

La Tuberculosis

RENE VARGAS LOPEZ

La tuberculosis es una enfermedad social, que afecta por igual al trabajo, al capital y al estado. El desequilibrio que produce esta enfermedad individual sobre la colectividad, es de tal naturaleza que constituye un problema de soluciones inconmesurables tanto desde el punto de vista económico como de salubridad pública. Es bien sabido que esta enfermedad ataca a individuos en su edad de mayor rendimiento físico y económico, quienes al enfermar, automáticamente dejan de producir activamente para ingresar a las filas de los que consumen y sufren, causando un balance negativo en los presupuestos de sus respectivas colectividades o familias. La naturaleza misma de la Tuberculosis en su carácter de contagiosidad obliga al individuo que la sufre a ser considerado como un peligro viviente en el medio que se desenvuelve y a ser una fuente de futuras infecciones para quienes le rodean. Por consiguiente, se establece una ecuación siniestra; individuo enfermo, colectividad potencialmente enferma. Paciente en tratamiento, desequilibrio económico del presupuesto familiar. Las resultantes serán, a la larga, una disminución progresiva del capital del trabajo con un encarecimiento de los medios de subsistencia, repercutiendo indefectiblemente en las fuentes de ingreso del Estado.

En Nicaragua, estos problemas que engendra la Tuberculosis, están al rojo vivo y sus incógnitas son de tal naturaleza que se necesitaría de una legión de expertos y de muchos millones de dólares para poder encausar, al menos, el plantamiento de tales problemas.

Se podrá preguntar inocentemente el por qué de nuestro atraso en la lucha antituberculosa, cuando en muchos países ya la tuberculosis dejó de ser un problema o preocupación gubernamental. Tal pregunta implicaría un desconocimiento de nuestro medio ambiente y de la forma cómo las autoridades respectivas han encarado la tuberculosis.

Al comenzar el presente siglo, existía la idea de que el nicaragüense por misma naturaleza y formas de alimentación, gozaba de una constitución física privilegiada que lo ponía al margen de muchas enfermedades debilitantes, salvo la malaria y otras enfermedades de origen intestinal. La fundación de un Hospital General, permitió descubrir paulatinamente casos de tisis pulmonar que obligaron a la creación de una sala de aislamiento conocida en esa época como "Sala Cabrera", en donde se alojaban hasta morir a estos enfermos. El primer cuarto de siglo encuentra a Managua, con un escaso número de tuberculosos y sin ninguna campaña adecuada para evitar la propagación de la peste blanca, salvo el aislamiento de los casos avanzados en la "Sala Cabrera". Por el año de 1936, un grupo de médicos inicia la primera cruzada contra la tuberculosis, cuyo resultado fue la creación del Dispensario Nacional Antituberculoso o VII Sección de la Dirección General de Sanidad, la que tuvo lugar en 1938 y que es lo único que actualmente existe como elemento racional de lucha Antituberculosa.

Si bien existen establecimientos de aislamiento de creación reciente para hospitalizar enfermos de recursos económicos precarios, los tales no son suficientes para ser tomados como base a un planeamiento de campaña eficaz, tanto por su escaso rendimiento como por su elevado costo. Las primeras estadísticas de la VII Sección, de hace aproximadamente 25 años, nos dan un número de unos 10.000 tuberculosos activos entre conocidos e ignorados. Los últimos cálculos sobre el número de tuberculosos activos en Nicaragua, los hace subir aproximadamente a unos 60.000; es decir que en los últimos 25 años de vida dispensarial (entiéndase lucha oficial contra la tuberculosis) ha habido una magnífica cosecha, es decir el pueblo nicaragüense ha sido generoso, como la tierra, en la producción de enfermos.

Qué significa este aumento de casos activos de tuberculosis pulmonar en Nicaragua, cuando en todo el mundo esta enfermedad tiende a desaparecer? Ignorancia? Falta de responsabilidad social?, o descuido de las autoridades correspondientes de Salubridad Pública?

Francamente que la ignorancia individual (analfabetismo); la carencia de responsabilidad social (falta de sensibilidad colectiva) y progresiva inercia de Salubridad Pública, combinan magistralmente sus debilidades para producir la cifra de casos de tuberculosis apuntada anteriormente, constituyendo un problema de gran magnitud que durará muchos años; pues los casos activos continuarán difundiendo la enfermedad entre los que moran en poblaciones de niveles bajos de vida. Estudios recientes del Ministerio de Salubridad Pública indican que la tuberculosis está atacando paulatinamente a individuos cada vez más viejos; las mujeres de 35-44 años de edad presentaron índices más altos que los varones de la misma edad y los varones 45-50 mostraron más tuberculosis que las mujeres del mismo grupo de edad. También se observó la mayor incidencia de casos fuertemente avanzados sobre los medianamente avanzados y los mínimos, indicando con ello, la tardanza en consultar su enfermedad en forma racional.

Si bien es cierto que la tuberculosis, desde el punto de vista médico, es una enfermedad contagiosa; es decir, que se necesita del germen o bacilo de Koch para que se desarrolle o se produzca, ello nos hace deducir que para que exista un caso de tuberculosis pulmonar activa, es necesario que el individuo que la sufre haya sido contagiado o infectado por otro caso de tuberculosis activa; obligando así, a darle un carácter social a esta enfermedad eminentemente contagiosa. Por consiguiente, ya no nos encontramos con individuos enfermos, sino con colectividades enfermas; cuyas características patológicas cambiarían con el tiempo y el lugar. Es decir, que nos encontraríamos con diferentes tipos de enfermedad tuberculosa en las diferentes capas sociales y en las diferentes edades del paciente, lo mismo que en los diferentes pueblos o ciudades del país. Todos sabemos los estragos que hace la tuberculosis en los pueblos alejados de la capital (verdaderas

epidemias) al lado de la aparente benignidad (pocos síntomas) de los que viven en las grandes ciudades. Esta aparente benignidad o escasez de síntomas da al enfermo una sensación de falsa seguridad que lo obliga a consultar tardíamente al médico con el consiguiente desastre para su futura curación. Todos sabemos que la tuberculosis pulmonar es sumamente fácil de diagnosticar en sus fases avanzadas, pero muy difícil hacerlo en sus fases iniciales; siendo sumamente fácil y rápido curarla en sus fases iniciales, pero muy difícil y casi imposible hacerlo en sus fases avanzadas. *Diagnóstico precoz: tratamiento efectivo. Diagnóstico tardío: tratamiento aleatorio.*

En el remedio de lucha antituberculosa que ocasionalmente se desarrolla en Nicaragua se ha apelado a muchos objetivos para visualizarla en forma más o menos realista. Uno de ellos es el aspecto sentimental, multiplicado hasta el infinito por el colorido literario de quienes la han enfrentado, haciendo aparecer al enfermo en la atmósfera romántica que inspiró las figuras novelescas de Margarita Gauthier y de Mimi Pinzón; compasión inspirada en una sensación de misticismo, de simpatía, sugiriendo la idea de caridad, tratar de dar consuelo al caído y prestar ayuda a su familia ante la tragedia económico-social del impacto de la enfermedad; magnífica actitud desde el punto de vista moral, pero insuficiente para resolver el problema nacional en toda su multiplicidad. Otro es el puramente técnico, que considera al enfermo como unidad social y trata de curarlo para reintegrarlo nuevamente al conglomerado laborante; actitud profesional, prácticamente exclusiva de elementos altamente especializados y conscientes de la labor a desarrollar, pero que tiende a fracasar por la insuficiencia e incompreensión del mismo técnico, ya sea por razones personales o por una falta absoluta de coordinación adecuada. Y el más apremiante de todos los medios de lucha Antituberculosa sería el criterio social, abarcando la asistencia social integral del enfermo en su conjunto como unidad de familia y procurando dar a ésta todos los elementos necesarios e indispensables de una verdadera asistencia económico-social racional: leyes, medidas económicas, asistencia médica y protección infantil. *Esto último es sumamente eficaz y casi la forma verdaderamente racional de lucha antituberculosa, pero no excluye los otros, sino que los completa y se compenetran; permitiendo abordar el problema de la miseria, el trabajo y las injusticias económicas de nuestro medio ambiente y por consiguiente, evidenciando con criterio crudo y realista el desequilibrio marcado de nuestras clases sociales.*

Parafraseando lo que se suele decir de los gobiernos, puede afirmarse que tratándose de males sociales como la tuberculosis: la sociedad tiene las enfermedades que se merece.

Si analizamos a groso modo el impacto económico de la tuberculosis sobre la sociedad nicaragüense nos encontramos con cifras verdaderamente fabulosas las cuales insensiblemente gravitan sobre la economía, tanto personal como estatal. Al número catastrófico de 60.000 enfermos aproximadamente en todo el país, entre pacientes conocidos e ignorados y que prácticamente no producen, pero sí, consumen medicación y alimentación, calculamos un gasto de unos 500 córdobas mensuales. Los 60.000 significarán unos 30 millones de córdobas mensuales, es decir, 360 millones de córdobas al año. La cifra de por sí es suficientemente sugestiva para plantear un problema

económico al mejor estadista. Qué dice nuestro Ministerio de Economía? Qué dice nuestro Ministerio de Salubridad Pública? Si agregamos que cada paciente significa un riesgo de enfermar a 10 personas por año, nos encontramos que más de medio millón de nicaragüenses serán potencialmente tuberculosos en los próximos años. Si comparamos el número de tuberculosos activos hace 25 años, que según datos oficiales eran unos 10.000, con los que actualmente, por aproximación, arrojan una cifra de 60.000, nos indica que el incremento de tuberculosis en el cuarto de siglo ha sido de 600%; con una pérdida de más de 2 mil millones de córdobas!!!

También hace 25 años se consideraba que un enfermo tuberculoso se curaba o se moría en 3 años; por consiguiente podría establecerse un ritmo entre la producción y las pérdidas, manteniendo en esta forma un número casi constante de pacientes vivos. Actualmente los modernos medicamentos, curan prácticamente todos los casos mínimos y medianamente avanzados en períodos que fluctúan entre 6 meses y dos años, pero no curan, sino, mejoran a los casos fuertemente avanzados. Es decir, que actualmente los enfermos se mueren menos, aumentando considerablemente el "depósito" de casos, con el considerable peligro a la comunidad tanto por el contagio como por el aumento de inválidos. Es bien sabido que los casos fuertemente avanzados, no se mueren, pero necesitan de una asistencia médica especializada constante, es prácticamente, el nacimiento de un nuevo tipo de individuo el "enfermo irrecuperable".

Lo cual nos informa que la tuberculosis es una enfermedad dinámica que produce con el transcurso del tiempo nuevos problemas, nuevas incógnitas; obligando a crear nuevos individuos técnicos y nuevas modalidades de lucha. Por consiguiente en una obra de esta magnitud, no cabrían las rivalidades, ni el abstencionismo; porque en ella no cabe el exhibicionismo ni la exclusividad; es la lucha del pueblo y del estado, del rico y del pobre, del obrero y de profesional, es la lucha de todos, contra el mal que no conoce fronteras, razas ni clases sociales: es la lucha del individuo contra el Mal.

Uno de los más eficientes obreros en esta batalla es el médico, a quien le llegan primariamente todos los enfermos y de entre los médicos el especialista en tuberculosis o Tisiólogo, es quien más efectivamente tiene la capacidad de encausar tanto al paciente como a la familia. Pero la labor de éstos sería completamente nula sin una organización que pueda llevar a cabo las indicaciones y sugerencias del caso y éstas pueden ser completamente inefectivas sin los recursos económicos adecuados. Es decir, los fondos, son el factor decisivo, casi absoluto en una tragedia como lo es la tuberculosis para el pueblo nicaragüense.

Esta enfermedad de base netamente económico-social, tiene en todos sus aspectos o formas, fundamentos de carácter económico. Como apuntamos anteriormente un paciente actualmente necesita de seis meses a dos años para curarse, es decir, si consideramos un gasto de 800 pesos mensuales su curación, incluyendo salarios no devengados y gastos de médicos y medicamentos; este individuo o el estado, o quien sufrague su curación gastará una suma que varía de 5.000 a 20.000 córdobas en curarlo. Pero ahí no para todo, no sólo debe curarse el enfermo, sino mantenerlo curado. Es decir, debe de continuar en observación social especializada por un período no menor de

uno o dos años, durante los cuales su trabajo debe ser liviano, sus chequeos médicos frecuentes y su vida regular e higiénica. Si el paciente pertenece a la clase intelectual, esto no es un problema; pero desgraciadamente, la mayoría de los enfermos son individuos que ganan el pan de cada día en la forma más dura y despiadada, y deben de volver a sus antiguas ocupaciones cuando el médico lo declara apto para trabajar, es decir, después de que su enfermedad se controló, pero que aún no está curado definitivamente. Consecuencia: reactivación o recaída en poco tiempo, de 3 meses hasta dos años, pérdida de 5.000 a 20.000 córdobas en menos de un año. Es decir un círculo vicioso, el enfermo no se cura porque tiene que trabajar y después no trabaja porque tiene que curarse.

Por consiguiente un programa de divulgación y de enseñanza debe ser de mucha utilidad en la campaña actual contra la tuberculosis, insistiendo en la importancia del diagnóstico precoz de los casos incipientes por el valor que ello tiene el pronóstico y futuro del individuo y de la comunidad. El conocimiento de la tuberculosis oculta tiene un verdadero valor social, pues pone al descubierto un manantial de infección y obliga a la posibilidad de un

tratamiento efectivo. Las modernas drogas, transforman rápidamente, cuando son usadas con técnica adecuada, los pacientes en no contagiosos rompiendo de este modo la cadena interminable del contagio humano.

Pero al lado de esas ventajas hay que agregar, el aumento del número de los ex-tuberculosos, que en su reconciliación paulatina con la sociedad dan ocasionalmente y con frecuencia cada vez mayor, lugar a infecciones interhumanas reiteradas. En una lucha integral contra la peste blanca tienen lugar todos los individuos de la sociedad, deben de enfrentarla por igual las diferentes capas sociales, pues mientras exista un caso de tuberculosis pulmonar activa en una comunidad nadie estará a salvo de la infección de su organismo. Sin embargo, quien tendrá la prioridad en esta lucha? El Estado? La Sociedad? Será o deberá ser ella una obra gubernamental o debe ser ella una obra del pueblo para el pueblo? Creo que tal lucha es la obligación del estado como de la comunidad y la coordinación de los diferentes tendencias será únicamente en beneficio del enfermo, ya de por sí, olvidado al ingresar al mundo de los intocables, al ser declarado tuberculoso activo.

Estadística sobre la Tuberculosis

Como dato estadístico usaremos los resultados de un estudio realizado, de Junio a Noviembre de 1960, por el eminente fisiólogo norteamericano, doctor Herbert R. Edwards, asesorado por los doctores Alejandro Blandón y Luis Santiago del Palacio, Jefe y Presidente, respectivamente, del Comité y Dispensario Nacional Antituberculoso.

De 11,011 radiografías tomadas en personas "aparentemente sanas" y en diferentes sectores de la ciudad de Managua, los resultados fueron los siguientes:

Adultos: 6,852 radiografías, distribuidas así:

Varones: 3,837

Mujeres: 3,015

Varones con TB activa: 85 — Sospechosos: 150

Porcentaje: 1.42% — 4.31%

Mujeres con TB activa: 102 — Sospechosos: 88

Porcentaje: 3.38% — 2.92%

Niños: 4,159 radiografías, distribuidas así:

Varones: 2,199

Mujeres: 1,960

Varones con TB activa: 34 — Sospechosos: 142

Porcentaje: 1.54% — 6.50%

Mujeres con TB activa: 26 — Sospechosos: 69

Porcentaje: 1.32% — 3.52%

El porcentaje global de los 11,011 personas estudiadas arroja el 2.24% de individuos con lesiones tuberculosas activas y el 4.24% de sospechosos con la enfermedad. El 2.24% de casos activos es más o menos la cifra que oficialmente se ha dado a conocer para los países de Centro América, excepto Costa Rica, que muestra un índice muy bajo de casos activos y sospechosos.

Conclusiones de este estudio: el 5.56% de la población capitalina fue examinado. Si aplicáramos este estudio a toda la población, encontraríamos 4,484 casos activos y 8,162 sospechosos. Y si aplicamos esta misma proporción a todo el país, tendríamos en Nicaragua, 33,630 casos activos y 61,290 sospechosos.

En cuanto al porcentaje por sectores, encontraríamos zonas con una incidencia aterradora como la de Acahualinca, en Managua, con el 10% de casos activos!

Según el mismo estudio se demuestra: 1) Aumento creciente de la TB en relación directa con la edad, siendo la incidencia por edades, así: Para mujeres de 35 a 44 años y para varones de 45 a 50 años. 2) Niños: incidencia de 6 a 14 años. Porcentaje: 3% alcanzando hasta el 6.06% en los de 14 años. Niñas: incidencia en edades de 5, 12 y 14 años con porcentaje de 5, 4 y 7% respectivamente.

Los anteriores datos se confirman con los datos suministrados por la VII Sección, que son los siguientes:

1960 — 632 nuevos casos en 9,000 examinados por primera vez, —o sea, el 7%—, por investigaciones sistemáticas, contactos y órdenes médicas.

1961 — 10,612 examinados por primera vez —664 nuevos casos—. Porcentaje, 6.25%.

Debe advertirse que del 1 al 2% se considera racional en países de Centro América con excepción de Costa Rica.

(Datos suministrados por el Doctor Gilberto Suárez).