

Pulmones con cavernas

Revista Ideele

La tuberculosis es el hijo de la pobreza
y también su padre y el proveedor.
Arzobispo Desmond Tutu

El bacilo de Koch (el perverso protagonista de la tuberculosis) encuentra en la pobreza, el hacinamiento, la malnutrición, la injusticia y la exclusión social todas las condiciones que facilitan su diseminación. Y nuestro país es uno de sus destinos favoritos. Nada de orgullo.

María Gonzales, de 25 años de edad, se contagió —aún se pregunta dónde— de una de las cepas más resistentes del *Mycobacterium tuberculosis*, o bacilo de Koch, que hoy brotan en el Perú. Multidrogo-resistente, le dicen. Porque ya no le hacen efecto la mayoría de los antibióticos. Y que para curarse tendrá que ingerir 19 pastillas y recibir una inyección al día durante los más de dos años que durará el tratamiento.

La tuberculosis, especialmente en sus formas más peligrosas y resistentes, no es una enfermedad erradicada, ni mucho menos. Sin embargo, la gravedad de la situación —que algunos médicos califican de epidemia no controlada— no se refleja en las medidas asumidas por las autoridades. Es más: los tratamientos diseñados e implementados en los años 90, cuyos resultados no fueron solo catastróficos sino también ocultados, nos dejan hoy con las tasas de tuberculosis multidrogo-resistente (MDR) y extremadamente multidrogo-resistente (XDR) más altas del subcontinente. Ni la devastada Haití nos supera.

La TB hace de una persona pobre, una persona enferma y más pobre

Según el Ministerio de Salud (MINSA), la TB costó US\$95 millones al Perú en 1999, lo que equivale a 14% del gasto público en salud.

A ello hay que sumar el gasto asumido por los pacientes y sus familias (pasajes, radiografías, pérdida de empleo, etc.). El costo anual aproximado es de US\$23 millones (unos US\$600 por familia, en Lima).

Según ASPAT Perú, cuando una persona afectada por TB muere, la familia pierde un promedio de 15 años de ingresos. Y cuando una mujer se contagia, no es poco común que su pareja la abandone.

Mi tos a vos

El bacilo de Koch es un oportunista: prefiere atacar a los cuerpos más débiles; a los que ya sufren de desnutrición, diabetes, drogadicción, alcoholismo o VIH/sida. Se esparce y contagia en ambientes cerrados, hacinados, con poca luz y mal ventilados. Convive, más que nada, con la pobreza urbana y capitalina, en una ciudad donde coexisten los mayores índices de crecimiento económico y de desigualdad de ingresos¹.

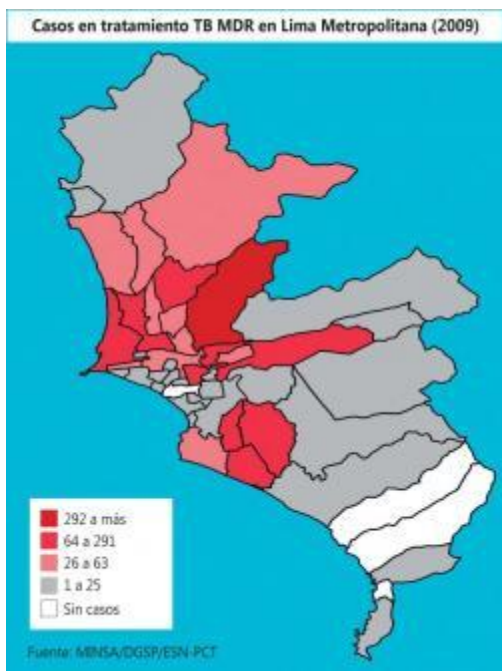
“La falta de educación, de trabajo y de vivienda digna son factores que perpetúan la transmisión intergeneracional de la TB. No se trata de un problema exclusivamente biomédico. Es decir, no todo se podrá resolver con pastillas”, señala el médico neumólogo y ex coordinador nacional del programa de TB en el Perú, Oswaldo Jave Castillo.

Se estima que más de 35 mil peruanos albergan el *Mycobacterium tuberculosis* en sus pulmones, sobre todo adultos y jóvenes en edad productiva. Disecada, esa cifra esconde

¹ Según el Banco Mundial, el ingreso medio de los más ricos es 15 veces mayor que los del quintil inferior.

estadísticas aún más aterradoras: de 3 a 5 personas se contagian a cada hora, y la enfermedad acaba lenta y dolorosamente con la vida de 2 otras a cada día.

La vía de transmisión más común es la aérea. Al toser, estornudar, hablar o incluso reír, los infectados que no reciben tratamiento —y que pueden infectar, en promedio, de 10 a 15 persona al año— expulsan al aire gotitas de saliva cargadas de bacilos. Éstos pueden ser inhalados —aun en ínfimas cantidades— o desecarse y convertirse en partículas más pequeñas, que permanecen en suspensión y pueden ser transportadas por el aire. O por una vieja y congestionada combi.



Un estudio realizado en Lima-Este señala que las personas que se desplazan en vehículos de transporte público “tienen un riesgo [hasta] 4 veces mayor [de padecer de la enfermedad]”. Es decir, a mayor tiempo sentado (o parado) en una combi, mayor riesgo de padecer tuberculosis.

Los hospitales del MINSA y EsSalud son, también, caldos de cultivo para el bacilo de Koch. Pero la falta de equipos y de materiales de protección —como las mascarillas—, la infraestructura muchas veces obsoleta —de ambientes de tipo “ratoneras” y sin adecuada ventilación—, así como el hacinamiento, no representan factores de riesgo solo para los que se internan en los nosocomios. La tuberculosis también puede hacer de un trabajador de la salud un paciente más.

“Muchos de nuestros hospitales se construyeron según el modelo estadounidense: con techos bajos y ventanas pequeñas. Pero este diseño arquitectónico obedecía a una realidad ajena a la nuestra, a la necesidad de conservar calor. En el Perú, las consecuencias son claras y devastadoras: menos ventilación, menos iluminación y más trabajadores de salud contagiados de

TB. Pero no solamente de TB simple, sino también de TB-MDR”, señala el doctor Jave.

De 1997 al 2009, más de 220 médicos, enfermeros o técnicos se contagiaron de TB-MDR o TB-XMDR; un promedio de 18 por año. El MINSA reportó 37 casos solo en el 2007. Pero se sabe a ciencia cierta que existe un subregistro de casos, debido al temor de marginalización y desempleo.

“Antes de empezar a trabajar aquí me hicieron un PPD [prueba cutánea utilizada para el diagnóstico de la TB]. Salió negativo. Ahora, como es el caso de varios de mis colegas, lo tengo positivo. Tengo la infección latente de TB, lo que significa que el germen se encuentra en mi cuerpo, aunque no se hayan presentado aún síntomas evidentes”, refiere la enfermera responsable del programa de TB de un centro de salud ubicado en una zona urbano-marginal de Lima Norte, y que nos pidió guardar en reserva su identidad.

Se estima que más de 35 mil peruanos albergan el *Mycobacterium tuberculosis* en sus pulmones. Discada, esa cifra esconde estadísticas aún más aterradoras: de 3 a 5 personas se contagian a cada hora, y la enfermedad acaba lenta y dolorosamente con la vida de 2 otras a cada día.

El mal adentro

María Gonzales, de 25 años de edad, está internada desde hace un mes. Pero empezó a toser sangre hace más de cuatro.

“Tomo 19 pastillas al día. Más un inyectable, en las mañanas. Algunos salen mareados después de recibir su inyección, como si estuvieran borrachos. Me siento muy cansada y muchas veces no tengo ganas de nada”, dice.

En octubre del año pasado, las radiografías de su tórax mostraron varias áreas claras con cavidades de diferentes tamaños, unidas unas con las otras. No quedaba ninguna duda: la TB estaba cavando cavernas en sus pulmones.

“De inmediato me recetaron los antibióticos de primera línea, que se usan para curar la TB simple. Pero yo no quería tomarlos así nomás. No sabía —nadie sabía— si se trataba de una tuberculosis común o de una cepa resistente sobre la que las medicinas no iban a tener ningún efecto,” cuenta María.

El análisis bacteriológico demoró 3 meses. Con él se confirmó el diagnóstico de TB-MDR: una cepa resistente a la rifampicina y a la isoniacida, dos de los principales antibióticos usados para tratar la TB. Y dos de los antibióticos que María tomó en vano durante meses, poniendo en riesgo no solo su propia salud —ya que la bacteria podía hacerse aún más inmune a los fármacos— sino también la de todas las personas que tenían contacto con ella. Se estima que un individuo con TB no controlada puede contagiar de 10 hasta 20 personas por año.

“Estaba realmente desesperada. Durante meses tomé pastillas que no me servían, y mis síntomas se acentuaron. Me paseaban de un lado para otro: que no está el médico, que está de vacaciones, que mi historia clínica no está lista, que tenía que sacar cupo... Un infierno. Yo les dije: ‘No esperen que esté bien muerta para darme el tratamiento adecuado’. Lo único que me dijo la enfermera fue que no me molestara y que no me iba a pasar nada”.

Solo en enero la joven fue atendida en el Hospital Rebagliati. Se le informó que, dada la gravedad y el estado avanzado del mal, tenía que ser internada. Ese mismo día. “El médico no me dejó hablar, ni preguntarle nada. Me pesó, me dijo que me sentara a más de dos metros de él y me despidió con un rápido gesto de la mano: ‘Chau, chau’. Me sentí humillada, maltratada”, recuerda María.

Epidemia política

Si María se contagió de TB-MDR fue porque el sistema falló. Su enfermedad no solo es infecciosa: también es social y política.

Se administró en el Perú, de 1991 hasta 1995, un esquema único de tratamiento (Esquema Uno) a todos los pacientes que padecían de TB. Independientemente de su historia clínica, todos recibían iguales dosis de los mismos antibióticos, durante los 6 meses de uniformado tratamiento.

Si bien se logró disminuir las tasas de incidencia de la TB simple, el hecho de tratar indiscriminadamente a todo tuberculoso —casos nuevos, crónicos, recaídas, fracasos, abandonos o de TB-MDR— favoreció la mutación del bacilo e acrecentó su resistencia. De hecho, en 1991 el Programa Nacional de Control de TB (PNCT) reportó que el 60% de los pacientes que recaían o fracasaban al tratamiento eran casos de TB multidrogo-resistente.

En 1996, por recomendación de la Organización Mundial de Salud (OMS), se lanzó el Esquema Dos (luego llamado Esquema Dos Reforzado). Éste consistía en administrar a los pacientes que no se habían curado con el Esquema Uno *exactamente* los mismos antibióticos. ¿La única diferencia? Al ya inútil cóctel de fármacos se le agregó un antibiótico: la estreptomomicina. La supuesta solución era, en realidad, nada menos que una monoterapia encubierta... y una bomba de tiempo.

“La TB-MDR siempre debe ser tratada con por lo menos tres antibióticos nuevos, nunca uno solo. No hacerlo es como echarle gasolina al fuego. Si a un tratamiento ya inadecuado le agregas otro, es seguro que se disparará la resistencia del germen”, señala el médico Jave Castillo.

La proporción de fracasos se incrementó año tras año hasta llegar a oscilar, según reportes oficiales, entre 50% y 70%. En 1997, los distritos de Comas, Independencia y Carabaylo registraron un 87% de fracaso repetido y 4% de decesos; o sea, 91% de las personas sometidas al Esquema Dos en esta zona volvieron a fracasar o, peor aún, fallecieron.

Pasaron casi 6 años y desfilaron más de 2.500 pacientes antes de que, en el año 2001, el PNCT prohibiera la aplicación del Esquema Dos. Sin explicación alguna. “Nunca se presentó una explicación oficial, ni evaluación alguna de los resultados finales a la comunidad médica nacional ni, menos, ante los enfermos organizados, ni para el resto de la sociedad civil; tampoco se dieron explicaciones de por qué se vio obligado a desaparecer finalmente dicho tratamiento”, señala el doctor Jave Castillo, quien considera que no ha habido en las Américas una tragedia epidemiológica de tan devastadores resultados.

Las cepas de TB-MDR circularon libremente durante años, con obvias consecuencias. De 1995 hasta el 2005, la TB-MDR se incrementó de menos de 300 a más de 2 mil casos anuales, y nuestro país fue uno de los tres únicos —en el mundo— que reportó un incremento estadísticamente significativo en la tasa de TB-MDR entre 1996 y 1999.

En el 2004, gracias al apoyo del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, el Perú logró comprar —por primera vez— suficientes cantidades de antibióticos para tratar a los pacientes con TB-MDR. Un tratamiento que supera los US\$2.500, más gastos en exámenes, hospitalización, cirugía, rehabilitación y apoyo alimentario.

¿Demasiado poco? ¿Demasiado tarde?

Hoy, la gravedad de la epidemia de TB-MDR se refleja en la aparición de casos en niños, lo que indica transmisión activa y reciente de la enfermedad. También en el surgimiento, en 1999, de la TB extremadamente multidrogo-resistente (TB-XMDR), una cepa casi incurable.

“La excusa solía ser siempre la misma: ‘No hay dinero’. Pero ahora sí hay. El Perú, después de Brasil, es el segundo país con mayor inversión en TB. Este año se dispondrá de algo más de US\$60 millones para luchar con esta enfermedad. Lo que nos falta es honradez. Se debe usar ese dinero para lo que se dice que es usado y no en jugadas burocráticas, como el contratar secretarías bajo el rótulo de personal de salud”, señala el doctor Jave.

“Me preocupa mucho, por ejemplo, que el MINSA haya aprobado la compra de antibióticos para tratar a 40 pacientes con TB-XMDR y que, habiendo dinero, aún no se hayan comprado”, añade Jave, quien opina que la pobreza y la inadecuada distribución de recursos están dificultando la lucha con la TB.

Cura que enferma

A veces las pastillas dejan a María Gonzales tan débil que ni siquiera puede caminar. Solo tiene fuerzas para dormir. “Esta enfermedad no es un juego. Es sinónimo de dolor y sufrimiento. Y si bien es cierto que muchos se curan, otros no soportan las pastillas o las inyecciones y se rinden”, refiere María, quien sufre de TB-MDR.

Los pacientes con TB-MDR no se toman sus pastillas de porrazo, sino poco a poco, para no vomitarlas.

Éstas, muy tóxicas, pueden causar insufribles malestares gastrointestinales, daños en el hígado (hepatitis medicamentosa), en las terminaciones nerviosas de los pies, manos y cara, así como depresión, sordera, anemia y erupciones cutáneas.

En el 2009, la tasa de fracaso en el tratamiento de la TB simple fue de apenas 1%. Pero uno de cada 5 pacientes abandonó el tratamiento contra la TB-MDR. “Los funcionarios del MINSA consideran que no debería haber personal de salud dedicado exclusivamente a la tuberculosis. Es un grave error, porque el deterioro de la calidad de atención en los servicios de salud tiene mucho que ver con el abandono. Si a un paciente se le explica y se le atiende bien, es más que probable que sea adherente al tratamiento, aunque éste sea doloroso”, señala el doctor Jave Castillo.

“Muchos siguen atribuyendo la incurabilidad del germen a los pacientes. Eso no es justo, porque la resistencia es el producto, en gran parte, de los programas de TB, que administraron tratamientos equivocados durante años,” añade.

María no tiene la culpa de nada, salvo, quizá, de haber vivido en condiciones precarias y de pobreza. Y de haberse contagiado de una cepa mutante del bacilo de Koch, cuya propagación hubiera podido ser prevenida por las autoridades. Ahora no le queda más que esperar.

Foco infeccioso

Lima Metropolitana concentra 59% de los casos de TB simple, 82% de TB-MDR y 93% de TB-XMDR.

El hacinamiento y la desnutrición son detonantes de la enfermedad.

Los principales focos de concentración de casos se ubican en los distritos aledaños al río Rímac y a la carretera Central, así como en los conos o periferia urbano-marginal de la capital.

Según Socios en Salud, en Cerro San Cosme (conocido como el “cerro que tose”), se reportaron 687 nuevos casos de TB en el 2009: 1 de cada 29 personas. Este centro urbano, donde viven unas 20 mil personas, registra tasas de TB solo superadas en las hacinadas e insalubres cárceles del país.