

CARTAS AL EDITOR

El conocimiento de la tuberculosis

El último número recibido de este Boletín, correspondiente a abril-junio de 1986, contiene un interesante y polémico editorial del Prof. Ardura, con la afirmación final de que el reto está servido. Pues bien, atiendo ese reto, que más parece una invitación al debate, porque deja en el aire una cuestión verdaderamente importante, cual es la conveniencia del tipo de lucha antituberculosa que procede plantear al objeto de alcanzar esa meta deseada —aunque lejana— de la eliminación de la tuberculosis.

El editorial de referencia señala la confusión que existe en el conocimiento de la endemia tuberculosa y del rendimiento de las distintas estrategias para la prevención y eliminación de la enfermedad. El Prof. Ardura dice cosas muy ciertas, como son el resurgido interés por el tema o la considerable cantidad de informaciones poco válidas al respecto (estudios sectoriales, limitaciones de edad en las series analizadas, diversidad de las poblaciones sometidas a observación). Aun con ser eso verdad, pienso que disponemos de datos suficientemente claros y verificables como para alumbrar la cuestión.

Un tema como éste, en el que todavía no existe consenso, tiene que abordarse de manera global, con estudios comparados suficientemente extensos para que resulten fiables, y deben desecharse aquellos cuyo diseño parcial reduce su credibilidad. A ese fin, las únicas publicaciones sobre tuberculosis que pueden utilizarse para comprender los principios válidos de lucha antituberculosa son las que tienen en cuenta las siguientes condiciones:

a) El estudio no puede hacerse sólo desde el campo de la pediatría, sino que debe prestar atención parigual a toda la población de niños y adultos:

b) Los estudios hospitalarios adolecen del vicio de comprender casos seleccionados, pero no alcanzan a dar información de la verdadera extensión de la casuística en la comunidad.

c) No sólo hay que evaluar los casos patentes de tuberculosis-enfermedad, sino también los casos latentes de tuberculosis-infección.

d) El único y decisivo método para conocer el estado de la endemia tuberculosa es la reacción tuberculínica, que determina la incidencia y prevalencia de la infección y su tendencia evolutiva.

e) La meningitis tuberculosa infantil constituye un buen indicador del declive de la infección en la comunidad.

El descenso de la tuberculosis en los países con alta prevalencia se debe a múltiples factores, entre los que la vacuna juega un papel accesorio e incluso en algunas ocasiones perturbador por cuanto interfiere la medida más decisiva para el diagnóstico de la infección, la prueba de la tuberculina. El paralelismo existente entre poblaciones donde la vacunación se ha efectuado de forma rutinaria y otras equiparables que no han vacunado así lo atestigua. En Barcelona disponemos de estudios estadísticos desde 1921, en los que se observa un ininterrumpido declive de la tuberculosis con independencia de factores artificiales como la vacunación BCG. Al haberse interrumpido esta vacunación en marzo de 1974, a partir de 1981 se han obtenido valores fidedignos de lo sucedido desde 1961 hasta la actualidad, que confirman ese declive. El riesgo anual de infección conserva la misma tendencia regresiva que antes de la supresión del BCG: el 6,5 % anual. Un laboratorio estudio en curso permite anticipar que desde 1974 la meningitis tuberculosa en los niños

menores de 5 años sigue manteniendo su tendencia regresiva anterior.

Todo lo expuesto permite comprender que lo que verdaderamente contribuye a la disminución de la epidemia tuberculosa es la mejora de las condiciones socioeconómicas de la población y las medidas actuales de lucha antituberculosa, como son diagnóstico precoz, quimioprofilaxis primaria y secundaria y tratamiento correcto supervisado. Por el contrario, las polémicas apoyadas en experiencias personales limitadas, en casuísticas parciales hospitalarias o en apreciaciones subjetivas que tanto abundan entre nosotros no nos conducirán a la solución del problema.

Es de lamentar que a nuestro país le sean aplicables las amargas reflexiones que la autoridad de un experto como Bignall hizo el año 1982, en el Boletín de la Unión Internacional contra la Tuberculosis. Considera que la causa real del fracaso en la eliminación de la tuberculosis obedece a la debilidad humana, que no ha sabido aprovecharse de los triunfos científicos de los últimos 30 años y concluye que la lucha antituberculosa ya no es contra el bacilo sino contra la mentalidad humana y que por eso será larga, demasiado larga.

JOSÉ LORENS TEROL

RESPUESTA:

José Lorens Terol ha tenido la sensibilidad necesaria no sólo para leer, sino para comentar además el editorial sobre el reto de la tuberculosis; y captar la intencionalidad del mismo, iniciando un debate que deseáramos llegue a fructificar en beneficio para la salud. Debo añadir inmediatamente, que la carta precedente me fue remitida con carácter personal, ofreciéndome la decisión final sobre su publicación. Prueba evidente de que la calidad de Lorens no se limita a sus conocimientos profesionales en el campo de las enfermedades infecciosas.

Con base en la experiencia personal y comunitaria en Barcelona, plantea las posibilidades del tipo de lucha frente a la tuberculosis. Esta idea me sugiere inmediatamente una re-

flexión de orden epidemiológico. Antes de planificar una acción sanitaria, es imprescindible la recogida de información suficiente y válida.

A este respecto alude Lorens a datos concretos (tendencia regresiva del riesgo anual de infección de un 6,5 % anual). La nueva reflexión que me sugiere está relacionada con la conocida circunstancia de diferencias regionales, que invalidan las extrapolaciones de planificación y decisiones sanitarias al respecto. Mientras que en Barcelona, probablemente Cataluña, la tuberculosis regresa, en nuestro ámbito se incrementa. Comentaba personalmente a Lorens, los resultados que aportan J. L. Useros y E. Zapatero Villalonga en: «La Tuberculosis Pulmonar en Valladolid. 1900-1984», Premio Ciudad de Valladolid 1985 del Excmo. Ayuntamiento de esta ciudad. La conclusión número 6 dice: «Desde 1976 a nuestros días, la tuberculosis experimenta una evolución claramente epidémica en Valladolid, con cifras generalmente superiores a la media nacional...». Y la número 7 aporta: «La distribución de los casos registrados en Valladolid de 1976 a 1984 tiene las características siguientes: a) El mayor número de casos se produce en edades avanzadas de la vida, si bien *aumentan progresivamente los afectados en el grupo de edad de 0 a 14 años...*».

Cierta es, y así lo analizan diferentes autores, la influencia del nivel de vida en el retroceso de diversas enfermedades infecciosas, incluida la tuberculosis, así como la fiebre reumática; pero no es menos cierto que el nivel de vida ha mejorado en España de forma disarmonica en sus diversas regiones; y evidentemente existe disarmonía entre Cataluña y Castilla-León. Hay otros factores implicados en la epidemiología de la tuberculosis además del estrictamente relacionado con el desarrollo. Es la prevalencia en esta región superior al 5 % para justificar una campaña vacunal en recién nacidos. La respuesta nos lleva de nuevo al planteamiento editorial. Son necesarios datos epidemiológicos fundados para tomar decisiones, en particular sobre el tipo de lucha antituberculosa, tal como se ha hecho en Barcelona. La seguridad de Lorens en sus aseveraciones tiene la fortuna de fundamentarse en aspectos epidemiológicos científicamente probados. Un camino a imitar.

JULIO ARDURA FERNÁNDEZ