Julio 2000 Vol. 3, No. 2

Tuberculosis

OPS/OMS/HCP/HCT/TUB

DECLARACION DE AMSTERDAM PARA DETENER LA TB

El 24 de marzo de 2000 se llevó a cabo en Amsterdam la Conferencia Ministerial sobre tuberculosis y desarrollo sostenible, involucrando a representantes ministeriales de 20 países con mayor carga global de TB. La conferencia fue convocada en conmemoración del Día Mundial de TB, expresando la urgente necesidad de actividades aceleradas contra la TB.

Los participantes adoptaron la Declaración, que a continuación se presenta resumida:
Anotaron con grave preocupación la magnitud del sufrimiento y muerte causada por la pandemia de TB, provocando anualmente 8 millones de nuevos casos y 2 millones de muertes. Tres de cada cuatro personas afectadas por TB son jóvenes adultos y muchos sufren de SIDA; además, ninguna otra enfermedad infecciosa trastorna más directamente el desarrollo de las familias, la comunidad y la economía nacional. Al enfrentar esta situación, el nivel de la conciencia pública y el compromiso político son aún inadecuados.

Reconocieron que la emergencia global de TB más que una preocupación de salud, es un complejo problema socioeconómico que impide el desarrollo humano y no puede ser enfrentado solamente por el sector salud. Confrontar la TB requiere colaboración del sector gubernamental y de la sociedad. Existe la cura de la TB; sin embargo, la accesibilidad de eficaces medicamentos de primera línea es aún una importante preocupación en muchos países y proporcionar el acceso a los medicamentos de segunda y tercera línea, requiere urgente atención. En adición, se hace notar la necesidad de desarrollar nuevos instrumentos de diagnóstico, vacunas y tratamiento. Para revertir la epidemia mundial de drogo resistencia, que representa un costo social y económico colosal, se requiere una rápida respuesta del compromiso político. **Afirmaron que** el manejo efectivo de la TB de los niños y adultos es parte integral de los servicios de atención primaria. La estrategia DOTS/TAES recomendada por OMS, es internacionalmente aceptada para luchar contra la enfermedad y prevenir la emergencia de la MDR.

Se comprometieron a acelerar las acciones contra la TB por medio de: a) Expandir la cobertura de nuestras poblaciones con la estrategia DOTS, asegurando como mínimo la detección del 70% de los casos infecciosos en el año 2005, b) asegurar que los recursos humanos y financieros estén disponibles sobre la base de la sostenibilidad, para enfrentar los retos de detener la TB y asegurar que la capacidad instalada sea desarrollada para utilizar esos recursos efectiva y eficientemente, c) mejorar el sistema de suministros y distribución de los medicamentos de TB para garantizar a tiempo la calidad, el acceso y transparencia del suministro, d) promover el desarrollo de socios nacionales e internacionales para detener la TB, incluyendo las organizaciones gubernamentales, el sector salud privado, la industria, las ONGs y la comunidad.
Hicieron un llamado a:

Contenido

- Declaración de Amsterdan para Detener la TB
- Evaluación del PNT de Bolivia
- Resultados del tratamiento de la TB en la Habana
- Resistencia a los medicamentos Anti-TB en el Ecuador
- Evaluación de la Red de Laboratorios en México
- Plan de Acción del II Semestre 2000
- Cursos Internacionales de TB

Reconocer la responsabilidad de los países afectados para tomar las acciones esenciales para un progreso sostenido contra la TB. Asimismo, dar bienvenida a la iniciativa de la Directora General de la OMS y el Presidente del Banco Mundial, socios de la Iniciativa Detener la TB, de convocar esta conferencia y de comprometer a sus organizaciones para trabajar con los gobiernos y desarrollar e implantar un compromiso global de la sociedad. Por medio de este compromiso individual, gubernamental, de organizaciones privadas y la industria, se puede contribuir a movilizar la voluntad política y los recursos financieros, acelerando el progreso nacional e internacional.

Finalmente, reconociendo que los países convocados representan los gobiernos de países con la mayor carga de TB en el mundo y que otros países no representados en la conferencia enfrentan los mismos problemas, hacen un llamado a los colegas de todo el mundo para sumarse a la Iniciativa Detener la TB de OMS y participar activamente en la construcción de la nueva era contra la TB.

EVALUACION DEL PNT DE BOLIVIA

A solicitud de las autoridades nacionales del Ministerio de Salud y Previsión Social (MSPS), en coordinación con el Programa Regional de TB de la OPS/OMS y la Unión Internacional Contra la TB y Enfermedades Respiratorias (UICTER), se llevó a cabo la Evaluación Conjunta del Programa Nacional de Control de TB (PNT) de Bolivia en octubre de 1999.

Objetivos

1. Evaluar la estructura, funcionamiento, recursos y resultados del PNT de Bolivia.
2. Identificar las debilidades y fortalezas del PNT.
3. Dar recomendaciones a las autoridades del Ministerio de Salud y Previsión Social que puedan ser incluidas en un Plan de Acción para el Bienio 2000-2001.

La tuberculosis (TB) representa en Bolivia una de las principales causas de morbimortalidad, reflejando tasas de incidencia superiores a 130 x 100,000 habitantes. Esta situación se agrava más en los departamentos de Cohabamba, La Paz, Chuquisaca, Potosí y Santa Cruz.

En 1995 el PNT adoptó las metas propuestas por OPS/OMS para el año 2000, con el objetivo de detectar como mínimo el 70% de las fuentes de infección (BAAR+) y curar el 85% de ese universo. Se estima que la cobertura del PNT llega al 60-70% de la población nacional. Otra parte de la población está cubierta por el Seguro Social (Caja de Seguro de Salud) y en el presente año comenzó a funcionar el Seguro Básico de Salud que cubrirá el diagnóstico de TB a toda la población del país, sin costo alguno para los usuarios.

El equipo de la evaluación conjunta del PNT de Bolivia fue conformado por asesores OPS/OMS, un consultor de UICTER y profesionales de la salud de Bolivia. Fueron visitadas las unidades de salud en Cochabamba, Chuquisaca, La Paz, El Alto, Santa Cruz, Tarija y Yungas Sur.

Conclusiones

a) Fortalezas del PNT

1. Existe la voluntad política para considerar la TB como una prioridad nacional de salud.
2. Se ha mejorado la coordinación inter institucional lo que ha permitido aumentar la cobertura e integración de otros sectores de salud (CNS, ONGs, etc.).
3. Existen normas nacionales revisadas y actualizadas recientemente y se distribuyó el manual de procedimientos para el nivel operativo.
4. Funciona un sistema de registro e información acorde con las recomendaciones de UICTER/OMS.
5. Existe aceptable cobertura diagnóstica de laboratorio. Se han producido avances en lo referente a la organización de la red y control de calidad de los laboratorios.
6. Hay disponibilidad fármacos para el tratamiento de todos los enfermos detectados. Se han observado avances en la supervisión directa de la toma del tratamiento, sobre todo en la primera fase.
7. Se incluyó a la TB dentro del seguro básico de salud, lo que garantiza la gratuidad total de las acciones de control.

8. Existen proyectos con agencias internacionales (USAID, DFID, ONGs) que aportan importantes recursos externos al PNT.

b) Recomendaciones en base a debilidades del PNT

1. El PNT debe ser una prioridad sanitaria para el gobierno de Bolivia, debiendo reflejarse en un compromiso por parte del Ministerio de Salud en:
   a) Asegurar, con fondos nacionales, el abastecimiento gradual de fármacos e insumos básicos de laboratorio para el PNT.
   b) Aumentar el apoyo logístico al PNT, asegurando el mínimo de capacitación y supervisión.
2. Garantizar la capacidad gerencial del PNT en los niveles central e intermedio (tríos de gerencia).
3. Es fundamental y prioritario para el PNT, mejorar la detección de casos:
   a) Tener bien definido al SR e incrementar su búsqueda activa entre los enfermos que consultan a los centros.
   b) Cumplir la realización de 3 baciloscopias de esputo a cada SR según normas.
   c) Adoptar de forma urgente las medidas necesarias para evitar que se pierdan casos con BAAR(+) que no ingresan al PNT.
4. Seguir trabajando en la organización y funcionamiento de la red de laboratorios, dando prioridad a:
   a) Estandarizar y generalizar el control de calidad a todos los laboratorios.
   b) Imprimir y distribuir el manual de laboratorio.
   c) Racionalizar el uso de los cultivos y test de sensibilidad en el Departamento de Santa Cruz.
4. Fortalecer los mecanismos para garantizar la supervisión del tratamiento en la segunda fase.
5. Garantizar las labores periódicas de supervisión y capacitación para el adecuado funcionamiento de un PNT.
6. Desarrollar planes de formación de líderes comunitarios que incrementen las acciones de detección y tratamiento de los casos en zonas de difícil acceso.
7. Optimizar el llenado y análisis del sistema de registro e información. El PNT debe estudiar la factibilidad de implantar el Libro de SR
8. Fortalecer las relaciones de trabajo con otras Instituciones y programas afines (ETS / VIH-SIDA, lepra, Inlasa).
9. Fortalecer las relaciones de trabajo (convenios, etc.) entre el PNT y otros sectores de salud, sobre todo la CNS.
10. Establecer convenios de actuación con las prefecturas y actividades de gestión con las alcaldías que permitan garantizar recursos sistemáticos para capacitación y supervisión del PNT.
11. Coordinar estudios y/o investigaciones con el Programa ETS/VIH-SIDA.

El PNT debe seguir siendo asesorado y evaluado sistemáticamente. La OMS/OPS y la UICTER continuarán monitoreando los progresos del Plan de Acción elaborado por el PNT a solicitud de las autoridades nacionales de salud.

Dr. José I. Sevy Court, Dra. Mariana Peralta, Otto Pelaez, Ana L. Yero, Dra. Luisa Pérez, Edilberto González Ochoa.

En Cuba desde 1970 se comenzó a realizar el tratamiento ambulatorio estrictamente controlado en dos zonas de demostración (Ciudad de la Habana y Oriente Norte), extendiéndose paulatinamente a todo el territorio nacional.

Método

El régimen quimioterapeútico ($2HRZS/5H_2R_2$) para los casos no tratados, es supervisado en las dos fases, siguiendo la estrategia DOTS/TAES. De acuerdo con las pautas nacionales, las cohortes a evaluar son las de los pacientes nuevos con tuberculosis pulmonar BAAR positivos y BAAR negativos, tuberculosis extrapulmonar, total de casos TB y además, los casos de retratamiento. En Cuba las provincias realizan el análisis trimestralmente pero envían a la Dirección Nacional del Programa evaluaciones semestrales. Las categorías de egreso para las cohortes de resultados del tratamiento son las mismas recomendadas por OMS y UICTER.

Resultados

Fueron evaluados pacientes ingresados al PNT en 1998. Del total de 321 casos nuevos el 91,6% (294) terminó como alta curado; 1(0,3%) fracaso; 2(0,6%)

abandono; 1(0,3%) recaída, 6(1,8%) traslados y 17(5,3%) fallecidos.

La cohorte de 178 TB pulmonar BAAR positivos, muestra 164 (92,1%) como curados; 2 (1,1%) abandonos; 1(0,6%) recaída; 2(1,1%) traslados y 9(5,1%) fallecidos. Por otro lado el resultado de las 178 baciloscopías de los casos de TB pulmonar BAAR positivos al finalizar la fase inicial del tratamiento, muestra que 158(88,8%) se encontraban negativos, 7(3,9%) eran positivos y en 13(7,3%) se desconocía el resultado.

Se realizaron retratamiento a 17 recaídas, resultando curados 16(94,1%) y uno abandonó el tratamiento 5,9%.

Comentarios

En la provincia, el 85% de casos curados planteado como meta operacional de la estrategia TAES/DOTS de OPS/OMS es sobrecumplido en las condiciones rutinarias del PNCT, tanto para la cohorte total como para la de casos BAAR(+), 91.6 y 92.1% respectivamente. Esto no alcanzó a cumplir el 95% señalado por la meta operacional. La proporción de fallecidos se sitúa por encima del 4%. El PNCT del país aspira a mantenerlo por debajo de esas cifras. La meta operacional para los abandonos es ≤ 1% y se observa un 1.1% en el año 1998. La importante proporción de casos en la población ≥ 65 años (27-30%) implica que se produzcan fallecidos por otras causas durante el tratamiento antituberculoso. De todos modos, se sobrepaso la meta de curación (95%) y un porcentaje insignificante de abandonos, lo que significa una alta efectividad del programa y asegura un buen impacto sobre la transmisión de la enfermedad. En este sentido, influyen tres importantes factores; primero, la motivación y seguridad económica social de los enfermos, que en el caso de ser trabajadores reciben su salario completo mientras dure el tratamiento y conservan siempre su empleo; segundo, la motivación y capacidad del personal de salud para retener a los enfermos aun cuando ya no tienen síntomas; y tercero, la cobertura y organización de los servicios de salud. A todo esto puede sumarse la estabilidad del suministro de medicamentos y la supervisión permanente.

Tabla 1
Resultados del tratamiento en casos nuevos BAAR(+) y totales, Provincia Ciudad de la Habana, 1998

Egresos	TB total		BAAR +	
	No	%	No.	%
Curados	294	91.6	164	92.1
Fracasos	1	0.3	-	-
Abandonos	2	0.6	2	1.1
Recaídas	1	0.3	1	0.6
Traslados	6	1.9	2	1.1
Fallecidos	17	5.3	9	5.1
Total	**321**	**100.0**	**178**	**100.0**

Tabla 2.
Resultados al finalizar la fase inicial de tratamiento en casos BAAR(+), 1998

Baciloscopia	No.	%
- Negativa	158	88.8
- Positiva	7	3.9
- Ignorada	13	7.3
Total	**178**	**100**

Tabla 3. Resultados de retratamientos

Recaidas	17	100.0%
- Curados	16	94.1%
- Abandonos	1	5.9%

RESISTENCIA A LOS MEDICAMENTOS ANTI-TB EN DOS CLÍNICAS DEL ECUADOR

B.L. Mertz, R.W. Douce, N. Brito

Resumen

Marco de referencia: Dos hospitales privados, uno en la ciudad capital y el otro en la selva tropical oriental del Ecuador.
Objetivo: Documentar la prevalencia de la resistencia a las drogas antituberculosas en Ecuador en pacientes que no hayan recibido tratamiento previo y en aquellos que lo han recibido.

Método: La resistencia a las drogas se determinó utilizando el método de las proporciones, en medio sólido con el primer material en que se aisló Mycobacterium tuberculosis de todos los pacientes,

que ingresaron a ambos hospitales entre 1989 y 1996. Los datos sobre tratamiento previo se obtuvieron a través de una entrevista con el paciente.

Resultados: Se estableció resistencia en 39 de 161 pacientes (24%) sin tratamiento previo. La resistencia a la isoniacida (INH) fue del 14.2%, a la rifampicina del 11.8% y a ambas (tuberculosis multirresistente) en el 8.7%. Entre los 60 pacientes que habían sido tratados previamente, la resistencia a la INH se comprobó en 18 (30%), a la rifampicina en 14 (23.3%). La MDR/TB se observó en 10 pacientes (16.7%).

Conclusión: En estas poblaciones la prevalencia de la resistencia, tanto en los pacientes sin tratamiento previo como en aquellos ya tratados, es sumamente alta. Los esquemas terapeúticos iniciales y el manejo de los pacientes en Ecuador deben ser re-evaluados para evitar el ulterior aumento de la resistencia bacteriana.

(Tomado de: INT J TUBER LUNG DIS 4(2):115-117)

EVALUACION DE LA RED DE LABORATORIOS DE MEXICO

Balandrano S. (INDRE)

Encuesta sobre recursos de laboratorio para exámenes microscópicos

El Departamento de Micobacteriosis del Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica (INDRE), completó la recolección y análisis de datos de la encuesta sobre los recursos humanos y equipo de la red de laboratorios de la Secretaría de Salud (SSA) realizada en 1998. La encuesta se llevó a cabo mediante la observación y llenado de un cuestionario *in situ* por 15 técnicos del INDRE. Los encuestadores pudieron visitar 586 (92.0%) de los 637 laboratorios de la SSA. La encuesta permitió identificar necesidades de capacitación, instalaciones, materiales, equipos y mantenimiento de equipos. Los encuestadores realizaron exámenes de habilidad de los baciloscopistas sobre lectura y tinción, de acuerdo a la metodología del CDC de Atlanta.

El 75% de los laboratorios tenían dotación suficiente y oportuna de insumos. El estado de los microscopios fue adecuado en el 67.1% de los 696 microscopios revisados. Los laboratorios de cultivos estaban funcionando en 25 entidades federativas (31 laboratorios); sin embargo, casi todos ellos necesitaban computadoras, campanas de bioseguridad y centrífugas refrigeradas. En 9 estados no había facilidades de laboratorio para cultivos. Durante 1999, se habilitaron laboratorios de cultivo en 5 de esos estados.

Cada estado recibió un informe del INDRE con los datos de la encuesta correspondientes a la calificación individual de sus microscopistas y el estado de sus microscopios. Un resultado importante de la encuesta fue la cuantificación de las necesidades de capacitación de los microscopistas. De 592 microscopistas evaluados, el 15.4% fue reprobado y 33.1% fue aprobado con baja calificación.

Actividades de adiestramiento en bacteriología

Como actividad de seguimiento inmediato del resultado de la encuesta, el INDRE realizó de marzo a junio de 1999 un esfuerzo intenso para re-adiestrar a 360 microscopistas de la SSA en 7 cursos de 3 días de duración, con la inscripción de unos 50 participantes cada uno. Se construyó un aula especial con 50 microscopios para el aprendizaje práctico. De los 360 microscopistas invitados, 300 concurrieron a los cursos, de los que 251 (84%) fueron aprobados con alta calificación, 47 fueron aprobados en forma condicional y 3 fueron reprobados.

Con la colaboración de dos consultores de la OPS/OMS, el INDRE realizó el Curso Gerencial para Jefes de Laboratorio de Tuberculosis del 6 al 9 de septiembre de 1999.

Otras actividades de bacteriología

El informe de la encuesta sobre resistencia micobacteriana primaria y adquirida a los medicamentos antituberculosos, realizada en los estados de Baja California, Oaxaca y Sinaloa en 1998, fue finalizado y será publicado próximamente.

El INDRE tiene proyectado continuar en este año la encuesta nacional sobre prevalencia de la resistencia micobacteriana a los medicamentos antituberculosos, con la colaboración del CDC de Atlanta, incluyendo los 6 estados de la frontera norte del país.

El INDRE ha comenzado la revisión y actualización de su manual sobre Procedimientos de Laboratorio de Tuberculosis, publicado en 1996. El manual completo y una guía especial sobre la técnica de la baciloscopía serán publicados en el año 2000.

PLAN DE ACCIÓN DEL PROGRAMA REGIONAL DE TB PARA EL II SEMESTRE 2000

Las principales actividades a desarrollar por el Programa Regional TB/OPS, en el II semestre del presente año serán:

1. Participar como docentes y facilitadores en los cursos internacionales de TB en Perú y NIC (julio/agosto).

2. Reunión Regional de los Jefes del PNT en México (septiembre11 al 13 del 2000).

3. Organización, desarrollo y coordinación del taller para la capacitación modular gerencial del PNT en El Salvador (octubre).

4. Monitoreo y evaluación de la estrategia DOTS/TAES en Brasil, Colombia, Ecuador, México, Venezuela y Rep. Dominicana.

5. Participar en el seminario nacional y reunión confederal, y monitoreo de las áreas DOTS/TAES en Argentina.

6. Participar en el seminario nacional de evaluación del PNT, Cochabamba, Bolivia.

7. Participar en reunión de Asesores Regional de TB de OMS.

1. En el mes de marzo del corriente año se realizó en La Habana, Cuba, el curso Internacional sobre administración de los PNT.

2. En el período comprendido entre el 3 al 15 de julio del presente año, se llevó a cabo en Lima, Perú, la tercera versión sobre “Nuevos Paradigmas en la Dirección de los PNT”. Al curso asistieron 14 profesionales de: Bolivia, El Salvador, Guatemala, Ecuador, Paraguay, República Dominicana y 17 participantes del Perú.

3. El IX Curso Internacional sobre epidemiología y Control de TB se realizará en Managua, Nicaragua del 7 al 19 de agosto. Están inscritos 20 participantes de Bolivia, Colombia, El Salvador, Guatemala, Costa Rica, Estados Unidos, Panamá y Nicaragua. El Programa Regional de TB/OPS ha participado y estará presente en dichos eventos para ofrecer y garantizar las herramientas necesarias y para optimizar la gerencia de los programas nacionales de TB.

4. El curso internacional de Santiago de Chile se efectuará del 16 al 28 de octubre organizado por el Ministerio de Salud con sede en el Instituto de Salúd Pública y bajo la coordinación del Dr. Manuel Zuñiga encargado del PNT de Chile. El cupo es de 25 participantes, 15 nacionales y 10 extranjeros y la duración es de 2 semanas con clases técnicas, talleres, ejercicios, mesas redondas, trabajos de grupo y visitas de observación en terreno. Fax 56-2-6300507.

ESTUDIOS NACIONALES DE VIGILANCIA DE LA RESISTENCIA A DROGAS ANTI-TUBERCULOSAS

Con apoyo del proyecto global de vigilancia de la resistencia de OMS se iniciarán estudios protocolizados en El Salvador, Guatemala y Honduras y se finalizarán los estudios de Venezuela y Colombia.

Este boletín será publicado cada cuatro meses, por el Programa Regional de Tuberculosis de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Para mayor información dirigirse a:
Dr. Rodolfo Rodríguez Cruz,
Asesor Regional Programa de Tuberculosis
Tel: (202) 974-3494; *Fax*: (202) 974-3688
E-mail: rodrigro@paho.org

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
525 Twenty-Third Street, N.W.
Washington DC 20037, USA