapéuticos anárquicos dirigidos por médicos inexpertos en el manejo de las drogas antituberculosas.

Ante estos hechos, es necesario reactivar los programas de tuberculosis en el país, la mayoría de los cuales se han deteriorado por razones técnicas, políticas y económicas.

En este trabajo se analizan las experiencias vividas con el Programa de Tuberculosis del Estado Táchira, el cual ha funcionado constantemente, a pesar de que esas dificultades siempre han estado presentes en este Estado, desde 1943 hasta esta fecha, manteniendo índices de eficiencia y de eficacia muy satisfactorios, según las apreciaciones del Departamento de Tuberculosis del Ministerio de Sanidad.

Los programas de tuberculosis deben ser verticales y dirigidos por un equipo médico y auxiliar con preparación especial, que funcione en las 4 redes o niveles, bajo la supervisión de las autoridades médicas regionales y del Departamento de Tuberculosis del Ministerio de Sanidad.

La tuberculosis, por sus características epidemiológicas, clínicas y administrativas, no puede dejarse en manos de neumonólogos comprometidos con los vastos problemas clínicos de un hospital central, y mucho menos en los de epidemiólogos o médicos generales.

Los neumonólogos que vayan a dirigir los programas antituberculosos deben prepararse en cursos especiales, porque la formación fisiológica

que se imparte en los posgrados de neumonología, es más que todo clínica y en los de salud pública, predominantemente epidemiológica, olvidando que la lucha antituberculosa es un contexto clínico, epidemiológico y administrativo.

REFERENCIAS

1. Morbidity and Mortality Weekly Report. 1993;42:1-8.
2. Galssrath J. Tuberculosis in the United States. *Am Rev Respir Dis* 1992;146:278.
3. New York City Department of Health. Tuberculosis in N. York City 1991. New York 1992.
4. Eddin BR, Tokars JI, Grieco MH, Crawford JT, Williams J, Sardillo EM, et al. An outbreak of multidrug-resistant tuberculosis among hospitalized patients with acquired immuno-deficiency syndrome. *N Engl J Med* 1992;326:1514-1521.
5. Seman MD, Madsen LA. Drug-resistant TBC. *Clin Chest Med* 1989;10:341-353.
6. Murzi M HE. Tuberculosis y diabetes en el Sanatorio Antituberculoso de San Cristóbal, Táchira, Venezuela. *Rev Tisiol Venez* 1977;16(1-2).

“La Gaceta Médica de Caracas hace 100 años”

“Facultad de Medicina

Durante el año académico de 1896 a 97 estarán en actividad las cátedras siguientes:

Anatomía descriptiva.- Profesor: Dr. L. Razetti: a las 9 am. Anfiteatro Anatómico.

Histología y Bacteriología.- Profesor: Dr. José G. Hernández: a las 3 pm. Laboratorio de fisiología.

Física y Química Médicas.- Profesor: Dr. Adolfo Frydensberg a las 8 am. Laboratorio de química.

Patología general.- Profesor: Dr. F.A. Rísquez: a las 2 pm.

Patología externa.- Profesor : Dr. H. Rivero Saldivia: a las 3 pm.

Terapéutica y materia médica.- Profesor: Dr. Elías Rodríguez: a las 5 pm.

Antropología.- Profesor: Dr. R. Villavicencio: a las 4 1/2, pm.

Clínica médica.- Profesor: Dr. Santos A. Dominici: miércoles y sábado a las 10 am. Hospital Vargas.

Clínica quirúrgica.- Profesor: Dr. P. Acosta Ortiz: Martes y Viernes a las 10 am. Hospital Vargas.

Clínica de Ginecología y Partos.- Profesor: Dr. M.R. Ruiz: lunes y jueves a las 10 am. Hospital Vargas.

Medicina operatoria.- Ejercicios prácticos en el anfiteatro anatómico todos los días a las 4 pm.”

(Gaceta Méd Caracas 1896;4:136).