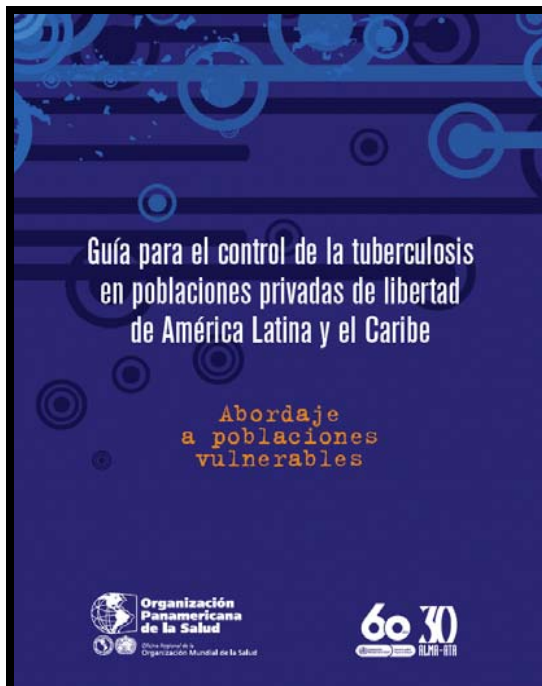


IV Reunión Regional de TB y TB/VIH en Centros Penitenciarios

(San José, Costa Rica, 4–5 noviembre 2008)

Guía para el control de la tuberculosis en poblaciones privadas de libertad de América Latina y el Caribe:

Abordaje a poblaciones vulnerables



Mirtha del Granado
Programa Regional de TB



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Preparación

Comité de expertos

Mayra Arias, Ailton Alves, José Best Romero, María Cristina Fernández, Julio Garay, Jorge Iñiguez, Vicente Martín, Hernán Reyes, Celia Riera, Andrea Telles Rosa, Martín Yagui, Matías Villatoro.

Comité de redacción y responsables de la guía

Mirtha del Granado, Yamil Silva y Silvio Waisbord.

Apoyo financiero

AECI – Agencia Española de Cooperación Internacional.

Conflicto de intereses

Todos quienes participaron en la preparación de este documento firmaron la Declaración de Intereses. Ninguno declaró tener conflictos al respecto.

Preparación

- Será **revisada y actualizada en 2010**, para incorporar nueva evidencia.
- Será **diseminada** entre el personal de los Programas Nacionales de Tuberculosis (PNT) y de los Sistemas Penitenciarios (SP).
- Las **adaptaciones nacionales serán posibles** previa consulta de los países interesados al comité responsable de OPS/OMS.

Justificación y definiciones

- En el mundo, > 9,25 millones de personas están privadas de libertad; y este número está en aumento (la población real que transita los Centros Penitenciarios / CP por año es 4 a 6 veces más alta que la reconocida).
- Factores socio-estructurales han contribuido para posibilitar que los CP se conviertan en un problema de salud pública, donde la TB está presente.
- Centros penitenciarios (CP) → prisiones, centros de detención preventiva, de inmigrantes, prisioneros de guerra, colonias laborales, reformatorios, estaciones policiales, etc.
- Sistema Penitenciario (SP) → conjunto de CP y su organización.

La pérdida de la libertad no debe representar la pérdida del derecho a la salud.

Público Meta

- La ***Guía para el control de la TB en CP de América Latina y el Caribe*** está dirigida a todos los profesionales de salud que trabajan en el SP y al personal de los PNT.

Objetivos

- **General** → **Lineamientos básicos para un control integral de la TB** centrado en acciones individuales y colectivas de asistencia, promoción y prevención **de acuerdo a la estrategia *Alto a la TB en todas las personas del SP***, en un esfuerzo coordinado entre el SP y los PNT.
- **Específicos**
 - ↓ la incidencia, prevalencia y mortalidad por TB en CP.
 - ↓ la transmisión del bacilo de TB entre las personas privadas de libertad (PPL), el personal que trabaja en el SP y comunidad en general.
 - ↓ la incidencia y letalidad ligada a la coinfección TB/VIH; prevenir el desarrollo de TB-MDR y TB-XDR en los CP.
 - **Brindar estrategias específicas para el control de TB en el contexto de los CP.**

Capítulo I: Generalidades

Objetivo: Conocer el panorama general de la situación de la TB en la Región de las Américas, los principales retos y su estrategia de abordaje.

- La **Estrategia *Alto a la TB*** y explicación breve de los seis (6) componentes, así como actividades dirigidas a **personas privadas de libertad**, refugiados y otros grupos en situaciones de alto riesgo.



Estrategia *Alto a la TB*

1. Seguir el fortalecimiento de la aplicación y/o expansión de la estrategia DOTs de calidad

COMPONENTES ADICIONALES

2. Abordar la TB/VIH, MDR-TB y otros retos

3. Contribuir al fortalecimiento del sistema sanitario

4. Involucrar a todos los proveedores

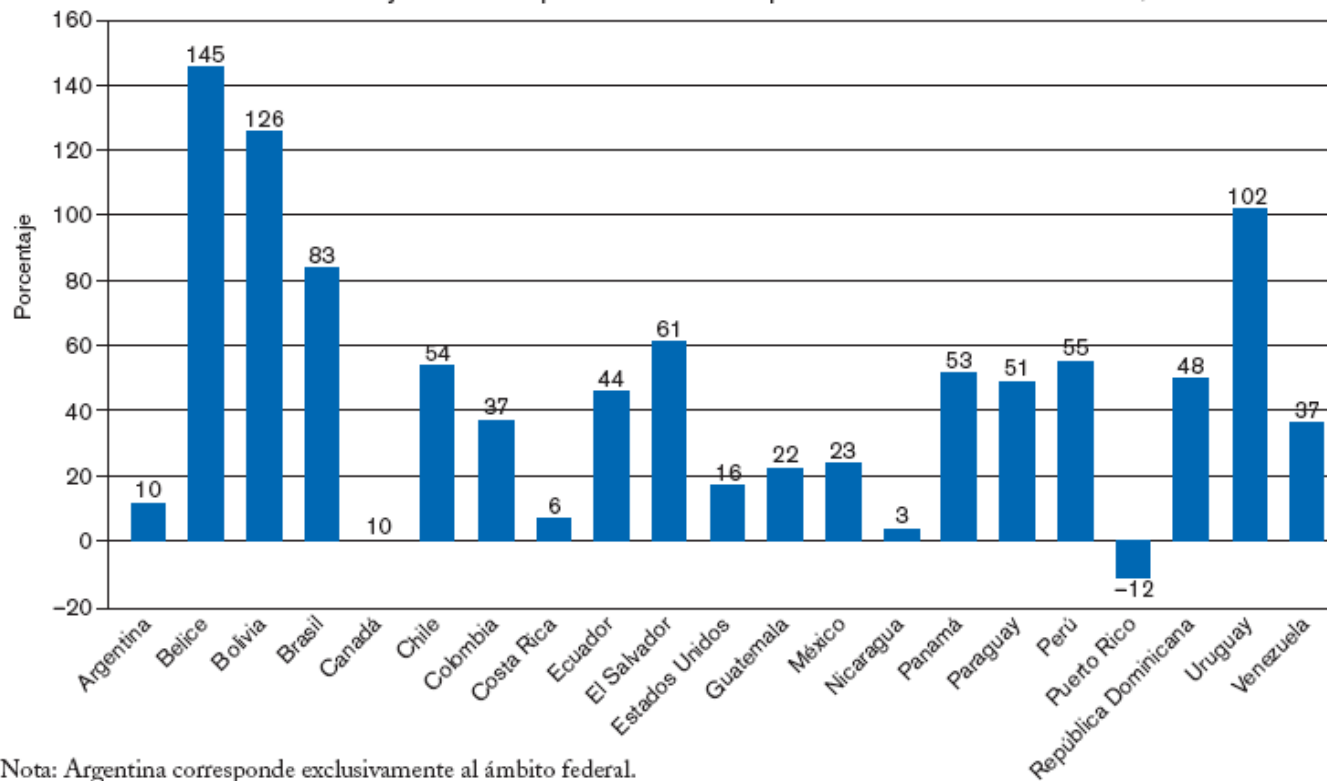
5. Empoderar gente con TB y comunidades

6. Facilitar y promover la investigación

Capítulo II: Sistemas penitenciarios

Objetivo: Conocer la situación, organización y funcionamiento del SP en países de América Latina y el Caribe.

Gráfico 2. Porcentaje de sobrepoblación en las prisiones de América Latina, 2004

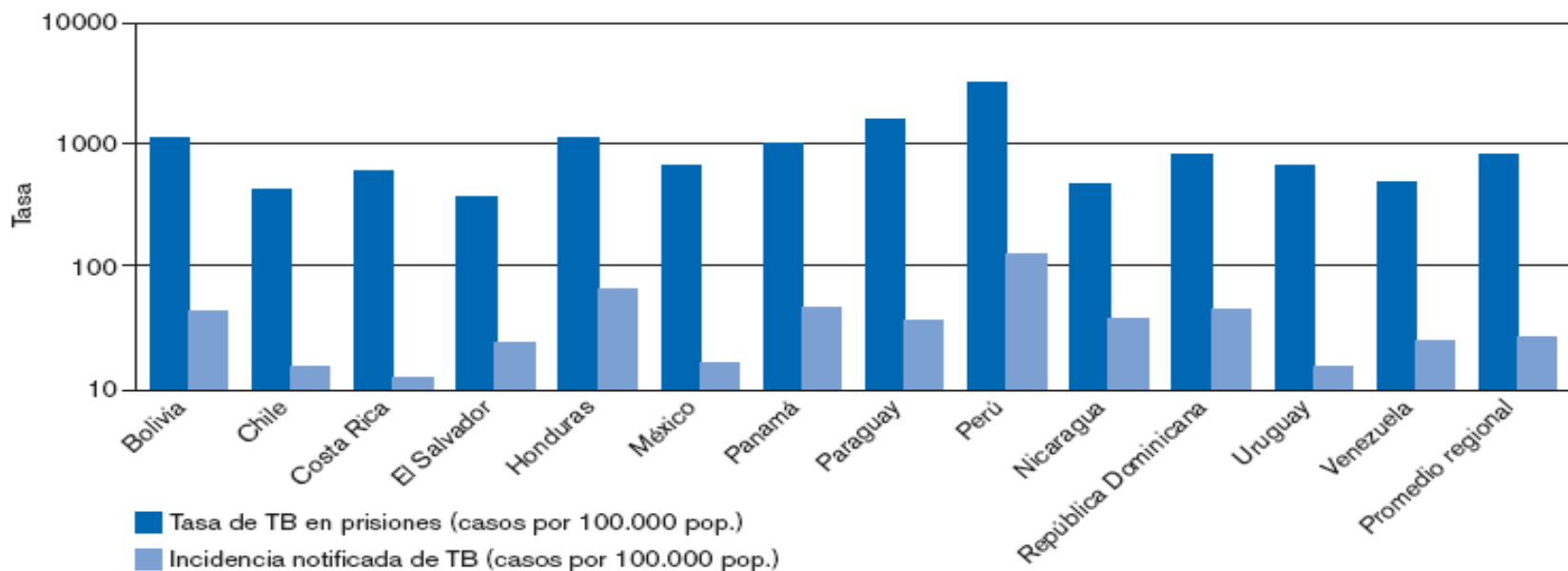


Nota: Argentina corresponde exclusivamente al ámbito federal.

Capítulo III: Situación de la TB y desafíos para su control en SP de América Latina y Caribe

Objetivo: Conocer la situación epidemiológica, operacional y los desafíos del control de TB en CP.

Gráfico 4. Tasa de TB en prisiones vs Tasa de incidencia notificada a nivel nacional, 2003 (escala logarítmica)



Capítulo IV. Aspectos generales de la tuberculosis

Objetivo: Revisar los aspectos generales de la TB: microbiología, transmisión, patogénesis, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento

- Aspectos generales
- Patogénesis
- Manifestaciones clínicas
- Diagnóstico
- Tratamiento

Capítulo IV: Aspectos generales de la tuberculosis

Diagnóstico:

- Cultivo por el método de **Kudoh Ogawa**
- **Métodos de cultivo en medios líquidos**
BACTEC MGIT 960 → ↓ tiempos de diagnóstico a 10 días en promedio.

Capítulo IV:

Aspectos generales de la tuberculosis

- Indicaciones de **cultivo de esputo** en CP (donde existan las condiciones)
 - SR con BK(+) → PSD de primera línea
 - SR con 3 BK(-) que no responden a antibióticos comunes
 - SR con 3 BK(-) y con Rx de tórax compatible con TB
 - SR con antecedente de tratamiento previo (fracaso terapéutico, abandono, recaída u otro)
 - SR con infección VIH
 - SR contacto con TB-MDR o con antecedente de tratamiento en medicina privada o encarcelamiento previo o prolongado
 - Muestras extrapulmonares y en investigación de TB en niños (aspirados gástricos, esputos provocados, etc.)

Capítulo IV:

Aspectos generales de la tuberculosis

La **radiografía** →
recomendada para el despistaje de
TB en población reclusa
(diagnóstico precoz en sintomáticos
respiratorios (SR) con esputo
negativo).[\[1\]](#).

[\[1\]](#) Fournet N. et al. Development and evaluation of tuberculosis screening scores in Brazilian prisons. *Public Health*. 2006. pp 976-982.

Capítulo IV:

Aspectos generales de la tuberculosis

- **TB BK(+)** → **PSD de primera y/o segunda línea**

Métodos para la realización de PSD

- **Convencionales**

En medios sólidos

- *Proporciones en LJ* (los resultados disponibles entre 4 a 8 semanas)
- LJ + reactivo de Griess (resultados 14 días en esputo BK+)
- *En medios líquidos* (entre 4 a 14 días).

- **Rápidos**

- *Pruebas moleculares* (resultados disponibles entre 24 a 72 Horas)

Capítulo V: Definiciones operacionales para el control de la tuberculosis

Objetivo: Brindar las principales definiciones operacionales relacionadas a la detección y clasificación de los casos utilizadas en el control de la TB.

- SR
- Caso de TB
- Resultados de tratamiento

Capítulo VI: Organización del control de la tuberculosis en centros penitenciarios

Objetivo: Brindar los lineamientos para la organización del control de la TB al interior de los SP en general y los CP en particular, en coordinación con los PNT.

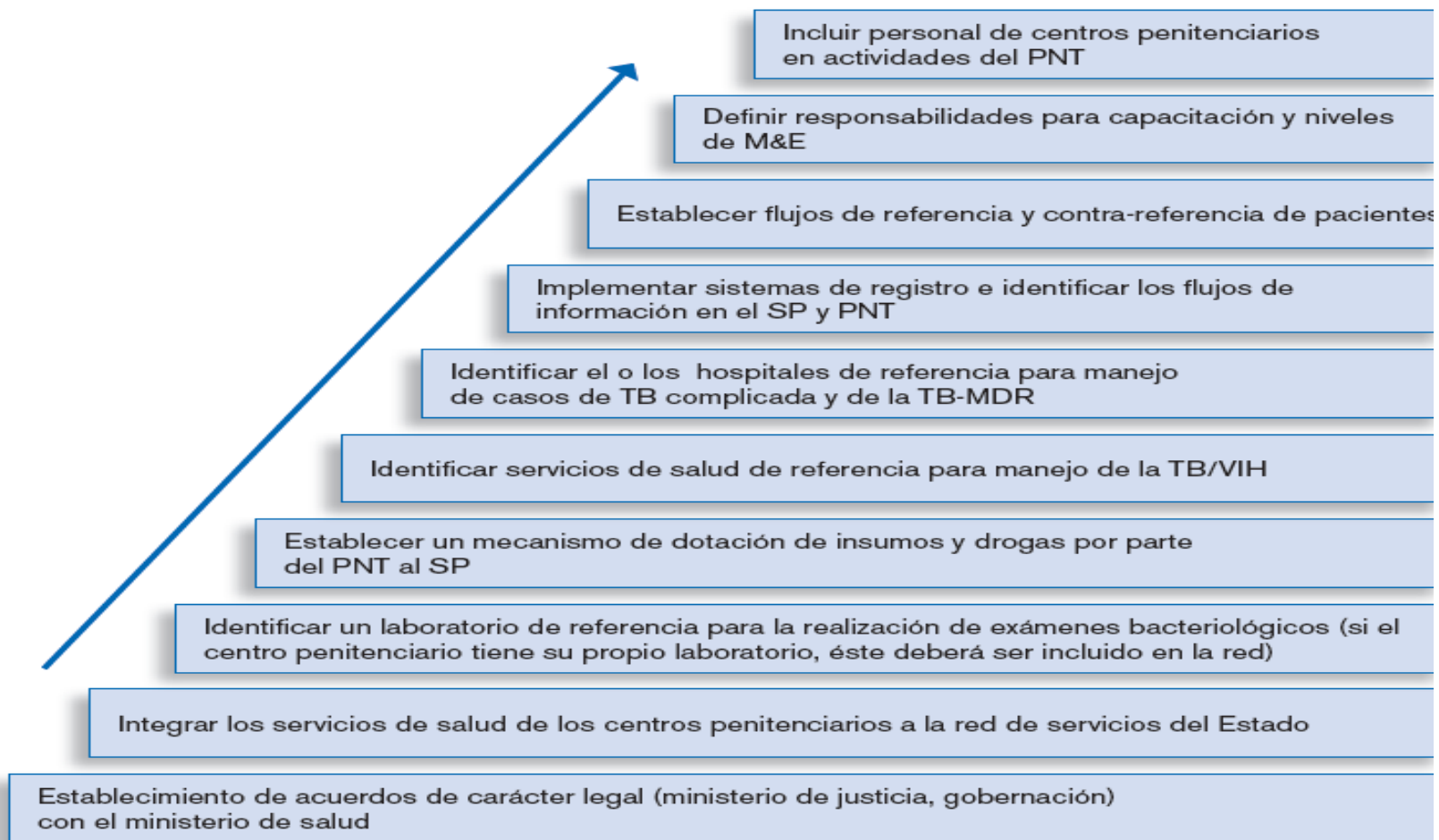
Implementación de **DOTS/TAES** → base del control de TB

- Compromiso político
- Detección mediante bacteriología
- Tratamiento normalizado con TDO
- Sistema de suministro y gestión de medicamentos
- Sistema de vigilancia, evaluación...

En los CP. las acciones de control de la TB deben seguir las normas nacionales y los EIAT.

Capítulo VI: Organización del control de la tuberculosis en centros penitenciarios

Figura 2. Pasos para la organización del control de la tuberculosis en el sistema penitenciario (SP)



Capítulo VII: Diagnóstico, tratamiento y monitoreo del control de la tuberculosis en centros penitenciarios

Objetivo: Brindar lineamientos para el diagnóstico, tratamiento y monitoreo del control de la TB al interior de los CP.

- Diagnóstico de TB → detección de casos a partir de la búsqueda de sospechosos de sufrir la enfermedad.

SR

- Detección pasiva → cuando el paciente acude al sistema de salud (SS) por cualquier causa
- Detección activa →
 - **A la entrada** al CP (tos, antecedentes de TB, VIH, contacto ...)
 - Periódica
 - Permanente
 - Y al final de la condena.

Capítulo VII: Diagnóstico, tratamiento y monitoreo del control de la tuberculosis en centros penitenciarios

Diagnóstico

- Donde se cuenta con recursos económicos

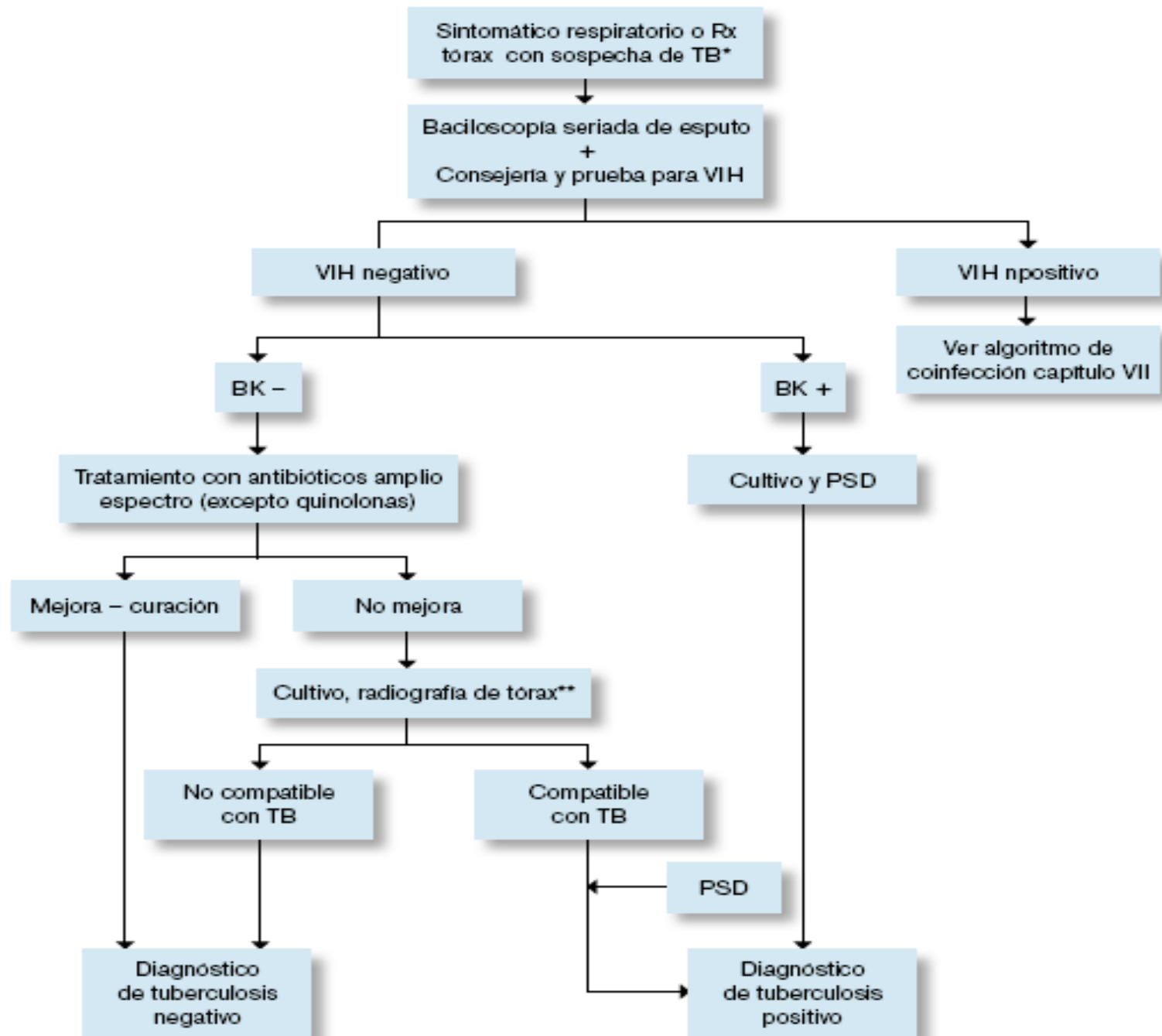
- **Bacteriología**

- **Baciloscopia**
- **Cultivo**

En CP es muy importante que la toma de la muestra de esputo sea observada y verificada por el personal de salud para evitar tráfico de muestras

- **Radiografía de tórax** (amplia variabilidad acerca de la percepción de normalidad o anormalidad de la tos y la producción de esputo de las PPL).
- **Ofertar prueba de VIH previa consejería a todo SR o sospechoso de TB**

Figura 3. Algoritmo para el diagnóstico de TB



Capítulo VII: Diagnóstico, tratamiento y monitoreo del control de la tuberculosis en centros penitenciarios

Tabla 5. Esquemas de tratamiento recomendados para casos nuevos y casos previamente tratados

Categoría	Definición de caso	Esquemas recomendados	
		Fase inicial	Segunda fase
I	<ul style="list-style-type: none"> • Casos nuevos BK+ • Casos nuevos BK- • Casos coinfectados TB/VIH • Casos con TB extrapulmonar 	2 meses diario de HRZE	Preferido 4 meses diario de HR Opcional 4 meses de HR 3 veces por semana
II	<ul style="list-style-type: none"> • Recaídas • Tratamiento luego de abandono 	2 meses diario de HRZES + 1 mes diario de HRZE	Preferido 5 meses diario de HRE Opcional 5 meses HRE 3 veces por semana
IV	<ul style="list-style-type: none"> • TB crónica (BK+ luego de un régimen de re-tratamiento supervisado) • Casos probados y/o sospechosos de TB MDR 	Regímenes especialmente diseñados (estandarizados o individualizados) con el uso de medicamentos de segunda línea.	

Nota: En TB meníngea debería usarse estreptomycin en vez de etambutol.

Fuente: Modificado de WHO. *Treatment of tuberculosis. Guidelines for national programmes.* (WHO/CDS/TB/2003.313). Gineve. 2003

Capítulo VII: Diagnóstico, tratamiento y monitoreo del control de la tuberculosis en centros penitenciarios

Seguimiento individual al tratamiento

- **Baciloscopías** de esputo de control **mensual, incluso en aquellos que iniciaron con BK negativo.**
- Si baciloscopía es **positiva** al final de la primera fase (**segundo mes**) → realizar **cultivo y PSD.**
Debe **prolongarse la primera fase** por un mes más.
- Si baciloscopía es **positiva al quinto mes** y no se cuenta con resultados de cultivo y PSD previos → realizar cultivo y PSD de preferencia con pruebas rápidas, **declarar fracaso al tratamiento y enviar al paciente para el manejo de especialidad.**

Capítulo VII: Diagnóstico, tratamiento y monitoreo del control de la tuberculosis en centros penitenciarios

- **Sistema de suministros y gestión de medicamentos**
- **Sistema de vigilancia, evaluación y medición de impacto**
 - Registros e informes
 - Indicadores

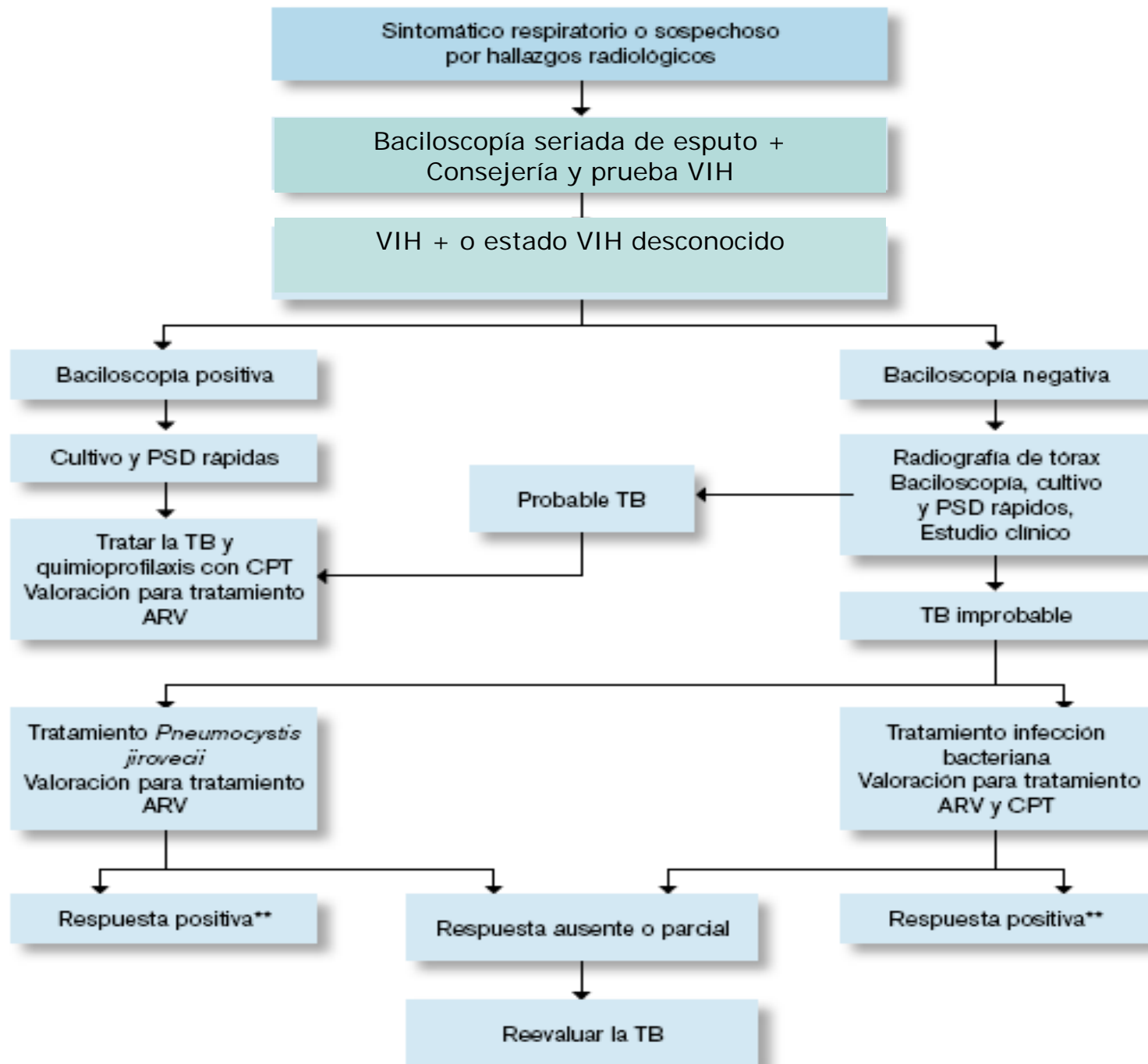
Capítulo VIII: Coinfección TB/VIH

Objetivo: Revisar los aspectos generales de la coinfección TB/VIH y brindar los lineamientos para su diagnóstico y tratamiento

En los CP, la transmisión del VIH se ve facilitada por:

- **Relaciones sexuales, homosexuales o heterosexuales, desprotegidas (consentidas o no).**
- **Carencia de prácticas de sexo seguro (no existe uso del condón)**
- **Uso de drogas ilegales (entre ellas drogas intravenosas) con ↑ del riesgo de transmisión del VIH y predisponen el desarrollo de otras conductas de riesgo**
- **↑ prevalencia de enfermedades de transmisión sexual**
- **Tatuajes sin normas de bioseguridad**
- **Violencia sexual.**

Algoritmo para diagnóstico y manejo de la coinfección TB/VIH en medios penitenciarios



Capítulo VIII: Coinfección TB/VIH

Diagnóstico de la TB en personas con VIH

- Persona con VIH → debe ser sometida a despistaje activo de TB, estén o no en tratamiento ARV
 - Personas **con VIH que tienen síntomas respiratorios** (SR) → diagnóstica deberá seguir el algoritmo de diagnóstico y manejo de casos TB/VIH
 - Personas **con VIH asintomáticas** → efectuar examen clínico y *una Rx de tórax* para descartar TB activa. **Quimioprofilaxis** con isoniacida
 - Personas **con VIH asintomáticas en contacto reciente con un caso de TB BK+**, previo descarte de enfermedad TB → **quimioprofilaxis** con INH, sino la recibió previamente

Capítulo VIII: Coinfección TB/VIH

Tratamiento anti TB en pacientes TB/VIH

El tratamiento de la TB en pacientes con VIH es igual que en pacientes sin VIH

Tratamiento ARV en pacientes TB/VIH

Tabla 10. Criterios para el inicio de terapia ARV

CD4 disponible	Iniciar tratamiento: En el estadio 4 independientemente del conteo de CD4. En estadio 1, 2 ó 3 con un conteo celular de CD4 menor de 200/mm ³ .
CD4 no disponible	Iniciar tratamiento: En el estadio 3 ó 4 independientemente del conteo total de linfocitos. En estadio 2 con conteo total de linfocitos menor a 1200/mm ³ .

Fuente: Modificado de WHO. TB/HIV a clinical manual. 2nd Edition. (WHO/HTM/TB/2004.329). Geneva, 2004

En los pacientes con TB/VIH, la prioridad es tratar la TB.

Capítulo IX:

Tuberculosis drogoresistente

Objetivo: Revisar los aspectos generales de la TB con resistencia a las drogas y brindar los lineamientos para su diagnóstico, tratamiento y control en los sistemas penitenciarios.

- **Investigaciones preliminares** en CP de algunos países han mostrado que la presencia de **TB-MDR es ↑ que en población general** → control inadecuado de TB en el pasado
“La situación real de TB- MDR en los CP es desconocida”.
- En CP sin programas de control de TB → **su población es considerada con mayor riesgo de TB- MDR** por tratamientos incompletos, interrumpidos e inadecuados.

Capítulo IX:

Tuberculosis drogoresistente

TB BK+ en CP → realización sistemática de cultivo y de PSD con métodos rápidos. Donde no es posible realizar el cultivo y las PSD en los siguientes casos:

- A toda PPL con diagnóstico de TB y que presente **factores de riesgo:**
 - **Antecedente de tratamiento previo (fracaso a categoría I y II, recaídas, casos crónicos, abandonos recuperados y tratamiento en medicina privada)**
 - **Contacto con pacientes TB-MDR**
 - **TB en pacientes con VIH**
 - **Tiempo de reclusión prolongada**
- A todo paciente con **respuesta inadecuada al tratamiento:**
 - **BK+ al final de la primera fase de tratamiento categoría I (2do mes)**
 - **BK+ al final de la primera fase de tratamiento categoría II (3er mes)**

Capítulo IX:

Tuberculosis drogoresistente

Tratamiento

- Tratamiento → **Comisión de expertos nacionales** (CP debe enviar el expediente clínico completo este comité).
- Seguimiento inicial → para ver la tolerancia al tratamiento y aislamiento, los pacientes deberían ser **hospitalizados** en unidades de manejo especial
- Continuación del tratamiento responsabilidad del personal de salud del CP y debe garantizar:
 - **Tratamiento estrictamente observado** de todas las tomas (en general dos al día)
 - **Seguimiento bacteriológico:** (baciloscopia mensual, cultivo mensual hasta la negativización, y posteriormente cada dos meses).
 - **Derivación del paciente** al centro de especialidad cuando sea necesario (manejo de efectos colaterales) y controles periódicos.

Capítulo IX:

Tuberculosis drogoresistente

Medidas de control de la TB-MDR en los CP

- Prevención de TB-MDR → **buen manejo de los casos sensibles** (nuevos) y seguimiento de todos los casos (intra y extramuros).
- **Diagnóstico oportuno de la TB-MDR** en el CP
- **Derivación de casos** TB-MDR oportunamente a centros especializados para inicio de tratamiento con drogas de segunda línea.
- **Tratamiento directamente observado** de acuerdo a esquema e indicaciones determinados por el centro especializado.
- **Seguimiento bacteriológico riguroso** del tratamiento con baciloscopías y cultivos mensuales.

Capítulo X: Control de infecciones

Objetivo: Conocer las medidas de control administrativo, ambiental y de protección respiratoria para la disminución del riesgo de transmisión de la TB en CP.

- Principal medida de control de infecciones es el ***diagnóstico temprano y el inicio inmediato de terapia antituberculosa.***

Capítulo X: Control de infecciones

Algunas otras medidas de control administrativo

Revisión y mejoramiento de condiciones de recolección del esputo

- **Separación de casos** en ambientes bien ventilados:
 - **TB BK+ deben ser tratados y aislados del resto de PPL**
 - **BK+ deben ser aislados en dos grupos:**
 - **los BK+ sensibles**
 - **los BK+ resistentes**

En imposibilidad del aislamiento total **mínimamente deben aislarse los pacientes con TB-MDR y XDR** de todo el resto de la población penitenciaria y **fundamentalmente de las personas con VIH u otros PPL inmunodeprimidos.**

Capítulo X: Control de infecciones

Algunas otras medidas de control administrativo

- La **suspensión del aislamiento** → al menos **dos semanas de tratamiento** y con **baciloscopia negativa - TB sensible**.
- **TB MDR y XDR** el aislamiento debe durar **hasta la negativización demostrada por cultivo** (cultivo negativo).
- Donde existan condiciones **se debería también aislar a los SR** → resultados de las baciloscopías.
- Personal de salud y seguridad debe **educar** a los SR o pacientes con TB → aislamiento es **una medida preventiva y no punición o castigo**.

Capítulo XI: Manejo de contactos

- **Objetivo:** Ofrecer los lineamientos generales para el manejo de los contactos de pacientes diagnosticados con TB al interior de los CP.

Capítulo XI: Manejo de contactos

Definiciones

- **Caso índice → TB pulmonar BK+ y/o cultivo positivo.**
- **Contactos → en CP con alto hacinamiento contacto es todo interno que **comparten el mismo pabellón. En algunas situaciones se deben evaluar también los contactos de las áreas de trabajo, áreas recreativas y los niños todo en celdas femeninas****
 - **Personal de seguridad del CP encargado de la celda del caso índice**
 - **Personal de salud del CP**
 - **Visitas del caso índice**

En regímenes semicerrados, los que pernoctan con el caso índice.

Capítulo XI: Manejo de contactos

Manejo de TB en contactos

Dependerá de *la serología VIH del contacto y la presencia de TB sensible o MDR del caso índice:*

- **Internos que conviven en misma celda de caso índice**
- **Caso índice con TB sensible a medicamentos de primera línea**
 - ▶ **Contactos SR sin VIH → seguir el algoritmo para el diagnóstico de TB**
 - ▶ **Contactos no SR sin VIH → educación y orientación en caso de síntomas.**
 - ▶ **Contactos SR con VIH → seguir el algoritmo para diagnóstico y manejo de la coinfección TB/ VIH**
 - ▶ **Contactos no SR con VIH → deben ser examinados clínica y Rx. Si la Rx es sugestiva de TB → Algoritmo para diagnóstico y manejo de la coinfección TB/ VIH**

Capítulo XI: Manejo de contactos

Caso índice con **TB-MDR**

- Contactos **SR** → baciloscopia, cultivo y PSD (por métodos rápidos). Diagnóstico de TB (independientemente de su estado VIH) deberá ser transferido al centro de TB-MDR.
- Contactos **no SR** → educación y seguimiento en busca de síntomas durante dos años. Con VIH realizar valoración clínica y radiológica, ante sospecha de TB activa derivarlo al centro de TB-MDR.
- En CP **no** se recomienda el uso del PPD como un método de despistaje de infección tuberculosa en contactos y PPL.

Capítulo XI: Manejo de contactos

Personal de seguridad encargado de la celda del caso índice

- Educación y referencia al servicio de salud cercano a su domicilio o a la seguridad social, según corresponda.

Personal de salud del centro penitenciario

- Examen clínico y radiológico periódico de acuerdo a las normas del PNT:
 - Profesionales de salud ***infectados con el VIH*** → reubicados dentro el SS evitar exposición con BK

Visitas del caso índice o contactos de otras personas en la comunidad

- Visitas y los contactos de PPL en regímenes semicerrados que pernoctan con el caso índice deben ser educados y ser referidos al SS cercano a su domicilio.

Capítulo XI: Manejo de contactos

Niños contactos en celdas femeninas

Evaluación clínica y Rx por profesional capacitado en el SS cercano al CP. Imposibilidad de derivación deberá ser evaluado por el personal de salud del CP y :

Sospecha de enfermedad → tratamiento completo

Sin signos de enfermedad → quimioprofilaxis con INH por 9 meses (normativa nacional)

Recién nacidos de madres con TB pulmonar BK+ y/o cultivo positivo → **deben recibir quimioprofilaxis con INH por 9 meses**. La vacunación BCG del recién nacido, a la conclusión de la profilaxis.

*“La tuberculosis no es parte de la condena,
como tampoco lo es la muerte por falta de
tratamiento adecuado para la TB sensible o
TB-MDR”*

Gracias

Thank you

Obrigado

Merci

