

## 73. ¿Cuáles son las prioridades relativas para un programa de control de la tuberculosis y qué acciones no deben realizarse?

*F. Luélmo<sup>1</sup> y T. Frieden<sup>2</sup>*

El encuadre de las prioridades en un programa de control de la tuberculosis se basa en los objetivos del programa, la eficacia de las intervenciones y los recursos existentes. La primera prioridad es identificar, curar y documentar la curación entre quienes concurren a atenderse en los centros de salud. Un objetivo razonable es conseguir una tasa de curación de 85% entre los casos nuevos con baciloscopia positiva. Una vez logrado esto, los programas pueden ampliar la cobertura para detectar más casos y para hacerlo más precozmente. Estas primeras prioridades se orientan a cortar directamente la cadena de transmisión y reducir la mortalidad. Ello se logra mediante el diagnóstico preciso y oportuno, la provisión gratuita de medicamentos, la toma regular de la medicación y el monitoreo sistemático de las sucesivas cohortes de pacientes pulmonares con baciloscopia positiva. Para que esto se produzca, un programa debe asegurar:

- Organización del tratamiento ambulatorio para los pacientes tuberculosos (todas las formas, tanto de los casos nuevos cuanto de los vueltos a tratar), con pautas, adiestramiento, suministros, registro, baciloscopias, monitoreo y supervisión. Esto incluye la quimioterapia directamente observada descentralizada hacia el personal sanitario periférico y los voluntarios de la comunidad que sean convenientes para el paciente.
- Organización del diagnóstico, que incluye: red de laboratorios, publicación de las recomendaciones, adiestramiento, control de calidad, registro, monitoreo y supervisión.
- Ejecución de la detección de casos en los centros de salud periféricos, con adiestramiento y monitoreo. Esto también incluye la información a la

---

<sup>1</sup> Consultor, Programas de Control de la Tuberculosis, Ginebra, Suiza.

<sup>2</sup> Funcionario Médico, Unidad Alto a la Tuberculosis, Oficina Regional de la OMS para el Sudeste Asiático, Nueva Delhi, India.

## VIGILANCIA

comunidad con respecto a la disponibilidad gratuita del diagnóstico y la curación, y a la necesidad de una evaluación diagnóstica sin demoras de los tosedores crónicos.

Las prioridades secundarias, que deben ser incorporadas gradualmente una vez que el paquete básico produce resultados satisfactorios, son:

- Control de calidad mejorado de los medicamentos.
- Expansión de la detección de casos y el tratamiento a las instituciones no gubernamentales y a la práctica privada.
- Expansión de la red de laboratorios para cultivos y desarrollo de antibiogramas en el laboratorio nacional. Empleo de cultivos para el diagnóstico en pacientes con baciloscopia negativa sospechosos de presentar tuberculosis.
- Formulación y ejecución de pautas terapéuticas y diagnósticas para niños y casos extrapulmonares, tuberculosis asociada con el VIH/SIDA, tuberculosis en las cárceles, migrantes y otros grupos especiales.
- Vigilancia de la notificación de casos, farmacorresistencia, tuberculosis/VIH, meningitis en niños, prevalencia de infección y mortalidad (si se dispone del registro de defunciones).
- Investigación operativa, con énfasis en la epidemiología descriptiva; factores de riesgo para el retraso diagnóstico, abandono, fracaso del tratamiento y muerte; monitoreo de la eficacia en función de los costos de las intervenciones y racionalización de la atención (hospitalización, cirugía, sistema de derivación, atención especializada, integración con otras actividades de control dentro de la atención general de salud).

Según la disponibilidad de recursos y el contexto epidemiológico, también se pueden adoptar las siguientes medidas:

- Examen ampliado de los contactos y grupos de alto riesgo para el diagnóstico y el tratamiento preventivo (por ejemplo, quienes habitan en lugares hiperpoblados, los grupos de prevalencia alta, los infectados por el VIH, las personas con tuberculosis tratada parcialmente en el pasado).
- Expansión del paquete de atención antituberculosa a los casos farmacorresistentes. Esta actividad presenta una prioridad mucho mayor en áreas con tasas altas de tuberculosis polifarmacorresistente inicial que también cuentan con grandes poblaciones de personas inmunodeprimidas, en especial donde existen ámbitos hiperpoblados (por ejemplo, salas de SIDA, cárceles, minas).

El personal y otros recursos de los programas antituberculosos y del sistema de atención de la salud *no* deben emplearse para las actividades de bajo rendimiento y escaso beneficio para la comunidad.

## Algunos ejemplos de intervenciones innecesarias, inadecuadas o nocivas

### *Detección de casos*

- Detección “activa” de casos mediante radiografías miniatura masivas en la población general (véase “¿Cuál es el valor de la detección de casos mediante el examen radiológico masivo y periódico en el control de la tuberculosis?”, página 81).
- Detección selectiva —con tuberculina, rayos X o bacteriología— de las poblaciones de bajo riesgo tales como los estudiantes, los maestros, los manipuladores de alimentos, etc.
- Promoción activa de los servicios que no están disponibles para la comunidad; por ejemplo, promoción cuando los abastecimientos de medicamentos son insuficientes o irregulares o los servicios terapéuticos tienen una organización deficiente y están alcanzando tasas de curación bajas.
- Empleo de unidades móviles específicamente para la tuberculosis, separadas de las instalaciones sanitarias permanentes o del personal capaz de brindar tratamiento regular hasta la curación.
- Establecimiento de centros de diagnóstico de la tuberculosis separados de la atención general de la salud —la mayor parte de los pacientes con síntomas consultan en los centros generales, sin saber que tienen tuberculosis—.
- Diagnóstico basado exclusivamente en la clínica o solo en la radiología. Debido a la baja especificidad, muchos pacientes sin tuberculosis o con lesiones curadas serán medicados innecesariamente, con riesgo de perjuicio para la salud y desperdicio de recursos.
- Solicitud de frotis en días sucesivos, con varias visitas por parte del paciente (en dos visitas se pueden obtener tres frotis, en el momento – a primera hora de la mañana – en el momento).
- Diagnóstico centralizado o confirmación del diagnóstico en instituciones especializadas (por ejemplo, dispensarios de tuberculosis). La mayor parte de los pacientes con síntomas respiratorios consultan primero en los departamentos ambulatorios de los hospitales generales, los centros de atención primaria y los médicos en su práctica privada.
- Empleo de tecnología compleja inapropiada, por ejemplo, uso de la reacción en cadena de la polimerasa en los programas de control.

### **Tratamiento**

- Centralizar el tratamiento exclusivamente en las instituciones especializadas. El conocimiento de la tuberculosis y de sus complicaciones clínicas suele ser mejor y puede haber más recursos diagnósticos, pero las instalaciones centrales pierden un porcentaje más elevado de pacientes debido a

la mayor distancia que media hasta los hogares de los pacientes. Excepto en ciertos entornos urbanos, estas instalaciones deben emplearse solo para la derivación de los casos difíciles para el diagnóstico o la atención de las complicaciones, y los pacientes deben ser derivados o trasladados a un lugar de tratamiento de fácil acceso tan pronto como sea posible.

- Solicitar al paciente que compre los medicamentos faltantes por suministro irregular. Esto conduce a la monoterapia y la farmacorresistencia, a la pérdida de confianza en el servicio y al abandono del tratamiento.
- Prolongación de la quimioterapia. Muy pocos pacientes se benefician con el tratamiento prolongado y no se justifica extender la quimioterapia para todos. No existen indicios de que el tratamiento más largo para la meningitis u otras formas de tuberculosis sume beneficios.
- El agregado de vitaminas, suplementos nutricionales, minerales y otros medicamentos costosos, a menos que exista una deficiencia específica. El estado nutricional del paciente mejora como producto de la reducción de la carga bacteriana. La nutrición es un factor de riesgo importante para el viraje de la infección a la enfermedad tuberculosa, pero no repercute sobre la curación cuando se emplean regímenes acortados de alta eficacia. Los alimentos (para el paciente y su familia) pueden, sin embargo, ser incentivos sumamente eficaces para mejorar la adhesión al tratamiento.
- Seguimiento mensual con rayos X.
- Empleo de mascarillas quirúrgicas por el personal sanitario. Estos dispositivos no previenen la inhalación de bacilos, separan al personal de los pacientes y le dan una falsa impresión de seguridad.

#### ***Monitoreo (incluida la investigación)***

- Vigilar gran cantidad de indicadores de proceso tales como el número de pacientes tratados en cualquier momento del tiempo. Los indicadores habituales (calidad del diagnóstico, tasa de conversión, tasa calculada de detección anual) son reveladores y no deben ser atenuados por información menos importante.
- Informes mensuales extensos. Los informes trimestrales son por lo general suficientes para el monitoreo oportuno y eficaz.
- Combinar la recolección de datos sobre la tuberculosis (informes trimestrales) con el sistema de información de salud general. Por otra parte, la información de los informes trimestrales debe distribuirse lo más ampliamente posible —a través del sistema de información de salud general y de otros modos—.
- Emplear recursos excesivos en proyectos piloto o la investigación operativa, haciendo que la intervención probada sea inaplicable o no sostenible para su aplicación en todo el país.