

Tuberculosis en inmigrantes. Situación Chile-Perú.

ÁLVARO YÁNEZ DEL V. *

Tuberculosis in migrants. Situation of Chile and Peru

El caso de un niño de origen peruano en quien se diagnosticó una tuberculosis pulmonar avanzada, y la masiva presencia de inmigrantes de esa nacionalidad en Chile, ha inducido a hacer un análisis epidemiológico sobre la situación de la tuberculosis en ambos países.

Situación epidemiológica de la tuberculosis en Chile

Hasta mediados del siglo pasado, la tuberculosis constituía un grave problema de salud pública en Chile, ocasionando morbimortalidad significativa y de las más graves observadas en América Latina. La enfermedad se presentaba con mucha frecuencia en todos los grupos de edad y la mortalidad anual por esta causa era la más alta de América Latina. En 1949, con una población de cerca de 6.000.000 de habitantes, murieron por tuberculosis 11.600 personas, con una tasa de mortalidad de 196/100.000. La incidencia de la enfermedad se estimó en alrededor 23.200 casos, de los cuales casi la cuarta parte eran menores de 15 años.

El riesgo de infección era muy alto en esa época; sobre el 80% de los individuos estaban infectados por el *Mycobacterium tuberculosis* antes de los 10 años de edad. La enfermedad era muy prevalente en niños, presentándose frecuentemente en forma de complejos primarios progresivos, tuberculosis de tipo adulto y formas diseminadas (miliares, meningitis y extrapulmonares). La meningitis tuberculosa en niños menores era tan frecuente, que los casos diagnosticados ocupaban pabellones completos en los hospitales pediátricos.

Gracias a la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952 y a la formulación y aplicación del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNT), desde los inicios de la década del 70, esta

situación ha cambiado dramáticamente y Chile –con una tasa de incidencia de tuberculosis de 12/100.000 habitantes– es actualmente el 3^{er} país con menor incidencia de tuberculosis en América Latina, después de Cuba (tasa = 6) y Costa Rica (tasa = 11). El principal mérito de este cambio hay que atribuirlo a la creación y eficiente actividad del Servicio Nacional de Salud y a la voluntad política y capacidad técnica y operacional del PNT para aplicar las medidas de intervención adecuadas para el control de la enfermedad.

En este proceso, la mejoría de las condiciones de vida de la población ha jugado un papel, aunque menor. En cambio, hay que señalar que el sistema privado de atención médica, no ha participado en la evolución favorable de este problema de Salud Pública.

En la actualidad, casi 60 años después, la incidencia de la tuberculosis en todas sus formas es de 2.038 casos (año 2007), con una tasa de 12/100.000. La prevalencia de casos activos, es decir la suma de la incidencia, más recaídas y abandonos reingresados a tratamiento en un momento dado, es la misma (12/100.000). La mortalidad por tuberculosis se ha reducido a 170 casos anuales, lo que da una tasa inferior a 1/100.000.

Al proyectar estas cifras a futuro, su tendencia decreciente hace posible estimar que el año 2020, la tasa nacional de incidencia será inferior a 5/100.000 habitantes, con la aparición de 900 o menos casos anuales, de los cuales sólo la mitad, es decir unos 450, serán pacientes con tuberculosis pulmonar contagiosa. En estas condiciones, siendo tan baja la presencia de fuentes de infección, la transmisión de la tuberculosis como problema de Salud Pública, prácticamente desaparecerá, y los pocos casos que aparezcan, serán manejados como pequeñas epidemias locales, de carácter excepcional.

* Médico integrante del Equipo Técnico de Tuberculosis, Dirección del Servicio de Salud Occidente.
Ex Consultor Regional en Tuberculosis de la OMS/OPS.

Situación epidemiológica de la tuberculosis en Perú

El Programa de Control de la Tuberculosis en Perú empezó a alcanzar calidad normativa y eficiencia operacional a partir de 1990, y desde entonces ha logrado una gran reducción del problema. Aún así, las actuales cifras señalan que la tuberculosis sigue siendo un grave problema de Salud Pública en ese país.

En el año 2007, con una población de 27.903.000 de habitantes, la incidencia estimada de casos nuevos en Perú fue de 35.126, con una tasa de 125/100.000. La prevalencia fue de 37.922 casos, con una tasa de 136/100.000, cifra mayor que la incidencia debido al excesivo número de enfermos crónicos en control. Por otra parte, murieron 4.738 personas de tuberculosis ese año.

La enfermedad es frecuente en todos los grupos de edades, incluso en niños, miles de los cuales son diagnosticados y tratados anualmente. En

Tabla 1. Situación de la tuberculosis en Chile y Perú, 2007

País	Chile	Perú
Población	16.635.000	27.903.000
Número de casos (incidencia)	2.038	35.126
Tasa de incidencia	12	125
Número de casos (prevalencia)	2.009	37.922
Tasa de prevalencia	12	136
Muertes por TBC	170	4.378
Tasa de mortalidad	1	16

Tasas por 100.000 habitantes. Fuente: WHO Global Tuberculosis Control 2009 (Datos: Año 2007).

la Tabla 1, se muestra la situación comparativa del problema de la tuberculosis de Chile y Perú.

Diferencias epidemiológicas de la tuberculosis en Chile y Perú

Morbilidad en niños

En Chile, los casos de tuberculosis en menores de 14 años, han oscilado en alrededor de 50 cada año en el quinquenio 2003-08 (Tabla 2). En 2008 la tasa específica para el grupo 0-14 fue de 1,2/100.000, siendo de 1/100.000 para el grupo de 0-4 años (13 casos), y de 1,4 para los de 5-14 años (37 casos).

En Perú, ocurren miles de casos de tuberculosis en niños cada año y, lo que es aún más grave, alrededor del 2,5% de ellos son portadores de tuberculosis multi-resistentes, como se analizará más adelante.

Tuberculosis resistentes y multi-drogo-resistentes (TB-MDR)

En Chile, la resistencia inicial o primaria global, es decir resistencia a una o más drogas antituberculosas en pacientes nunca antes tratados, en 2006 fue de 11%. Lo más frecuente es la resistencia a estreptomina, sola o combinada con isoniacida; la resistencia aislada a rifampicina fue de 0,3%. Ese año no hubo casos de tuberculosis inicialmente resistentes simultáneamente a isoniacida y rifampicina, es decir *tuberculosis multi-drogo-resistentes* (TB-MDR).

La resistencia adquirida o secundaria global a una o más drogas, que es la que se encuentra en enfermos antes tratados que han recaído o en abandonos que han reingresado, fue de 22,6%, con 4,9% de TB-MDR. En casos, sea con Esquema Primario o Secundario, *que presentan baciloscopias positivas al cuarto mes de tratamiento, se debe sospechar un fracaso. Esto obliga, sin*

Tabla 2. Tuberculosis en niños. Chile 2003-2008

Año	0 – 4 años		5 – 14 años	
	Número de casos	Tasa	Número de casos	Tasa
2003	8	0,6	42	1,5
2004	18	1,4	37	1,3
2005	9	0,7	48	1,7
2006	21	1,7	40	1,4
2007	9	0,7	38	1,4
2008	13	1,0	37	1,4

Tasas específicas por grupo de edad por 100.000. Fuente PROCET, MINSAL.

Tabla 3. Resistencia a drogas antituberculosas. Chile y Perú

Resistencia	Chile	Perú
Global Inicial o Primaria (%)	11,0	15,4
TB-MDR Inicial o Primaria (%)	0,0	2,4
Global Secundaria (%)	22,6	36,0
TB-MDR Secundaria (%)	4,9	15,7

Fuente. Sección Micobacterias ISP Chile. PROCET MINSAL Chile. MINSAL Perú.

suspender o modificar el esquema en uso, a efectuar un estudio de susceptibilidad a drogas. En Chile se ha encontrado que en estos casos con sospecha de fracaso, la resistencia global es 61% y la TB-MDR de 16%.

La Unidad de Tuberculosis del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), desde 1997, lleva un registro de todos los casos admitidos a retratamiento, por presentar un fracaso *terapéutico*, definido por persistencia de la bacteriología positiva al cultivo, en una muestra tomada una vez terminado el tratamiento.

Sobre la base del estudio bacteriológico en 194 casos de fracasos, registrados en la Unidad del PNT en el Ministerio de Salud, se encontró que en el 95,4% de ellos había resistencia a una o más de las drogas usadas y en 72% de los casos TB-MDR.

Felizmente, en Chile, el promedio anual de casos que fracasan y que deben incorporarse a retratamiento, es alrededor de 18, con una tendencia descendente.

En Perú, de acuerdo a una investigación efectuada en 1995, la resistencia inicial global fue de 15,4%, con 2,4% de TB-MDR. En los enfermos antes tratados, portadores de resistencia secundaria o adquirida, fue de 36,0% con 15,7% de TB-MDR (Tabla 3).

Casos en retratamiento por TB-MDR

En Chile, ingresan anualmente entre 15 y 20 casos a retratamiento por haber fracasado con un Esquema Primario o Secundario.

En Perú, en 2008, se diagnosticaron 1.451 casos TB-MDR, de los cuales sólo ingresaron a retratamiento 1.098. Existe un número acumulado de casos crónicos multi-resistentes que no se incorporan a tratamiento.

La TB-MDR como amenaza para los PNT

La emergencia y propagación de cepas micobacterianas simultáneamente resistentes a isonia-

cida y rifampicina, constituye un real impedimento para disponer de tratamientos 100% eficaces, capaces de disminuir la transmisión de las fuentes de infección y reducir así la endemia tuberculosa.

El peligro que se cierne sobre la humanidad frente a la progresiva diseminación de cepas de TB-MDR, ha multiplicado los esfuerzos de las organizaciones internacionales para intentar controlar esta nueva epidemia. A pesar de todos los esfuerzos, la OMS estima que en 2008 sólo alrededor del 1% de los enfermos portadores de estas cepas deletéreas, recibieron tratamiento de acuerdo a las recomendaciones internacionales.

La OMS ha estimado en 500.000 el número de enfermos de TB-MDR que había en el mundo el año 2007, más de la mitad de ellos en India, China y Rusia. Además, ha calculado que en 2008 la tuberculosis multirresistente causó la muerte de alrededor de 159.000 personas. Se estima que actualmente hay más de 50 millones de personas sanas infectadas con bacilos multirresistentes.

El control de esta nueva epidemia será extremadamente difícil si no se dispone pronto de esquemas de tratamiento más breves, más efectivos y menos tóxicos y costosos que los actuales.

El fracaso de los Esquemas Primarios o Secundarios, que en la mitad de los casos presentan TB-MDR, retrotrae el tratamiento de estos pacientes a la época en que había que intentar curar, con pobres posibilidades de éxito, los casos resistentes a la estreptomycinina e isoniazida. Peor aún, una consecuencia a más largo plazo es el aumento del número de casos nuevos, portadores de cepas de TB-MDR primaria o inicial, con posibilidades de curación de sólo un 50-70% de ellos, con el empleo de esquemas más caros, tóxicos y prolongados.

Los países en vías de desarrollo que hayan abandonado el PNT o lo mantienen en deficientes condiciones operacionales, en los cuales la tuberculosis se mantiene como grave problema de salud, con numerosos casos TB-MDR agregados, tendrán pocas posibilidades de controlar esta enfermedad durante este siglo.

Impacto de la tuberculosis en inmigrantes sobre el problema en Chile

Se ha planteado la pregunta de si la presencia en Chile de enfermos de tuberculosis de origen extranjero, agravará la situación epidemiológica de esta enfermedad.

En el estado actual de Chile, con sostenida reducción de la incidencia de la tuberculosis en la población, un aumento de la morbilidad de un

10-15%, atribuible a enfermos foráneos, es una situación manejable por el PNT. Los enfermos extranjeros con tuberculosis, determinan un riesgo elevado de contagio y enfermedad para su grupo social próximo, pero éste es mínimo para el grueso de la población general.

La cobertura con vacuna BCG, buenas condiciones nutricionales del común de los niños, precocidad diagnóstica y escasa población bacilar en las lesiones primarias y post-primarias, permiten suponer que los esquemas esterilizantes actuales lograrán controlar la enfermedad en niños, incluso si son portadores de cepas de TB-MDR. En Chile, hasta ahora no se ha demostrado la presencia de estas cepas deletéreas en menores de 15 años.

Posición del PNT en relación a la tuberculosis en extranjeros

En Chile, nunca se han planteado políticas de admisión de extranjeros, condicionadas a la presencia o ausencia de enfermedad tuberculosa, por no tener fundamentos técnicos ni epidemiológicos, y por ser impracticables y atentar contra los derechos humanos. La política establecida es la de aplicar las Normas y Procedimientos del PNT, incluso con mayor eficiencia en este grupo de enfermos. Como todo residente en el país, los extranjeros tienen derecho al diagnóstico y tratamiento gratuito de la tuberculosis, conforme a las Normas del PNT y, por supuesto, al estudio de sus contactos.

Los inmigrantes procedentes de países con tasas de incidencia de tuberculosis más elevadas que la nacional, pasan a constituir un **grupo vulnerable**, debido al alto riesgo de enfermar que presentan. Además, en todo extranjero que presente infección tuberculosa activa, esa condición debe ser registrada y señalada en la solicitud de examen bacteriológico, para que esa muestra sea sometida a estudios de sensibilidad a los medicamentos usados para tratar la tuberculosis, **debido a la mayor probabilidad** que esos enfermos tienen de albergar cepas multidrogoresistentes.

A todo paciente que retorna a su país de origen se le debe entregar una epicrisis o informe de traslado, especificando la atención recibida, estado en el momento del traslado e indicaciones para la continuidad del tratamiento. Se ha intentado hacer llegar esa información directamente a

la Dirección Nacional del Programa de Control de la Tuberculosis del Perú, hasta ahora con poco éxito.

En síntesis, la tuberculosis en extranjeros no es un problema de salud amenazante en Chile, a condición de que se mantenga la capacidad operacional del actual PNT.

Conclusiones

1. Es posible manejar el exceso de morbilidad por tuberculosis que se encuentra en la población de origen extranjero, sin que ello llegue a constituir un riesgo especial para la población general de Chile.
2. Para esto es necesario mantener las normas sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y la estructura y capacidad operacional del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.
3. Se estima que será posible lograr, en un futuro próximo, la eliminación de la transmisión de la tuberculosis como problema de Salud Pública en Chile, para alcanzar así el nivel de país desarrollado (meta sanitaria 2020 del MINSAL).

Bibliografía

- 1.- Estudio de la resistencia a medicamentos para el tratamiento de la Tuberculosis. Instituto de Salud Pública. Página web ISPCH.cl. recopilado en Marzo de 2010.
- 2.- FARGA V, CAMINERO J A. Tuberculosis (Tercera Edición) Editorial Mediterráneo, 2010.
- 3.- GARCÍA C. Tuberculosis en grupos de riesgo en la Región Metropolitana. 2008. Rev Chil Enf Respir 2010; 26: 105-11.
- 4.- GOBIERNO DE CHILE. Los objetivos del desarrollo del milenio. Segundo informe. Santiago, Chile, 2008.
- 5.- RIEDER H L. Bases epidemiológicas del Control de la Tuberculosis. Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias. 1999.
- 6.- STYBLO K. Epidemiology of Tuberculosis. Selected Papers KNCV (Royal Netherlands Tuberculosis Association). 1991; 24: 9-136.
- 7.- Vigilancia de la resistencia a los medicamentos antituberculosos en el Perú. 1995-1996. Ministerio de Salud del Perú, 1998.
- 8.- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Tuberculosis Control: Epidemiology, Strategy, Financing, Switzerland, 2009.