

# Tuberculosis



OPS/OMS/HCP/HCT/TUB

## Iniciativa para DETENER LA TB

### Introducción

El Programa Global de Tuberculosis de la OMS, en el marco de la iniciativa mundial “*Stop TB*”, ha previsto realizar en el corriente año, una reunión en cada región de la OMS para evaluar la situación de la TB en los países con mayor carga de la enfermedad y promover el apoyo a los programas nacionales de control (PNT).

El Programa Regional TB/OPS ha propuesto que la reunión de las Américas se realice en Brasil, dado que este país aporta la tercera parte de los casos de la Región y además porque ha iniciado en 1998 un plan de fortalecimiento del PNT en el marco de la estrategia DOTS. En esta reunión participarán los representantes de los Ministerios de Salud de Bolivia, Brasil, Ecuador, Haití, Honduras, México, Perú y Rep. Dominicana, países que representan más del 75% del total de casos de la Región. La fecha propuesta de la reunión es del 7 al 8 de julio y la sede será la ciudad de Brasilia.

A esta reunión también asistirán como invitados representantes de agencias internacionales organizaciones gubernamentales y ONGs en la Región CIDA, CDC, USAID, DFID, KNCV, Banco Mundial, Fundación Damían, UICTER y otros para estimular:

- El progreso acelerado en el control de la TB y
- El desarrollo de la voluntad política

### Objetivos específicos

- Lograr conciencia mundial que la TB es un problema prioritario para los sectores de salud, sociales y económicos—con una solución eficaz en función de los costos
- Expandir la alianza mundial para una respuesta y movilización intersectorial de los recursos necesarios humanos y financieros más amplia
- Analizar los principales obstáculos políticos y limitaciones técnicas al control de TB e identificar soluciones mejoradas que apoyen la acción del país
- Lograr el consenso técnico y mejorar la coordinación entre los especialistas en TB, los líderes de salud, los donantes, las ONG y los gobiernos.

## Situación de la Mortalidad por TB en la Región de las Américas

Los datos de mortalidad por TB en los países de Latinoamérica presentan, al igual que la notificación de enfermos, un importante subregistro a lo que se añaden problemas de codificación en el certificado de defunción, entre otros.

### Contenido

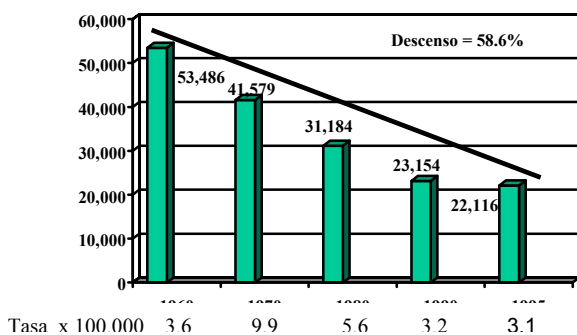
- ☞ **Iniciativa para detener la TB**
- ☞ **Situación de la Mortalidad por TB en las Américas**
- ☞ **Conversión bacteriológica al 1er y 2do mes de tratamiento en pacientes nunca tratados. Lima Este, 1995-1998**
- ☞ **1er Taller Sub-Regional de Módulos de Gerencia**
- ☞ **Evaluación conjunta PNT Argentina**
- ☞ **Taller sobre la docencia de TB en las Escuelas de Medicina**

Según los datos disponibles en el Sistema de Información Técnica de OPS (datos aportados por los sistemas estadísticos de los países), en el período de 1960 a 1995 la mortalidad por TB se ha comportado así:

Año	No. de defunciones	Tasa x 100,000	% de disminución
1960	53,486	13.6	-
1970	41,579	9.9	22.3
1980	31,184	5.6	24.9
1990	23,154	3.2	34.7
1995	22,116	3.1	4.5

En los 35 años analizados, el descenso registrado es de 58.6%, cifra que debe ser superior ya que en los años 1960 y 1970 Brasil no reportó el número de defunciones por esta causa. Esta tendencia descendente se observa en todos los países de la Región, que han informado sistemáticamente sus cifras de fallecidos por TB.

#### Mortalidad por TB en las Américas, 1960-1995 (Tendencia)



Es conocido, que con la aparición de medicamentos eficaces contra la tuberculosis y con un uso bastante regular por la mayoría de los países de la Región, la mortalidad por tuberculosis ha disminuido de forma acelerada en las tres últimas décadas, lo cual puede explicar la tendencia registrada como uno de los principales factores.

En el año 1995 (último año con datos disponibles para 27 países de la Región) se informaron un total de 22,116 fallecidos por TB para una tasa de 3.1 por 100,000 sobre la base de la población de los países informantes (anexo 1). Con tasas por debajo de la tasa regional se encuentran 7 países, de los cuales cuatro con programas de control de reconocida eficiencia, en los últimos años presentan una tasa inferior a 1 (Barbados, Canadá, Cuba y Estados

Unidos). Por encima de la tasa regional se encuentran 14 países, de los cuales Perú y Ecuador presentan tasas superiores a 10 por 100,000 habitantes.

La OPS ha estimado que el número de fallecidos por tuberculosis puede estar alrededor de 40,000 a 50,000 defunciones anuales, teniendo en cuenta que una buena parte de los enfermos con alto riesgo de morir por esta causa no se notifican ni se tratan. El Programa Regional de TB ha considerado recomendar a los países como un elemento de gran importancia, el evaluar la letalidad de los casos de tuberculosis notificados que entran en cada cohorte de tratamiento, teniendo en cuenta la categoría del enfermo, los diferentes esquemas de tratamiento utilizados y además tomando en consideración si la administración de los medicamentos fue supervisada o no. El análisis de la letalidad en los pacientes tratados debe conducirnos a conocer los factores que han determinado la muerte en cada caso y el rol que en las mismas ha jugado el diagnóstico y tratamiento tardío, la ineficacia de los esquemas terapéuticos utilizados, la ausencia de supervisión de la toma de los medicamentos y otros factores ligados al servicio y al propio enfermo como es el caso de una mayor letalidad en los co-infectados por VIH.

#### Conversión bacteriológica al 1er. y 2do mes de tratamiento en pacientes nunca tratados. Lima Este, 1995-1998

A continuación, abrimos el espacio mencionado en los números anteriores del Boletín Tuberculosis, destinado a los estudios operacionales de los programas de control de TB.

El presente trabajo está destinado a la conversión negativa al segundo mes, de pacientes nuevos que ingresaron al tratamiento con baciloscopia positiva (BAAR+).

Es conveniente subrayar nuevamente la importancia de controlar la condición bacteriológica de los pacientes para evaluar tempranamente la eficiencia del tratamiento.

Está demostrado que cuando la conversión negativa de los bacilíferos al segundo mes es superior al 85%, se incrementan las posibilidades de dar alta al paciente con BAAR negativa. Además se mejoran las condiciones para brindar educación sanitaria, y lograr una excelente adherencia del paciente, para completar su tratamiento y disminuir el abandono.

Gómez. M.M. Palomino. T.L. Rivas.N.R.

En tres centros de salud (C/S) de Lima Este se efectuó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal en el período de 1995-1998.

### **Objetivo General**

Establecer la relación que existe entre la conversión bacteriológica al primer y segundo mes de tratamiento, carga bacilar y condición de egreso en pacientes vírgenes al tratamiento.

### **Metodología**

El universo estuvo constituido por 884 pacientes nuevos BAAR(+) que recibieron tratamiento **ambulatorio y supervisado** en el Programa de Control de TB (PCT). La muestra fue determinada por todos los casos bacilíferos nuevos con tratamiento acortado, estandarizado y supervisado en el período 1995-1998.

La información se recolectó mediante la revisión de los libros de registro y seguimiento de pacientes, historias clínicas, tarjetas de control de asistencia y administración de medicamentos.

### **Resultados**

De acuerdo a la clasificación de los resultados de baciloscopia al inicio del tratamiento, se encontró que 288 muestras (41%) presentaron una cruz (+), 241 (34%) con dos cruces (++) y 174 (25%) con tres cruces (+++). Los pacientes con resultados de conversión bacteriológica al primer mes de tratamiento fueron 617 (88%).

Al segundo mes de tratamiento, el porcentaje de pacientes con conversión negativa se incrementó a 673 (96%). Del total de pacientes, 612 (93%) egresaron como curados, 13 (2%) como fracasos y 31 (5%) egresaron en otras categorías (fallecidos, abandonos y transferencias sin confirmar).

### **Principales conclusiones**

- La proporción de pacientes con conversión bacteriológica negativa se incrementó al segundo mes de tratamiento (96%), independientemente de la carga bacilar.
- Entre los pacientes que ingresaron con tres cruces, se observó un menor porcentaje de conversión negativa al primer mes de tratamiento. Asimismo, en el segundo mes, la conversión fue inversamente proporcional a la carga bacilar. Es decir, que a menor carga bacilar, mayor porcentaje de conversión bacteriológica.
- El mayor porcentaje de curados se observó entre los pacientes con conversión bacteriológica (95%) y un 9% de fracasos en pacientes sin conversión negativa. Es decir, que existe mayor probabilidad de fracaso en los pacientes sin conversión bacteriológica al primer mes de tratamiento.

**Primer Taller Sub Regional de Módulos de Gerencia OMS/UICTER para las Redes de Laboratorios de Tuberculosis (El Salvador, Septiembre de 1998)**

### **Antecedentes**

Por medio de la cooperación entre OMS/ OPS, UICTER y el LCDC de Canadá, entre 1995-1996, se prepararon los módulos arriba mencionados. En la elaboración se contó con la participación de un grupo de especialistas de América Latina, Alemania, India, Tanzania y Canadá bajo la coordinación del Dr. A. Laszlo Ex Director del LCDC . La versión original de los módulos en inglés fue traducida y adaptada al español por los Dres I. Kantor y O. Latini. A partir de esa versión se editó una segunda versión en inglés.

La primera prueba de los módulos en español se realizó en Argentina (INPPAZ, OPS/OMS), en abril de 1997. A este evento asistieron los jefes de las redes de laboratorio de Brasil, Bolivia, Perú y Argentina. En 1998 se efectuó un taller similar dirigido a los países de la Región del Pacífico Occidental en Corea del Sur

El Taller realizado en el Salvador fue el primero para los países de Centroamérica, el Caribe, México y Venezuela (10 países), donde se discutieron los cuatro módulos, incluyendo ejercicios prácticos.

### **Objetivo General**

- Formar gerentes de las redes de laboratorio para los Programas Nacionales de Control de TB (PNT) en países con alta o mediana prevalencia de la enfermedad.

### **Objetivos específicos**

- Brindar información actualizada sobre la epidemiología y control de TB
- Analizar métodos y estrategias para la gerencia de las redes de laboratorio de los PNT, con énfasis en programación, evaluación y garantía de calidad.

### **Comentarios y recomendaciones principales**

Este primer Taller de Gerencia de la Red de Laboratorios para PNT, efectuado para países de Centro América, Caribe, México y Venezuela, ha permitido mostrar varias cuestiones relevantes:

Se puso de manifiesto la necesidad de fortalecer la coordinación entre la dirección del PNT y la red de laboratorios en cada país, así como la participación de la jefatura del Laboratorio Central Nacional en la dirección del PNT, especialmente en:

- Fijación de metas y objetivos y programación de actividades
- Seguimiento de la marcha del PNT, con evaluaciones periódicas conjuntas
- Evaluación anual
- Participación conjunta en supervisiones y capacitaciones. Para ello debe haber una buena coordinación entre los miembros de la dirección e información compartida.

Se analizó en el taller la posibilidad de coordinar entre los países de Centro América los controles de calidad del cultivo. Para ello, un laboratorio de la sub-región asumiría el papel de referencia. Dicho rol podría ser rotatorio, por ejemplo cada dos años. Guatemala podría asumir la referencia inicialmente. Los otros países enviarían, por lo menos una vez al

año, las muestras de un lote de medio de cultivos que sería sometido a control de acuerdo con un protocolo que fue discutido en el taller. Este control de calidad coordinado en Centro América es altamente recomendable. También se podría considerar la inclusión del control de de calidad permanente de la baciloscopía y de la prueba de sensibilidad a las drogas en el ámbito de Centro América.

### **Evaluación Conjunta del Programa de Control de Tuberculosis en Argentina (Secretaría de Salud de la República Argentina, OMS, OPS)**

El Boletín " *Tuberculosis* " inicia la edición de las evaluaciones conjuntas de los Ministerios de Salud y OPS/OMS que se está llevando a cabo en los diferentes PNT de la región.

La Secretaría de Salud del Gobierno de la República Argentina decidió realizar una evaluación integral del Programa de Tuberculosis con la colaboración de la OMS/ OPS y profesionales de la misma Secretaría, a fin de conocer los logros del programa, identificar las limitaciones que impiden lograr las metas de control y proponer estrategias que aseguren un programa altamente efectivo en los próximos años. La evaluación se cumplió en el mes de noviembre de 1997.

### **Objetivo General**

Identificar las fortalezas y debilidades presentes en el programa de control de la TB y ofrecer recomendaciones para ejecutar un plan de acción de los siguientes tres años.

La evaluación fue llevada a cabo por un equipo de participantes nacionales e internacionales. Los principales criterios para seleccionar las provincias a visitar se centraron en la magnitud del problema de TB y la localización geográfica, de tal forma, se visitaron la Capital Federal, la provincias de Río Negro, Santa Fe, Jujuy, Salta, Entre Ríos y Neuquén en la Patagonia.

### **Principales Recomendaciones**

1. Asignar prioridad, estructura y recursos adecuados al Programa de Control de TB

incluyendo la definición de las funciones del Grupo Central y fortaleciendo su capacidad gerencial. Establecer una asignación presupuestaria garantizando la dotación de los medicamentos anti-TB. Elaborar planes de acción nacional y provinciales para los próximos tres años y actualizar las normas nacionales del PNT.

2. Implementar la nueva estrategia DOTS en todas las jurisdicciones, en particular para efectuar la detección sistemática de los sintomáticos respiratorios mediante la baciloscopia, lograr que el componente de laboratorio forme parte de las coordinaciones del PNT a los diferentes niveles, aplicar los instrumentos de registros recomendados por OMS, descentralizar y supervisar estrictamente el tratamiento anti-TB de acuerdo a las normas nacionales y aplicar los informes trimestrales de ingresos y resultados de tratamiento.
3. Coordinar con el Programa Nacional de SIDA las actividades relacionadas a la asociación VIH/TB.
4. Efectuar investigaciones operacionales y epidemiológicas para vigilar el progreso e impacto del programa
5. Desarrollar un plan de capacitación, supervisión y educación sanitaria para aplicar las nuevas estrategias.

Ha sido preocupación del Programa Regional de TB, la deficiente formación que en materia de tuberculosis alcanzan los estudiantes de medicina de Latinoamérica, durante la carrera. En atención a lo anterior, en los años 96-97 se llevó a cabo una encuesta en 46 Escuelas de Medicina de 18 países de la Región, respecto a los conocimientos impartidos sobre TB por los curriculum de las respectivas escuelas.

Los resultados principales de esa encuesta fueron los siguientes:

1. Pese a la gravedad que tiene la TB en muchos países de la Región, el tiempo que se asigna a la enseñanza de la tuberculosis es mínimo.
2. La integración de la enseñanza a diversas cátedras ha determinado restar importancia a la TB en la mayoría de las escuelas.
3. Predomina el tiempo para clases teóricas (aspectos clínicos).
4. En su gran número no se dedica atención a los aspectos epidemiológicos y programáticos.
5. El apoyo bibliográfico no corresponde a las necesidades del control de la TB.
6. El programa nacional de TB no participa ni apoya los programas docentes.

En respuesta a la situación anterior el programa Regional de TB tiene el objetivo de reunir en Caracas, los días 19-20 de Julio, a las principales personalidades docentes de las Escuelas de Medicina de la Región (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela). Durante esa fecha se realizará un taller para analizar la situación existente sobre la base de la encuesta efectuada y trazar un plan estratégico para lograr un cambio de la actual situación, mejorando la enseñanza de la TB y por ende los curriculum docentes en las escuelas de medicina.

## ANEXO 1

**MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS (TODAS LAS FORMAS)  
1995, ULTIMO AÑO DISPONIBLE. REGION DE LAS AMERICAS**

PAISES	AÑO	POBLACION EN 1000	FALLECIDOS	TASA POR 100000 HABITANTES	% TOTAL FALLECIDOS DE CAUSAS DEFINIDAS
ARGENTINA	95	34,966	1183	3,4	0,8
BAHAMAS	95	299	12	4,3	0,8
BARBADOS	95	250	2	0,8	0,1
BELIZE	95	214	6	2,8	0,7
BOLIVIA	-		...	...	...
BRASIL	95	157,315	5978	3,8	0,8
CANADA	95	29,250	117	0,4	0,1
CHILE	95	13,758	436	3,1	0,6
COLOMBIA	95	36,628	1282	3,5	0,7
COSTA RICA	95	3,363	74	2,2	0,5
CUBA	96	10,444	94	0,9	0,1
ECUADOR	95	11,470	1170	10,2	2,7
EL SALVADOR	95	5,941	202	3,4	1,5
GUATEMALA	-	-	...	...	...
GUYANA	95	823	28	3,4	0,7
HAITI	-	-	...	...	...
HONDURAS	95	5,531	354	6,4	1,3
MEXICO	95	91,137	4648	5,1	1,1
NICARAGUA	95	4,204	185	4,4	1,5
PANAMA	95	2,631	175	6,7	1,2
PARAGUAY	95	4,653	201	4,2	1,5
PERU	95	23,348	3478	14,8	3,7
PUERTO RICO	-	-	...	...	...
REP. DOMINICANA	95	7,700	385	5,0	2,0
USA	95	267,200	1336	0,5	0,1
URUGUAY	95	3,086	71	2,3	0,3
VENEZUELA	95	21,181	699	3,3	0,8
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>735,392</b>	<b>22,116</b>	<b>3,11</b>	<b>0,6</b>

Observación: ... significa sin información  
Fuente: TIS y Programas de TB de la Region

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](mailto: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 D.C. 20037 USA