



**INFORME
DE LA
REUNIÓN REGIONAL DE
JEFES DE
PROGRAMAS NACIONALES DE
CONTROL DE LA
TUBERCULOSIS**

**Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Programa Regional de Tuberculosis
San Salvador, El Salvador, 29 y 30 de julio del 2010**

CONTENIDO

	<u>Página</u>
• Abreviaturas y Acrónimos	4
• Introducción.....	6
• Inauguración.....	6
• Objetivos.....	6
 Sesión del lunes 26 de julio del 2010	
• Situación mundial de la TB y desafíos para alcanzar las metas del Objetivo 6 de Desarrollo del Milenio referido a TB.....	7
• Situación de la TB en las Américas y desafíos para alcanzar las metas del Objetivo 6 de Desarrollo del Milenio referido a TB.....	8
• Situación del control de la TB en El Salvador.....	10
• Presentación de la nueva guía de tratamiento de la TB de OMS.....	11
• Presentación de la actualización de la Guía Clínica TB/VIH de la Región.....	12
• Mesa Redonda: Rol de los determinantes sociales de salud en TB y abordaje de la TB en poblaciones vulnerables.....	14
• Determinantes sociales de la salud y tuberculosis	14
• Tuberculosis en niños en Latinoamérica y el Caribe.....	15
• Tuberculosis en poblaciones indígenas –Colombia-.....	16
• Tuberculosis en favelas –Brasil-.....	16
• Tuberculosis en prisiones –Paraguay-.....	16
• Intervenciones socio-económicas que pueden fortalecer el control de la TB – Perú-.....	17
• Diabetes y Tuberculosis –México-.....	17
 Sesión del martes 27 de julio del 2010	
• Trabajo de Grupos: Análisis de la situación epidemiológica, implementación de la estrategia Alto a la TB, iniciativa APP, intervenciones en poblaciones vulnerables y desafíos para el 2010-2011.....	19

- Presentación del Plan Regional de Expansión del Manejo Programático de la TB MDR.....23
- Necesidades de las redes de laboratorio para la implementación del Plan Regional de Expansión del Manejo Programático de la TB MDR.....24
- Importancia del TB TEAM nacional.....25

Sesión del miércoles 28 de julio del 2010

- Elementos esenciales del control de contactos de Tuberculosis.....26
- Experiencias nacionales en control de contactos (Chile y Canadá).....27
- Trabajo de países: Análisis de contenido del capítulo de contactos de las guías nacionales, identificación de debilidades y elaboración de plan para mejorar el control de contactos.....30
- Conclusiones y acuerdos.....31
- Anexo 1. Agenda.....34
- Anexo 2. Evaluación de la Reunión.....37
- Anexo 3. Lista de participantes.....40

Este informe fue preparado por el Dr. Rolando Cedillos.

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

APP	Alianzas Público Privadas
ARV	Antirretrovirales
BAAR	Bacilos ácido alcohol resistentes
BCG	Bacilo Calmette Guerin (vacuna contra la TB)
BK	Baciloscopía
CLV	Comité de Luz Verde
CPT	Siglas en inglés, Terapia preventiva con cotrimoxazol
DM	Diabetes Mellitus
DOTS	Siglas en inglés de tratamiento acortado directamente observado. Estrategia internacionalmente recomendada para la curación de la TB
HSH	Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAL	En inglés, siglas del Enfoque Práctico para la Salud Pulmonar
PCP	Neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i>
PNS	Programa Nacional VIH/SIDA
PNT	Programa Nacional de la Tuberculosis
PPD	Derivado proteínico purificado (prueba de tuberculina)
PPL	Persona Privada de Libertad
PPM	En inglés, siglas de Alianzas Público Privadas
PSD	Pruebas de sensibilidad a drogas
PVV	Persona Viviendo con VIH
RxT	Radiografía de Tórax
Sida	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
TARV	Terapia antirretroviral
TB	Tuberculosis
TBP	Tuberculosis pulmonar
TBE	Tuberculosis extrapulmonar
TB-DR	Tuberculosis drogorresistente (mono, poli, multi y extensamente drogorresistente)

TB MDR	Tuberculosis multidrogorresistente
TB XDR	Tuberculosis extensivamente drogorresistente
TMP-SMX	Trimetoprim- sulfametoxazol (Cotrimoxazol)
TPI	Terapia preventiva con isoniacida
TS	Trabajador (a) sexual
UDI	Usuario de drogas inyectables
VHB	Virus de Hepatitis B
VHC	Virus de Hepatitis C
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

INTRODUCCIÓN

La Reunión de Jefes de Programas de Control de la Tuberculosis de las Américas es un evento que se celebra cada dos años y en el que se pasa revista a la situación mundial, regional y nacional de la TB. Esto se realiza a la luz de la implementación de la Estrategia Alto a la TB, el Plan Mundial para detener la Tuberculosis y el Plan Regional de TB, así como los compromisos de los países formalizados en reuniones anteriores.

En esta ocasión además de revisar los avances en incorporar al control de la TB a todos los proveedores de salud y conocer las nuevas recomendaciones de OMS para el tratamiento de la TB, destaca en la agenda la necesidad de examinar las determinantes sociales de la TB y las poblaciones vulnerables de los países.

INAUGURACIÓN

Las palabras de bienvenida estuvieron a cargo del Dr. José Ruales, Representante en El Salvador de la OPS, y la Dra. Mirtha del Granado Jefe del Programa Regional de TB de OPS. Al dar por inaugurada la Reunión Regional de Jefes de Programas de Control de la TB, la Dra. María Isabel Rodríguez, Ministra de Salud de El Salvador agradeció a OPS y los representantes de los países su esfuerzo y compromiso, exhortándolos a continuar la lucha contra la amenaza constante para la humanidad que representa la tuberculosis

OBJETIVOS

1. Analizar la situación de la TB en el mundo, en las Américas y los desafíos a ser enfrentados para alcanzar las metas del Objetivo 6 de Desarrollo del Milenio referido a Tuberculosis
2. Analizar el control de la TB focalizando en estrategias de detección de casos como la implementación del PPM y el abordaje de poblaciones vulnerables en cada uno de los países participantes.
3. Difundir las nuevas normas del tratamiento de la tuberculosis y las de TB/VIH
4. Conocer el impacto de los determinantes sociales de salud en la tuberculosis e identificar las poblaciones vulnerables que deben ser abordadas en cada país así como estrategias de intervención exitosas.
5. Discutir el Plan Regional de Expansión del Manejo Programático de la TB resistente y las necesidades de las redes de laboratorio para implementar el plan.
6. Discutir la importancia del TB-TEAM nacional y brindar lineamientos sobre su conformación y/o fortalecimiento en cada país
7. Abordar el control de contactos de enfermos con TB dentro los programas de TB como población altamente vulnerable a la TB.

SESIÓN DEL LUNES 26 DE JULIO DEL 2010

Situación mundial de la tuberculosis y desafíos a ser enfrentados para alcanzar las metas del Objetivo 6 de Desarrollo del Milenio referido a Tuberculosis

Dr. Ernesto Jaramillo
Departamento Alto a la TB
OMS Ginebra, Suiza

ESTIMACIÓN DE LA CARGA GLOBAL DE TB EN EL 2008:

TB todas las formas: Se estimaron 9.37 millones de casos con aproximadamente 1.3 Millones de muertes (Excluyendo las muertes de personas con VIH)

TB asociada a VIH: Aproximadamente 1.4 millones de casos ocasionando alrededor de 520 000 muertes

TB Multidrogorresistente: 500 000 casos estimados con más de 150 000 muertes

METAS GLOBALES DE CONTROL DE LA TB:

ODM 6: Combatir VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades

- Detener y comenzar a revertir la incidencia de TB en el 2015

Alianza Alto a la TB:

- Reducción de 50% en prevalencia y muertes por TB en 2015
- Eliminación de la TB en el 2050 (<1 caso por millón de habitantes)

En 15 años (1995-2008) de DOTS y de la Estrategia Alto a la TB hay logros mundiales indiscutibles:

- 36 millones de casos curados
- 8 millones de muertes evitadas
- Reducción de la letalidad de 7.6% a 4%

La disminución en la incidencia de TB permitirá alcanzar el ODM 6. Sin embargo la detección de casos está estancada en el 2008 en 61%. Aunque la meta de prevalencia y de mortalidad por TB para el 2015 está en camino de lograrse a nivel mundial, la meta de eliminación de la TB en el 2050 no se alcanzará.

Desafíos de la TB en el 2010:

1. La calidad de DOTS no es uniforme
2. La coinfección TB/VIH, especialmente en África; MDR-TB, especialmente en la antigua URSS, China e India; XDR-TB en todas partes.
3. Los sistemas de salud débiles: ausencia de políticas para acceso gratuito a servicios de diagnóstico y tratamiento, calidad y acceso a drogas, laboratorio, recursos humanos, control de infecciones.
4. Limitada participación de todos los proveedores de servicios de salud
5. Lograr mayor participación de sociedad civil y comunidades más afectadas

6. Escasas tecnologías nuevas, transferencia lenta e investigación operativa escasa

DISCUSIÓN

Ante una pregunta sobre cómo los países que no tienen acceso a medicamentos para el tratamiento de la TB MDR a través del Comité de Luz Verde (CLV) pueden lograrlo, el Dr. Jaramillo respondió que la manera como OMS está coordinado su apoyo a los países en este respecto está en revisión. La Asamblea Mundial de Salud el año pasado se propuso como meta acceso universal al diagnóstico y tratamiento de la TB MDR, consecuentemente, agregó, el CLV que se creó con el mandato de prevenir el aumento de la resistencia controlando los medicamentos para su tratamiento ya no es necesario y va a desaparecer.

Se le preguntó al Dr. Jaramillo cuáles son los factores que explican el estancamiento de la detección. A esto respondió que entre otras cosas ha contribuido cómo los países han interpretado las metas, la complacencia al alcanzar metas anteriores como la del 75% de detección y 85% de curación que no tuvieron el impacto en la incidencia que se esperaba. La política ahora, dijo, es acceso universal y eso significa el 100%. Las Américas, afirmó el Dr. Jaramillo, es una región de baja prevalencia por lo que, aparte de los países desarrollados, si alguna región del mundo puede dar el ejemplo y lograr la eliminación, somos nosotros, concluyó.

Al preguntársele sobre el impacto de la crisis financiera mundial en el control de la TB, comentó que afortunadamente mecanismos de financiamiento como el Fondo Mundial han aumentado sus aportes para control de la TB y TB MDR. La falta de recursos, agregó el Dr. Jaramillo, no es un problema. Los recursos existen, afirmó, como lo evidencia que países subdesarrollados envíen cohetes al espacio. La cuestión real son las prioridades y las decisiones políticas. Líderes como ustedes, concluyó el Dr. Jaramillo, unidos a la sociedad civil deben incidir políticamente para lograr los recursos que corresponden a sus necesidades en el control de la TB.

Situación de la TB en las Américas y desafíos a ser enfrentados para alcanzar las metas del Objetivo 6 de Desarrollo del Milenio referido a Tuberculosis

Dra. Mirtha del Granado
Programa Regional de TB
OPS Washington D.C.

ESTIMACIÓN DE LA CARGA DE TB EN LAS AMÉRICAS EN EL 2008:

La Región de las Américas representa únicamente el 3% de la carga global de TB.

TB todas las formas: Se estimaron 280 000 casos (Brasil, Haití y Perú representan la mitad). Aproximadamente 31 000 muertes (Excluyendo las muertes de personas con VIH)

TB asociada a VIH: Aproximadamente 38 000 casos ocasionando alrededor de 12 000 muertes

TB Multidrogorresistente: 8200 casos estimados.

El 90% de la brecha en la notificación de casos de TB corresponde a los 12 países prioritarios: Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Guatemala, Haití, Honduras, México, Perú, Nicaragua, República Dominicana.

METAS REGIONALES DE CONTROL DE LA TB:

ODM 6: Combatir VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades

- Detener y comenzar a revertir la incidencia de TB en el 2015

Alianza Alto a la TB:

TB

- Detectar al 90% de los casos de TB con baciloscopía positiva
- Tratar exitosamente a >86% de los casos de TB

TB/VIH

- 85% de pacientes TB con prueba VIH para el 2010
- 95% pacientes TB/VIH con Terapia preventiva con cotrimoxazol para el 2010

TB-MDR

- 80% de los casos con BK positiva y/o cultivo positivo diagnosticados y tratados para el 2015
(equivalente a ~4.800 casos en 2015)

La incidencia de TB en las Américas ha estado en disminución por más de 15 años pero es de notar la falta de disminución en: Haití, Belice, Jamaica, Panamá y Paraguay y el incremento en: Guyana, Surinam y Trinidad y Tobago. Aunque como región se han logrado las metas de reducir la prevalencia y la mortalidad (excluyendo VIH) en el 2015 a la mitad con relación a 1990 y la mayor parte de los países lo lograrán individualmente, es improbable que Belice, Haití, Jamaica, Paraguay, Surinam y Trinidad y Tobago alcancen dichas metas.

La región logró en el 2008 detectar al 78% de los casos de TB con BK positiva con varios países prioritarios rezagados sustancialmente: Haití (60%), Ecuador (62%), Rep. Dominicana (60%), Guatemala (43%) y Guyana (66%).

La tasa de tratamiento exitoso de la TB al 2007 era de 82% con varios países prioritarios rezagados: Brasil (72%) Colombia (77%), Ecuador (75%), República Dominicana (78%), Guyana (71%) así como otros países no prioritarios: Argentina (62%), Belice (46%), Canadá (64%), Jamaica (56%) y Trinidad y Tobago (65%).

En cuanto a la coinfección TB/VIH, para el 2008 como región solo al 49% de pacientes TB se les realizó prueba de VIH encontrándose todos los países prioritarios, excepto Colombia y Guyana, rezagados significativamente. Como región para el 2008 solo el 9% de pacientes TB/VIH recibieron TPC siendo el 47% de pacientes notificados de México. Para el 2008 más del 80% de pacientes TB/VIH se encontraron recibiendo TARV pero el 82% de los pacientes los aportó un solo país, Brasil.

En cuanto a TB/MDR para el 2008 el 76% no eran detectados y destaca que más del 70% de los casos por CLV son del Perú y más del 50% No CLV son del Brasil. En el 2008 solo al 17% de los casos de TB retratados se les hizo PSD.

Desafíos de la TB en las Américas en el 2010:

1. Aumentar la visibilidad de la TB como problema de salud pública
2. Mejorar el seguimiento del tratamiento y las tasas de éxito
3. Mejorar la detección de casos
4. Fortalecer la red de laboratorios
5. Fortalecer la vigilancia epidemiológica de la TB y TB-DR
6. Expandir y mejorar la calidad del manejo de TB-DR
7. Expandir actividades de colaboración TB/VIH
8. Movilización de recursos financieros
9. Fortalecer la capacidad gerencial de los Programas Nacionales de Tuberculosis
10. Implementar el manejo inter-programático
11. Facilitar y/o apoyar la mayor participación de la comunidad y de los afectados

Situación del control de la tuberculosis en El Salvador

Dr. Julio Garay

Jefe del Programa Nacional de TB y Enfermedades Respiratorias

Por más de una década la incidencia de TB se ha mantenido estable y para el año 2009 se reportó una incidencia de 27.4 x 100 000 habitantes. y 15.1 x 100 000 h. para la TB todas las formas y TB BK positiva respectivamente.

Del 2007 al 2009 los proveedores públicos no PNT como son la Seguridad Social, el Sistema Penitenciario así como el Sistema Privado, incrementaron sus aportes al número de casos nuevos reportados gracias a convenios formalizados durante ese tiempo.

En términos de indicadores, el porcentaje de tratamiento exitoso de la TB fue de 91.3% para el año 2008. El porcentaje de casos nuevos de TB tamizados para VIH alcanzó el 95% en el 2009. Del 2007 al 2009 el porcentaje de casos TB/VIH que recibió profilaxis con Cotrimoxazol (TMP/SMX) se mantuvo alrededor del 50% y en el 2009 descendió al 28.4%. El porcentaje de infección por VIH en todos los casos de TB para el 2009 fue de 11.8%. El porcentaje de fallecidos con la coinfección TB/VIH se redujo de 47.4 % en el 2000 al 17.4% en el 2008. En el 2009 se evaluó con PSD al 100% de los casos de retratamiento reportándose únicamente un caso de TB MDR.

El país logró para el 2010 a través del Fondo Mundial contra el SIDA, la TB y la Malaria financiamiento para la prevención y control de la TB (incluyendo TB MDR) en 26 municipios en tres grupos vulnerables: población de pobreza periurbana, privados de libertad y personas viviendo con VIH.

Los próximos pasos para el PNT son:

- Implementación de nuevos métodos de cultivo (Ogawa-Kudoh, MGIT 960).

- Fortalecimiento del recurso humano en el Laboratorio Nacional de Referencia, en 14 hospitales de segundo nivel y en 2 centros de cultivo regionales.
- Fortalecimiento para el diagnóstico de tuberculosis dotando con un microscopio a 58 laboratorios de 26 municipios a intervenir con la propuesta en Ronda 9 del Fondo Mundial.
- Contratación de una empresa para el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo para el diagnóstico de tuberculosis en los 26 municipios priorizados en la propuesta de Ronda 9 del Fondo Mundial.
- Fortalecimiento del equipo y la bioseguridad en el Laboratorio Nacional de Referencia.

DISCUSIÓN

Se le preguntó a la Dra. del Granado sobre las razones para el estancamiento de la detección de casos, a lo cual respondió que un factor importante es la debilidad de los sistemas de salud. Cuando por el dengue o la influenza se afectan las actividades de detección es por esa debilidad, agregó, por lo que es importante hablar con los tomadores de decisiones de cómo TB puede fortalecer el sistema de salud y viceversa.

El Dr. Draurio Barreira del PNT de Brasil hizo un comentario sobre los sistemas de información y cómo no reflejan el trabajo realizado así como la necesidad de tener presente al analizar datos regionales los datos que no se pueden comparar. Citó como ejemplo que no se puede comparar las tasas de curación de TB de Brasil con las de Perú, porque Brasil omite del cálculo TB MDR y Perú sí lo hace. La Dra. del Granado reconoció la validez del comentario sobre las comparaciones y agregó que las insuficiencias de los sistemas de información son parte de la debilidad de los sistemas de salud.

Ante una pregunta sobre el éxito de El Salvador incorporando a los médicos en el sector privado a las actividades de control, el Dr Garay respondió que se ha logrado incorporándolos a las actividades como en la elaboración de las guías. Ha ayudado también, agregó, que los medicamentos antituberculosos fueron sacados del mercado, así ellos solo tiene acceso a los mismos a través del PNT que no tiene inconveniente en proporcionarlos siempre y cuando notifiquen los casos de TB.

Presentación de la nueva guía de tratamiento de la OMS

Dra. Mirtha del Granado
Programa Regional de TB
OPS Washington D.C.

La cuarta edición de la guía de tratamiento de la TB publicada en inglés en el 2010 utiliza el nuevo proceso de OMS para elaborar recomendaciones basadas en evidencia en respuesta a siete preguntas clave.

Entre los cambios destaca una definición de caso de TB con una sola baciloscopía positiva para países con sistemas de control de calidad y el abandono de la severidad de la enfermedad como parte de la definición.

En cuanto al tratamiento, se recomienda que el Etambutol ya no se omita en el tratamiento de casos con TB pulmonar no cavitaria, BK negativos o TB extrapulmonar en personas sin VIH. Además se recomienda discontinuar el régimen con Isoniacida y Etambutol en segunda fase y reemplazarlo por Isoniacida y Rifampicina en esa etapa para que todos los pacientes con TB reciban regímenes basados en 6 meses de Rifampicina.

Adonde esto es posible, se recomienda el tratamiento completo diario como el óptimo para los casos nuevos de TB pulmonar. Una pauta intermitente (3 veces por semana) se puede utilizar siempre y cuando se utilice DOTS, el paciente no tenga VIH o no viva en un sitio con prevalencia de VIH (País, provincia o institución con prevalencia de VIH mayor o igual a 1% en mujeres embarazadas adultas o mayor o igual a 5% en pacientes con TB).

No se recomienda extender la fase intensiva en pacientes nuevos con BK positiva al final del segundo mes de tratamiento. Esta eventualidad debe llevar a hacer baciloscopía al tercer mes y si esta es positiva debe hacerse cultivo y PSD.

Las PSD se recomiendan al inicio del tratamiento de todos los pacientes previamente tratados. Los pacientes con cepas MDR en cualquier momento del tratamiento son ahora clasificados como fracasos al tratamiento. Estos pacientes deben ser re-registrados y comenzar un tratamiento de TB MDR. En contextos donde existan PSD basados en métodos moleculares rápidos estos resultados deben guiar el tratamiento. En donde estos no estén rutinariamente disponibles y solo se cuenta con PSD convencionales, deberá iniciarse un tratamiento estándar empírico para MDR mientras se espera los resultados para posterior ajuste del régimen.

El tratamiento completo de los pacientes con TB infectados con VIH o que viven en un sitio de prevalencia del VIH también debe ser diario. En todos los pacientes con TB y VIH el tratamiento preventivo con cotrimoxazol (TMP/SMX) deberá iniciarse lo antes posible y mantenerse durante todo el tratamiento antituberculoso. La continuación del mismo posteriormente se hará de acuerdo a las guías nacionales. En todos los pacientes con TB y VIH se deberá comenzar el tratamiento contra la tuberculosis primero seguido del tratamiento antirretroviral tan pronto como sea posible y dentro de las primeras 8 semanas de dicho tratamiento antituberculoso.

Presentación de la actualización de la guía clínica TB /VIH de la Región

Dr. Rolando A. Cedillos

La Guía Clínica TB VIH es una iniciativa del Programa Regional de TB de OPS en Washington D.C. elaborada con la participación de expertos en Coinfección TB VIH de las Américas y cuya primera versión se dio a conocer en el año 2008.

A la luz de la inminente aparición de la cuarta edición de la Guía de Tratamiento de la Tuberculosis y de nuevas recomendaciones sobre terapia antirretroviral de OMS muchos de los expertos del grupo original así como asesores de TB y VIH de OPS culminan en mayo del 2010 el proceso de revisión y actualización.

La Guía Clínica TB VIH sigue siendo un documento dirigido fundamentalmente a médicos y otros trabajadores de la salud en establecimientos del Segundo y Tercer nivel de atención de Latinoamérica y el Caribe. Es un trabajo de síntesis que resume las características de ambas enfermedades y se concentra particularmente en los problemas clínicos del diagnóstico y manejo del paciente con TB/VIH

En el capítulo referido al tratamiento de la TB en la persona con VIH se recoge las nuevas recomendaciones de la cuarta edición del Tratamiento de la TB de OMS que simplifican los regímenes de tratamiento para todos los pacientes. Nuevos apartados del capítulo orientan sobre el seguimiento y el manejo en presencia de comorbilidad hepática y renal.

En el capítulo sobre tratamiento con ARV en el paciente con tuberculosis se reafirma la importancia general del inicio del tratamiento en todas las personas con VIH, independientemente de la sintomatología, con conteos de linfocitos CD4 menor o igual a 350 células/mm³. En cuanto a los pacientes con coinfección TB/VIH en este capítulo se incorpora la recomendación de OMS de iniciar tratamiento antirretroviral, independientemente de los niveles de linfocitos CD4 en el momento del diagnóstico de ambas condiciones, lo antes posible dentro de los ocho meses de inicio del tratamiento antituberculoso y acompañado de la profilaxis con Cotrimoxazol (TMP/SMX). Nuevos apartados de dicho capítulo discuten el tratamiento con ARV en personas con coinfección por VHB y VHC así como el tratamiento y atención integral para usuarios de drogas inyectables (UDI) y de otro tipo.

En el capítulo sobre prevención de la TB en personas con VIH se refleja la recomendación de OMS en el sentido de que la PPD no es indispensable para indicar la Terapia Preventiva con Isoniacida en personas con VIH durante 6 a 12 meses.

En esta nueva versión de la Guía Clínica TB/VIH se ha añadido un nuevo capítulo sobre Tuberculosis drogoresistente en personas con VIH

DISCUSIÓN:

Ante una pregunta sobre la adopción individual por los países de recomendaciones generales para todos los países, algunos ciertamente con realidades diferentes, la Dra del Granado destacó la importancia del consenso y del compromiso de los países si no a caminar a la misma velocidad, sí a hacerlo en la misma dirección. Le pareció correcta a la Dra del Granado la determinación del PNT de Costa Rica, un país de baja prevalencia de TB MDR, de hacer PSD a pacientes nuevos cuando estos son migrantes por haber identificado en este grupo una desproporcionada carga de TB MDR. Países como Costa Rica, Uruguay y El Salvador, agregó, tienen la posibilidad de eliminar la TB MDR y no deben escatimar esfuerzos.

Por otra parte la Dra. del Granado urgió a los países de baja prevalencia como Chile, Uruguay y Cuba que están aplicando 2 veces por semana a que adopten el tratamiento diario aunque hasta ahora no hayan observado fracaso y resistencia, considerando que sus pacientes son difíciles de tratar por ser PPL, UDI, indigentes. Previno además acerca de darle igual consideración a comparación de regímenes en condiciones de estudio vrs. condiciones reales. Abandonar regímenes de 2 veces por semana, enfatizó,

se justifica por razones operativas ya que de perder una dosis, el paciente pierde el 50% de su tratamiento semanal.

Sobre el uso del Cotrimoxazol (TMP/SMX) en personas con VIH, el Dr. Cedillos respondió que la recomendación internacional basada en el conteo de linfocitos CD4 es para aquellas personas con niveles por debajo de las 200 células/mm³. OMS sin embargo recomienda, aclaró, que los pacientes coinfectados TB/VIH, entendiendo por ello personas con la infección por VIH y la enfermedad tuberculosa activa, reciban Cotrimoxazol independientemente de los CD4 al menos durante todo el tratamiento antituberculoso. Esto dado el impacto favorable del Cotrimoxazol sobre la mortalidad de los pacientes con la coinfección TB/VIH evidenciada por diferentes estudios.

Ante el comentario sobre el fracaso de los países en implementar la TPI, el Dr. Cedillos dijo que en buena medida esto se debía a que se había condicionado a la aplicación y el resultado de la PPD, un obstáculo que las nuevas recomendaciones de OMS basadas en evidencia remueven. Así también, agregó, el temor no fundamentado de algunos especialistas que piensan que la TPI produce resistencia a isoniacida. Las recientes recomendaciones de OMS, finalizó, se recogen en la actualización de la Guía Clínica TB/VIH para la Región.

MESA REDONDA: ROL DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD EN LA TUBERCULOSIS Y EL ABORDAJE EN POBLACIONES VULNERABLES

Determinantes sociales de salud y tuberculosis

Dr. Ernesto Jaramillo
Departamento Alto a la TB
OMS Ginebra, Suiza

La salud y la enfermedad no ocurren en un vacío. Toda enfermedad está condicionada por los determinantes estructurales y las condiciones de vida de las personas que juntos constituyen los determinantes sociales de la salud. La TB no es la excepción y está documentado cómo la enfermedad disminuyó en Inglaterra y Gales, por ejemplo, como consecuencia del desarrollo socioeconómico mucho antes de que existiera tratamiento efectivo. Estudios del Banco Mundial han demostrado la relación directa que existe entre el Ingreso Nacional Bruto y la incidencia de TB: Mientras más bajo el Ingreso Nacional Bruto más alta la incidencia de TB.

Es posible e indispensable si se va a lograr eliminar la TB como problema de salud pública en el 2050, incidir sobre los determinantes sociales de la salud desde la perspectiva de atención primaria. Existen factores que contribuyen a una mayor incidencia de TB como son la infección por VIH, la Diabetes, el uso de alcohol y tabaco, la contaminación del aire doméstico que pueden abordarse en el trabajo práctico de los programas de TB.

La eliminación de TB depende de la acción en 4 esferas:

1. Control básico de TB:

- Perseverar en todos los aspectos de la estrategia Alto a la TB
- Priorizar la detección temprana en poblaciones vulnerables
- Acceso universal a diagnóstico y tratamiento de la TB MDR y fortalecimiento de la colaboración TB/HIV
- Acelerar la transferencia de nuevas herramientas diagnósticas
- Involucrar a todos los proveedores de servicios de salud y a la comunidad
-

2. Sistema de Salud:

- Abolir las barreras económicas a los servicios de salud
- Solucionar la crisis de recursos humanos
- Fortalecer el trabajo de laboratorio
- Velar por la calidad de los medicamentos y su uso racional
- Mejorar el control de infecciones
- Integración de servicios TB/HIV/PAL/DM/Alcoholismo

3. Desarrollo:

- Protección social: vivienda/planificación urbana, nutrición/seguridad alimentaria, migración/refugiados
- Agenda de Derechos Humanos
- Estrategias para reducción de la pobreza

4. Investigación:

- Abogacía para mayor inversión en investigación básica y operativa y desarrollo de nuevas herramientas
- Acelerar la transferencia de nuevas tecnologías

Tuberculosis en niños

Dra. Anna Volz

Tradicionalmente la TB infantil no se ha considerado importante desde el punto de vista de salud pública por no padecer frecuentemente esta población las formas transmisibles. Existe poca información en Latinoamérica y el Caribe sobre la TB infantil particularmente sobre la edad y las formas de presentación. A la invisibilización del problema ha contribuido el análisis no estratificado de todos los menores de 15 años.

Para tratar de tener una mejor idea de problema se solicitó información sobre TB infantil a todos los países y se seleccionó para análisis los cuatro países con mayor carga de TB que proporcionaron dicha información para los años 2006-2008: Argentina, Brasil, México y Venezuela.

Se encontró que existe una gran diferencia entre los datos reportados y el número notificado de niños en tratamiento. Los curados sumados a los que terminaron el tratamiento entre niños menores de 5 años fue tan bajo como 40% en algunos países. Debido a la pérdida de seguimiento, una alta proporción de niños se ponen en riesgo, especialmente en el grupo de los menores de 5 años

Entre los retos de la TB infantil en la región están:

- Actualizar los formularios de notificación y cohorte para incluir los grupos de edades: <5, 5-15, >15 así como las formas de presentación de la TB.
- Reconocer que la forma más importante de diagnosticar TB infantil es a través del estudio de contactos, lo cual debería intensificarse.
- Mejorar el éxito del tratamiento y disminuir la pérdida al seguimiento.

Tuberculosis en poblaciones indígenas –Colombia

Dr. Ernesto Moreno

En Colombia los indígenas tienen casi el doble de riesgo de padecer TB que la población general. A través de OPS, la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional, el Instituto Nacional de Salud y el Ministerio de Protección Social se emprendió en el 2002 un proyecto de fortalecimiento de las acciones de prevención y control de la tuberculosis en diez pueblos indígenas de Colombia.

Este proyecto ha logrado, trabajando junto a los pueblos indígenas, el reconocimiento de la tuberculosis como una enfermedad en la que se requiere la participación de la medicina occidental de manera complementaria a la medicina tradicional de estas culturas, en un enfoque que no excluya la cosmovisión de salud/enfermedad de estos pueblos. El proyecto desde el 2009 se ha expandido por parte del Ministerio de Protección Social de Colombia a casi todo el país.

Tuberculosis en Favelas –Brasil

Dr. Draurio Barreira

Rocinha es una comunidad urbana marginal que para el 2002 tenía una incidencia de TB de 621 x 100 000 habitantes, seis veces mayor que la de la ciudad de Rio de Janeiro a la que pertenece. En el 2003 la Secretaría Municipal de Salud de la ciudad con el financiamiento de USAID, el apoyo técnico de la Universidad Johns Hopkins y de infraestructura de la Iglesia Católica, emprende una intervención para la integración de la estrategia DOTS a la de salud familiar para el control de la TB en Rocinha.

El proceso de trabajo incluyó: la contratación de un equipo de trabajo (2 enfermeras y un supervisor), capacitación de agentes comunitarios de salud (ACS) en tuberculosis, elaboración de rutinas de trabajo y de materiales educativos para los ACS.

La incidencia de TB en Rocinha para el año 2007 descendió a alrededor de 400 x 100 000 h. En el mismo período la curación de la TB aumentó del 73.2 al 87.7% y el abandono de tratamiento disminuyó del 20.3 % al 5.1 %

Tuberculosis en prisiones –Paraguay

Dra. Celia Martínez de Cuéllar

Una característica mayoritaria de los establecimientos penitenciarios en Paraguay es la sobrepoblación y el hacinamiento. En el 2009 la tasa de incidencia de TB Pulmonar BK positiva era de 2439 x 100 000 habitantes en dichos establecimientos en comparación

con una tasa de 23.4 x 100 000 habitantes para la población general. La incidencia de Coinfección TB/VIH era de 64.2 x 1000 h. en las prisiones vrs. 1.4 x 100 000 h. para el país.

Para revertir esta situación el Programa Nacional de TB se planteó las siguientes actividades:

- Fortalecimiento de la Estrategia DOTS/TAES con calidad
- Actividades inter-programáticas TB/VIH
- Actividades de prevención y control de la TB- MDR
- Acciones de abogacía, comunicación y movilización social
- Investigaciones operativas

Con ello ha logrado triplicar el número de sintomáticos respiratorios examinados y duplicar el número de casos de TB pulmonar BK positiva detectados en los establecimientos penitenciarios. En la identificación de recursos financieros para mantener e intensificar dichas actividades se preparó una propuesta ante el Fondo Mundial contra el SIDA, la TB y la malaria titulada: "Prevención y Control de la Tuberculosis y la Coinfección TB/VIH en Personas Privadas de Libertad" por un monto de casi cuatro millones de dólares.

Intervenciones socio-económicas para fortalecer el control de la TB – Perú

Dr. Carlton Evans

Planteándose como objetivo evaluar el impacto de las intervenciones socio-económicas para reducir la pobreza y mejorar el acceso a la salud, las universidades Cayetano Heredia del Perú, Imperial Collage del Reino Unido y Johns Hopkins de E.E.U.U. realizaron un estudio de cohorte prospectiva en el período 2002-2009 con 876 pacientes con TB y sus familias, habitantes todos de comunidades urbanas marginales de la ciudad de Lima. Se aplicó un cuestionario para indagar los costos antes y durante el tratamiento. La unidad de medición fue el ingreso promedio per cápita mensual (\$36) en las familias afectadas por la TB.

Se encontró que los costos de la TB son altos (>6 meses de ingresos), especialmente en los pacientes con TB-MDR (~1 año de ingresos), a pesar de que el sistema de salud asegura el tratamiento gratuito de la enfermedad.

La intervención consistió en atacar la pobreza (capacitación vocacional, microcréditos para micro-empresas) y realizar promoción de salud (Educación sobre sus derechos y prioridades en control de TB) a través de un equipo multidisciplinario y dos ONG (PRISMA Y ADRA) establecidas y con experiencia en ambos campos. Los resultados significativos incluyen mejoramiento de acceso a prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de la TB.

Diabetes y tuberculosis –México

Dra. Martha García

En el 2009 23% de los casos de TB en México estaban asociados a la Diabetes Mellitus.

México inicia en el 2010 un programa con 14 actividades sistemáticas, con base en el modelo de actividades de colaboración TB/VIH de la OPS/OMS con participación expresa de la sociedad civil organizada y/o afectada, para detener y/o controlar la comorbilidad TB/Diabetes. Estas incluyen la creación de un ente coordinador, la planificación conjunta de actividades y del monitoreo y evaluación entre el Programa Nacional de TB y la unidad encargada de la Diabetes Mellitus en la Secretaría de Salud de México.

DISCUSIÓN

En la discusión el Dr. Jaramillo reflexionó sobre cómo el incremento del apoyo social es capaz de superar, con la única posible excepción de la enfermedad mental, todas las determinantes sociales adversas al mejor control de la TB. Resaltó además, el valor que tiene la atención primaria en el trabajo con grupos vulnerables como los sujetos de las presentaciones de los diferentes países.

Ante las preguntas que recibió el panel de la mesa redonda sobre la sostenibilidad de las intervenciones reseñadas, el Dr. Jaramillo destacó la importancia de la abogacía para asegurar recursos que existen pero se destinan para otros usos. El Dr. Moreno en su respuesta mencionó que el proyecto de indígenas era ejemplo de lo anterior porque ya en el 2010 el estado colombiano ha asumido el financiamiento del mismo. En cuanto al impacto del proyecto, el Dr. Moreno respondió que la curación de la TB pasó de ser de un 40 % hasta un 90 % y el abandono de un 30% descendió a alrededor del 3% en el tiempo del proyecto.

El Dr. Barreira respondió a la pregunta sobre la sostenibilidad de la intervención en Brasil, destacando la importancia del consenso político en los temas de salud en general y en la estrategia de salud familiar en particular lo que asegura la disponibilidad de recursos. En cuanto a las dificultades del trabajo en un área de alta criminalidad como Rocinha, resaltó la importancia de establecer canales de comunicación con todos los integrantes de la comunidad, incluyendo los delincuentes.

La Dra. Volz subrayó la importancia de la subestimación de la mortalidad de la TB infantil producto de la considerable pérdida al seguimiento de los casos evidenciada por la investigación y que bajo ningún parámetro podían considerarse curados espontáneamente. El Dr. Barreira acotó que, al menos en Brasil, no tienen ningún indicio de que el posible escenario estadístico de la TB infantil esbozado por la Dra. Volz se corresponda con la realidad de un problema que para el PNT de Brasil solo representa alrededor del 4% de los casos de TB.

El Dr. Evans subrayó los beneficios del apoyo social en el Perú, destacando cómo aunque pocos concretaron microempresas o completaron la capacitación vocacional, igual mejoraron los resultados de salud.

La Dra. Martínez de Paraguay destacó la importancia de la sensibilización y abogacía para asegurar la sostenibilidad del trabajo en prisiones en Paraguay y ante una pregunta sobre las dificultades encontradas para el seguimiento cuando las personas recobran la libertad, respondió que además de mejorar el sistema de referencia era importante durante la reclusión el trabajo con los familiares de las PPL.

La Dra. García de México subrayó en cuanto a sostenibilidad del trabajo TB/DM el uso de los recursos existentes y cómo por lo incipiente de las actividades todavía no es posible mostrar resultados. El Dr. Jaramillo recalcó la falsa barrera entre enfermedades transmisibles y no transmisibles y la importancia de los enfoques holísticos desde la atención primaria para servir a las poblaciones vulnerables.

SESIÓN DEL MARTES 27 DE JULIO DEL 2010

Trabajo de grupos:

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA, IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA ALTO A LA TB Y DESAFÍOS PARA EL 2010-2011.

Los países participantes se dividieron en cinco grupos para el análisis y en cuanto a la implementación de la estrategia alto a la TB se enfatizó el análisis de las intervenciones para incrementar la detección de casos como las iniciativas APP/PMM y de poblaciones vulnerables.

Cada grupo a través de un relator realizó una presentación al pleno de participantes en la reunión.

GRUPO 1: BELICE, GUYANA, JAMAICA Y SURINAM

Todos los países excepto Jamaica, mencionaron la geografía es decir el interior del país como el ámbito de pérdida de casos de TB. Belice y Jamaica señalaron además el sector privado. La información entre el laboratorio y el PNT es consistente en todos los países. Guyana, Jamaica y Surinam están trabajando con proveedores privados como universidades y compañías mineras para incrementar la detección de casos. Jamaica y Belice han priorizado el trabajo en prisiones.

Todos los países están apostándole a la descentralización del diagnóstico y tratamiento para alcanzar poblaciones sin acceso a servicios y en el caso de Surinam están reclutando maestros y agentes de medicina tradicional.

En todos los países no menos del 90% de casos notificados son evaluados. Todos los países utilizan el régimen Categoría II de OMS para los pacientes previamente tratados. Todos consideran limitadas las actividades de colaboración TB/VIH.

Ningún país está realizando PSD a los casos previamente tratados ni tienen arreglos rutinarios para esta y otras actividades con laboratorios supranacionales.

Todos los países excepto Surinam han identificado a PPL como vulnerables y excepto Jamaica adicionalmente a los grupos indígenas. Todos identificaron como necesidades urgentes de asistencia técnica: mejorar la capacidad de laboratorio y el sistema de información, implementar, mejorar y monitorizar DOTS.

En síntesis todos los países del grupo citaron como fortalezas:

- El reconocimiento de la TB y TB/VIH como problemas de salud pública en sus países.

- El acceso existente a servicios de salud
- El incremento del compromiso político para el control de la TB

En cuanto a retos comunes enumeraron:

- Fortalecer DOTS
- Proporcionar adecuados servicios de laboratorio para el diagnóstico y tratamiento
- La limitada colaboración entre los programas de TB y VIH
- La necesidad de mejorar los sistemas de información
- La colaboración estratégica sobre cuestiones como la migración, salud y TB/VIH

GRUPO 2: ARGENTINA BRASIL, MÉXICO Y PARAGUAY

Brasil ha evaluado más del 90% de los casos nuevos notificados y 84.3% de los previamente tratados. Las actividades de colaboración TB VIH están implementadas pero el sistema de información no produce información completa y confiable sobre profilaxis con cotrimoxazol (TMP/SMX) y coinfectados TB/VIH en tratamiento antirretroviral. Los grupos vulnerables identificados según criterios de prevalencia y/o acceso a servicios son PPL, Indígenas, TB/VIH. El país demanda urgentemente de asistencia técnica en incidencia política y para evaluar y mejorar el sistema de información para que refleje todo el trabajo realizado

Argentina evalúa casi el 90% de los casos nuevos notificados y alrededor del 65% de los previamente tratados pero requiere fortalecimiento del sistema de información. El país requiere compromiso político para designar jefatura y para fortalecer programa nacional. Para conseguirlo se solicita designar a Argentina como país prioritario e incrementar la movilización de la sociedad civil.

En México se han hecho alianzas con la seguridad social. Casi el 100% de los casos notificados de TB son evaluados y más del 95% de los previamente tratados

Retos que el país tiene planteados son:

- Realizar evaluación externa periódica al PNT para posicionar su importancia ante el nivel político.
- Integración efectiva con el Programa de VIH para aumentar la detección de VIH en los casos de TB.
- Diseñar estrategias de detección de casos en el Distrito Federal
- Mejorar el sistema de gestión del programa de acuerdo a sus perfiles.
- Obtener una consultoría sobre gestión del programa y división del trabajo.
- Revisión del sistema de información para análisis de las cohortes de poblaciones vulnerables: Indígenas y PPL.
- Incrementar la oferta de cultivo y PSD a los pacientes que los requieran.

En Paraguay el PNT tiene acuerdos con la Seguridad Social, Sistema Penitenciario y el sector privado.

Paraguay evalúa más del 90% de los casos nuevos y más del 80% de los previamente tratados. Los retos planteados son:

- Fortalecimiento de los recursos humanos para que exista continuidad de las acciones.
- Fortalecimiento de la red de laboratorio mediante jornadas de planificación y evaluación para mejorar la calidad del diagnóstico en los niveles locales.

- Involucramiento de los proveedores de salud públicos y privados en la búsqueda y manejo de tratamiento de pacientes TB. Se requiere asistencia técnica para impulsar PPM.
- Asesoría externa sobre la importancia de la presencia de la coinfección TB/VIH.

En cuanto a fortalezas comunes los países mencionaron la red de laboratorios y acerca de retos pendientes todos mencionaron la revisión de los sistemas de información.

GRUPO 3: CANADÁ, COSTA RICA, CUBA, CHILE Y URUGUAY

Cuba y Uruguay consideraron que los casos de TB se pierden en las debilidades de los programas, alta rotación de personal, centralización de la atención y con excepción de Cuba en poblaciones con acceso limitado a los servicios (PPL, indigentes, migrantes e indígenas).

Costa Rica y Chile son los únicos que trabajan con otros proveedores ambos con el sector privado y el sistema penitenciario.

Excepto Canadá que no presentó datos, todos manifestaron tener evaluados al 100% de los casos notificados.

En todos los países las tasas de curación son castigadas por los fallecidos y los abandonos.

Cuba tiene actividades de colaboración TB/VIH implementadas.

Todos los países están realizando PSD en todos los casos previamente tratados

Todos los países calificaron de buena la relación con el laboratorio supranacional.

Los países mencionaron como necesidades urgentes de asistencia técnica: la actualización de normas, visibilización del programa e incidencia política.

GRUPO 4: BOLIVIA, COLOMBIA, ECUADOR Y PERÚ

Los países consideraron que los casos de TB se pierden en el sector privado y poblaciones con acceso limitado a los servicios.

Excepto Perú, todos los países reconocieron importante discordancia entre la información de laboratorio y la de los PNT.

Alrededor del 95% de los casos notificados son evaluados

Todos los países utilizan el régimen Categoría II de OMS para los pacientes previamente tratados

Las actividades colaborativas TB/VIH se han acordado pero no han pasado a la implementación.

Bolivia y Ecuador manifestaron hacer PSD a todos los casos previamente tratados y Colombia aproximadamente al 70%. Perú contará con información en la segunda mitad del 2010.

El criterio de selección de poblaciones vulnerable es la pobreza y el limitado acceso a los servicios que ha llevado a todos los países a focalizar PPL e Indígenas.

Solo Colombia y Perú calificaron de buena su relación con el Laboratorio Supranacional. Bolivia y Ecuador la consideran problemática.

Las necesidades de asistencia técnica son particulares por país e incluyeron: estrategia comunicacional para promoción de programa (Bolivia), TB en fronteras y Pruebas rápidas moleculares (Colombia), implementación de PSD rápidas moleculares, sistemas de información, TB MDR y pruebas rápidas moleculares (Ecuador) y Perú (PAL e investigación operativa). Solicitaron la facilitación de OPS para una reunión andina sobre TB en las áreas fronterizas.

GRUPO 5: GUATEMALA, HONDURAS, NICARAGUA, PANAMÁ Y REPÚBLICA DOMINICANA.

Los países consideraron que los casos de TB se pierden en las debilidades del sistema de información, el sector privado y poblaciones con acceso limitado a los servicios (pobreza urbana, migrantes e indígenas).

La información entre lo notificado y el laboratorio es consistente en todos los países.

Excepto por El Salvador todos los países reconocieron como insuficiente el trabajo en Alianzas Público Privadas con otros proveedores para aumentar la detección.

En todos los países no menos del 95% de casos notificados son evaluados.

Todos los países utilizan el régimen Categoría II de OMS para los pacientes previamente tratados.

Todos los países están implementando actividades de colaboración TB/VIH pero con resultados que el sistema de información no recoge. Es necesario fortalecer la descentralización del diagnóstico de la infección por VIH.

Todos los países reconocieron estar realizando PSD en los casos previamente tratados apenas en alrededor del 60-70% y Panamá en un porcentaje mínimo

Los países han identificado a indígenas, migrantes y pobres urbanos basados en datos de prevalencia, mapa de pobreza y acceso a servicios.

Todos los países calificaron de buena la relación y coordinación con el laboratorio supranacional.

Entre las necesidades urgentes de asistencia técnica varios países mencionaron la implementación de pruebas de laboratorio y control de calidad, elaboración y actualización de normas

DISCUSIÓN

El Dr. Raimond Armengol destacó que en el Grupo 4, el de países andinos, todos ellos estaban siguiendo las recomendaciones internacionales con la excepción de PAL y escaso trabajo en las Alianzas Público Privadas. Resaltó además las disparidades comunes a todos ellos en el cruce de información entre los laboratorios y los PNT. Aunque tienen identificados grupos vulnerables no los tienen suficientemente caracterizados. Es indiscutible, finalizó, el impacto positivo de DOTS en las tasas de curación.

El Dr. Matías Villatoro destacó en el grupo de Centroamérica como Panamá y República Dominicana no han logrado el 85% de curación en buena parte por el alto abandono. Notables esfuerzos aparentes sobre actividades colaborativas TB/VIH y PPM, particularmente de El Salvador, que desgraciadamente no se traducen en datos concretos.

La Dra. Edith Alarcón destacó sobre los países de baja prevalencia, todos con tasas de menos de 15 x 100 000 habitantes, el acceso a servicios de salud. Llama la atención el uso de regímenes con dosis intermitentes 2 veces por semana y como ninguno utiliza medicamentos combinados de dosis fija, aunque Costa Rica y Chile los están introduciendo. Resaltó también la curación castigada por los fallecidos y abandonos que andan por 8-10% en todos los países. Todos los países refirieron la necesidad de visibilizar ante los niveles de decisión a la TB.

Presentación del Plan Regional de Expansión del Manejo Programático de la TB-MDR

Dra. Mirtha del Granado
Programa Regional de TB
OPS Washington D.C.

El conocimiento de la magnitud del problema de la TB MDR arroja un estimado de alrededor de 8200 casos para el 2008. Existen cuatro países con altas tasas de TB MDR: Ecuador, Guatemala, Perú y República Dominicana pero hay muchos países con falta de información reciente y otros sin ninguna información. Al 2010 17 países de las Américas tenían proyectos aprobados por el Comité de Luz Verde. Existe un mandato de la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud del 2009 en el sentido de proporcionar acceso universal a la atención de la TB MDR.

Los objetivos del Plan Regional de Expansión del Manejo Programático de la TB MDR son:

- Disminuir la transmisión y la carga de la tuberculosis resistente en las Américas
- Brindar orientación a los Estados Miembros en la preparación de planes nacionales para lograr la expansión del manejo integral y universal de la tuberculosis resistente

Las metas del Plan Regional son:

Al 2015: Ofertar acceso universal al diagnóstico y tratamiento a pacientes con TB-MDR pulmonar baciloscopía y cultivo positivo.

-Diagnosticar y tratar al 80% de los pacientes con TB-MDR baciloscopía y cultivo positivo

Al 2020: Ofertar acceso universal al diagnóstico y tratamiento a todos los pacientes con TB resistente (monoresistente, polirresistente, multiresistente y extensamente resistente).

-Diagnosticar y tratar al 90% de los pacientes con TB-DR/MDR/XDR

Con fines operativos, para priorizar actividades y asistencia técnica así como optimizar los recursos, se ha clasificado a los países en: alta, intermedia y baja carga. Los 12 países de alta carga son: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Perú, República Dominicana y Venezuela.

El Plan Regional tiene la siguiente estructura:

Pilar A: Vigilancia de la TB resistente a medicamentos

1. Vigilancia entre los casos nuevos
2. Vigilancia entre los casos previamente tratados

Pilar B: Prevención y manejo clínico programático de la TB DR (MDR y XDR inclusive) en el ámbito nacional en base a la Estrategia Alto a la TB)

1. Proseguir con la expansión de un DOTS de alta calidad para prevenir la TB-DR y manejarla en condiciones de programa
2. Abordar la coinfección TB/VIH y las necesidades de poblaciones vulnerables y pobres
3. Contribuir al fortalecimiento del Sistema de Salud
4. Involucrar a todos los proveedores de salud
5. Empoderar a los afectados con TB y las comunidades
6. Posibilitar y promover la investigación

Para su implementación el Programa Regional de OPS se ha planteado las siguientes acciones:

- Promover el compromiso político de los Estados Miembros
- Formar un Grupo de Trabajo en TB-D/M/XDR
- Formar expertos regionales para la atención y capacitación de recursos humanos.
- Fortalecer atención para el desarrollo e implementación de los planes nacionales
- Monitorear y Evaluar cumplimiento de metas internacionales y regionales

Próximamente se distribuirá el borrador final a los países para comentarios y sugerencias y la versión final se conocerá por el Grupo Técnico Asesor de OPS antes de ser presentado finalmente al Consejo Directivo de OPS.

Necesidades de la redes de laboratorio para la implementación del Plan Regional de Expansión del Programático de la TB-MDR

Dra. Lucía Barrera

El diagnóstico de la TB drogorresistente depende del cultivo y de las pruebas de sensibilidad a drogas (PSD). Entre los 12 países clasificados por OPS como de alta carga y priorizados para el manejo de la TB MDR, la mitad tienen limitaciones en la capacidad local para ofertar estas pruebas. Además el bajo número de muestras procesadas por laboratorio en algunos de los países hace más necesario el control estricto de la calidad, sin que aparentemente en todos exista al momento controles de calidad externos establecidos.

Es limitada en la Región la oferta de PSD de segunda línea. Los países que ya han demostrado calidad para evaluar drogas de primera línea y tienen bioseguridad apropiada deberían desarrollar capacidad para ensayar inyectables de segunda línea y quinolonas bajo control de calidad externo.

El envío de cepas de pacientes con TB MDR a laboratorios supranacionales es de interés para producir información epidemiológica pero no tiene agilidad suficiente para asistir en el manejo de los casos.

Entre los países de alta carga Argentina, Brasil, Colombia, República Dominicana, México, Perú y Venezuela cuentan con equipos de lectura automatizada de cultivos en medios líquidos. El resto de países de alta carga debería introducir algún método rápido con la limitante de que el costo es 10 a 20 veces mayor que el de los métodos convencionales.

Los métodos comerciales requieren presupuesto incrementado y asegurado a largo plazo para la compra de reactivos e insumos y generan dependencia de un único proveedor de equipos, reactivos y software.

En cuanto a la infraestructura y bioseguridad en los laboratorios, el empleo de medios líquidos y eventualmente de microplacas eleva el riesgo de formación de aerosoles así como salpicaduras y derrames y no deberían ser incorporados si no está asegurado un alto estándar de bioseguridad. Muchos laboratorios que están realizando cultivo y/o PSD en la Región requieren refuerzo de la bioseguridad. Otro reto lo constituye la deficiente logística que conecta y articula al laboratorio que realiza la PSD con el sistema de salud

Importancia del TB TEAM Nacional

Dr. Yamil Silva

TB team (del inglés TB Technical Assistance Mechanism) es un mecanismo creado en el 2007 de manera virtual por los miembros de la Alianza Alto a la TB. Es una coalición mundial de asociados y países que funciona desde la OMS y que contribuye a determinar las necesidades de asistencia técnica de los países en materia de TB y a coordinar la participación de los asociados que les proporcionarían dicha asistencia. Se brinda apoyo a los países en todos los aspectos relacionados con la planificación y ejecución de la estrategia Alto a la TB, así como en la obtención y ejecución de las subvenciones del Fondo Mundial.

El TB Team tiene tres niveles: En un primer nivel, la Secretaría que está en el Departamento de Alto a la TB en OMS Ginebra que coordina lo que sería el segundo nivel: los puntos focales en cada región de OMS. En el tercer nivel está un punto focal nacional. En este último nivel se encuentran los dos pilares fundamentales del TB Team: el punto focal nacional y el plan de asistencia técnica que este puede generar. La herramienta en sí, es decir la página web está ubicada en <http://www.stoptb.org/countries/tbteam> y tiene tres elementos; el perfil de país, las misiones y la lista de expertos.

SESIÓN DEL MIÉRCOLES 28 DE JULIO DEL 2010

Elementos esenciales en la investigación de contactos de casos de TB

Dr. Salah-Eddine Ottmani
Departamento Alto a la TB
OMS Ginebra, Suiza

La OMS estima que hay de 4 a 4.5 millones de casos de TB BK positiva cada año a nivel mundial. Si asumimos que cada uno de estos pacientes tiene por lo menos 3 contactos cercanos y que la prevalencia de enfermedad tuberculosa activa entre los contactos cercanos es de 2.5%, podemos concluir que el número de casos activos de TB que podrían ser potencialmente identificados investigando entre los contactos es de 300 000 a 340 000 por año a nivel mundial.

En una encuesta realizada entre 80 países de todo el mundo más del 90% manifestó que la investigación de contactos es parte de la política nacional de control de la TB y que se realiza de manera rutinaria. Sin embargo, en poco más del 75% de los países encuestados el personal de salud depende de que el caso índice de TB refiera a los contactos sintomáticos.

Sólo la mitad de los países que contestaron la encuesta tiene una definición clara de caso índice y apenas alrededor de la cuarta parte tiene una definición clara de contacto de caso de TB. Únicamente alrededor de la tercera parte de los países pudo producir datos de sus actividades de investigación de contactos.

Los elementos clave en la investigación de contactos de casos de TB son:

- Definición clara de caso índice
- Definición clara de contactos
- Indicación clara de los contactos prioritarios a investigar
- Descripción clara del proceso para realizar actividades de investigación de contactos
- Indicación de TPI en los contactos (<5 años, VIH+)
- Un sistema claro de monitoreo y evaluación

Después de esbozar un esquema de cómo proceder a delinear la investigación de contactos en un país según los recursos disponibles y cómo construir indicadores para evaluar dichas actividades se presentó como ejemplo la experiencia de Marruecos.

Conclusiones:

- Los contactos de casos de TB deben ser investigados activamente
- La investigación de contactos debe estar claramente subrayada en las políticas nacionales de control de la TB.
- Las guías nacionales deben mencionar claramente los elementos claves en la investigación de contactos
- La investigación de los contactos debe ser parte de las actividades de capacitación en los programas de control de la TB.
- Los países que no tiene actividades de investigación de contactos deben establecer un plan para implementarlas.

Investigación de contactos de casos de TB en las Américas

Dra. Anna Volz

Se envió a los países de la región una encuesta con preguntas sobre la investigación de contactos de TB que fue respondida por casi la mitad de ellos (21 países). Los casos de tuberculosis elegidos para la investigación de contactos por los países es muy heterogénea e incluye TB todos los tipos, TB Pulmonar, TB Pulmonar BK positiva, TB pulmonar BK y cultivo positivos.

La mayoría de países (18/21; 85.7%) investiga solamente los contactos intradomiciliarios y pocos (5/21; 23.8%) los contactos ocasionales. El procedimiento utilizado por la mayoría para la investigación de contactos incluye la búsqueda activa. Todos los contactos identificados mediante cualquiera de los enfoques anteriores son sistemáticamente sometidos a tamizaje para tuberculosis, la mayoría (15/19; 78.9 %) independientemente de la presencia de síntomas de tuberculosis. Este tamizaje según lo reportado es bastante heterogéneo e incluye en diferente orden según los países: Examen clínico, baciloscopía y Rayos X de Tórax.

La mayoría (16/19; 84.2%) usa la prueba de tuberculina en el tamizaje de los contactos. Aunque todos manifestaron utilizar la terapia preventiva con isoniacida solo alrededor de la tercera parte pudo dar un número de contactos que la recibieron y solo 5 de 19 países que respondieron mencionaron que lo hacen en caso de que el contacto tenga la infección por VIH.

Investigación de contactos de casos de TB –Chile-

Dr. Christian García Calavaro

En Chile el caso índice contagiante se define como un caso de TB Pulmonar BK positiva mayor de 15 años.

Los contactos se definen así:

- Contactos Íntimos o Intradomiciliarios: Personas que viven con el Caso Índice.
- Contactos Habituales o Extra Domiciliarios: Personas que por condiciones de carácter laboral, escolar, de vecindad, de actividad social o familiar, mantengan formas de relaciones frecuentes con el Caso Índice

El procedimiento de investigación de contactos lo inicia la enfermera desde la primera consulta realizando una visita domiciliar, un censo de contactos y solicitud de exámenes.

La evaluación de contactos se realiza dependiendo de la edad (0 a 4, 5 a 14, >15años) e incluye: revisión de BCG, baciloscopía, cultivo, PPD y Rayos X de tórax.

La terapia preventiva con isoniacida se utiliza, cuando se ha descartado enfermedad activa, según resultado de PPD excepto en niños menores de 5 años.

La tarjeta de registro de tratamiento de los casos de TB incluye el estudio de contactos y dicha documentación permite evaluar que en el período del 2003-2009 se evaluaron alrededor del 90% de los casos censados. El porcentaje de casos secundarios entre los contactos censados es del 1,1%. Los 375 casos secundarios diagnosticados corresponden al 2,1 % de la morbilidad notificada entre los años 2003 y el 2009.

Investigación de contactos de casos de TB –Canadá

Dr. Edward Ellis

En Canadá el caso índice se define como el primer caso de TB activa identificado. Los casos de TB que producen investigación de contactos son: TB respiratoria BK positiva, TB respiratoria BK negativa y cultivo positivo, TB no respiratoria solo para identificar casos fuente cuando hay evidencia de transmisión reciente.

Los contactos se definen así:

- Cercano intradomiciliar: que viven en la misma casa que el caso infeccioso y respiran el mismo aire diariamente.
- Cercano no intradomiciliar: los que no viven en la misma casa que el caso infeccioso pero respiran el mismo aire diariamente. Incluye compañeros sexuales y amigos cercanos
- Casual: los que pasan menos tiempo con el caso infeccioso. Incluye compañeros de estudio o trabajo o miembros de un club.
- Comunitario: los que viven en la misma comunidad o que asisten a la misma escuela o sitio de trabajo.

El procedimiento de investigación de contactos comienza con un primer círculo que incluye: contactos cercanos intradomiciliarios y no intradomiciliarios, menores de 5 años e inmunocomprometidos. El tamizaje incluye una evaluación clínica, PPD, Rayos X si la PPD es positiva (algunos hacen gamma interferón para confirmar PPD), baciloscopía y cultivo de esputo si hay síntomas o Rayos X anormal.

La terapia preventiva con isoniacida se utiliza, cuando se ha descartado enfermedad activa, según resultado de PPD excepto en niños menores de 5 años e inmunosuprimidos (Ej: VIH). El sistema no tiene datos que permita analizar el resultado de estas actividades lo cual piensan mejorar para el 2011.

DISCUSIÓN:

La Dra. Zeidy Mata del PNT de Costa Rica comentó que en Costa Rica la profilaxis se realiza 6 meses para los niños y 9 meses para los adultos. En el caso de los primeros,

refirió, la administración es supervisada por un familiar y en los segundos es totalmente autoadministrada por consideraciones de costo y recursos, ante lo cual preguntó al panel si se podía reducir la duración de la quimioprofilaxis y si la autoadministración era recomendable. El Dr. Julio Garay del PNT de El Salvador preguntó acerca de las veces que se podía repetir la quimioprofilaxis en los contactos ante la repetida exposición y por cuanto tiempo de diagnosticado el caso índice debía extenderse la investigación de contactos.

Ante la pregunta sobre cuánto tiempo realizar la investigación de contactos el Dr. Ottmani dijo que la mejor respuesta, probablemente, es la que toma en cuenta los recursos con los que se cuentan. La OMS, enfatizó, no tiene directrices todavía sobre la investigación de contactos.

No hay agregó el Dr. Ottmani, un estudio que conteste la pregunta de cuantas veces se puede repetir la TPI y en cuanto a la pregunta sobre la duración óptima de la TPI, dijo que no hay una respuesta excepto que 6 meses es el mínimo y que los países deben tener presente lo operacional a la hora de decidir la duración. Este punto fue reforzado por la Dra. Ana Volz que mencionó estudios que demuestran que la ganancia en protección de prolongar la TPI de 6 a 9 meses es marginal y por lo tanto de dudosa costo-efectividad. Reducir la duración a menos de 6 meses solo puede lograrse con efectividad añadiendo a la isoniacida otro medicamento potencialmente tóxico por lo que la TPI por 6 meses es el régimen que ofrece mayor costo-efectividad y menor toxicidad, sobre todo para los niños menores de 5 años.

El Dr. García de Chile, a propósito de los costos, reportó que es excepcional en Chile realizar investigación más allá de los contactos intradomiciliarios y aclaró que en efecto la PPD no decide en su país la indicación de TPI en los menores de 5 años aunque se realice de manera operativa en la investigación de contactos. La Dra. Volz reforzó el punto anterior como correcto, ya que la PPD puede tardar 2 meses en convertirse posterior a la infección, período en que en los niños menores de 5 años tienen un alto riesgo de diseminación.

En Canadá, comentó el Dr. Ellis solo se aplica la BCG en las reservas de indios americanos y a los Inuit (esquimales) porque las tasas en ellos son del orden de 135 x 100 00 habitantes. En el contexto de la investigación de contactos las enfermeras tiene instrucciones de ignorar la BCG y recomendar quimioprofilaxis en los que tienen PPD igual o mayor a 5 mm. Como el riesgo para el contacto de desarrollar la enfermedad es mayor dentro de los dos años del mismo, la investigación se restringe a 2 años.

En Canadá es frecuente que en las reservas de indios americanos las personas tengan exposiciones repetidas y basados en la opinión de expertos, porque no hay estudios, repetimos la quimioprofilaxis las veces necesarias. Aunque Canadá es un país rico, agregó, la TPI en general es autoadministrada por el costo de hacerla directamente observada. Esto es así, excepto en las reservas indígenas o cuando el tratamiento del caso índice es estrictamente supervisado, entonces eso hace la TPI directamente observada costo-efectiva. Por cierto, agregó, en Canadá y no por alguna razón que él conozca, hacen lo inverso de Costa Rica, es decir, la profilaxis con Isoniacida se realiza 6 meses para los adultos y 9 meses para los niños.

Trabajo de grupos por países:

ANÁLISIS DEL CONTENIDO DEL CAPÍTULO DE CONTACTOS DE LAS GUÍAS NACIONALES, IDENTIFICACIÓN DE DEBILIDADES Y ELABORACIÓN DE UN PLAN PARA MEJORAR EL CONTROL DE CONTACTOS.

Por razones de tiempo, aunque todos hicieron el análisis, se escogió al azar cuatro países para que hicieran presentaciones al pleno.

Brasil:

La definición de contacto es similar a Canadá y Chile, pero solo es contacto intradomiciliar si vive bajo el mismo techo al momento del diagnóstico de TB.

Las prioridades de investigación están claramente definidas pero es pasiva. Se invita al caso índice a traer a los contactos y solo si no lo hace se realiza visita domiciliar.

La investigación no tiene un plazo para realizarse, la guía solo dice vagamente: “lo antes posible”.

Los pasos de la investigación están claramente descritos

El tamizaje de los contactos es mediante evaluación clínica, esputo, PPD y Radiografía.

Está clara la indicación de TPI para niños y personas que viven con VIH.

Hay indicadores para el monitoreo que dependen de la calidad de registro y este puede ser muy desigual

Guyana:

Hay definiciones claras de caso índice y contactos. Los contactos están definidos como alto, medio y bajo riesgo por círculos concéntricos alrededor del caso índice según su cercanía física y de acuerdo a eso está establecida la prioridad de investigación.

El proceso de investigación está claramente descrito y para ello se utiliza: evaluación clínica, esputo, PPD y Rayos X.

La indicación de TPI está clara pero se está revisando para los menores de 5 años. Una vez descartada la enfermedad activa los adultos y adolescentes reciben Isoniacida por 9 meses si tienen VIH y 6 meses si no tienen VIH.

México

Hay definiciones de caso índice basado en el diagnóstico bacteriológico de TB, sin especificar tipo. La prioridad en la investigación la establece la edad del contacto (< 5 años) y hasta la comorbilidad (diabetes). No hay precisiones de tiempo para calificar el contacto.

El proceso de investigación está claro e incluye una visita domiciliaria forzosa.

La indicación de TPI es clara para personas con VIH y menores de 5 años.

La evaluación incluye BCG.

La evaluación de contactos por el PNT es trimestral y la norma obliga a investigar 5 contactos como mínimo como un indicador de calidad. A través de este han detectado que usualmente apenas pasan de 3 los contactos investigados.

Se ha identificado una brecha entre lo que dice la guía y lo que se hace operativamente.

Argentina

Se tiene una definición clara de caso índice respecto a la bacteriología (BK positivo) pero no es explícita sobre el tipo de TB, es decir la transmisibilidad. La definición de

contactos es clara. Los contactos se describen como habituales y ocasionales. La prioridad de investigación son los contactos intradomiciliarios y la descripción de los pasos está clara en un algoritmo pero es pasiva. La visita domiciliaria solo ocurre si el caso no colabora. La evaluación depende de la edad e incluye evaluación clínica, PPD y rayos X. La indicación prioritaria de TPI es menores de 15 años. No hay un sistema de monitoreo y evaluación. Los datos solo se registran en la tarjeta de tratamiento de los casos.

DISCUSIÓN

Ante la pregunta del Dr. Ottmani sobre los contactos que contenía cada círculo concéntrico, el presentador de Guyana especificó que en la investigación de contactos de alto riesgo se refería a los intradomiciliarios, medio riesgo a contactos en el sitio de estudio o trabajo y bajo riesgo en la comunidad. El Dr. Ottmani, comentó que investigar los tres círculos consumía muchos recursos ante lo que el representante de Guyana reconoció que la investigación de los tres anillos en Guyana era excepcional.

El Dr. Ottmani comentó que el uso del término “contacto extradomiciliar” en la guía nacional de México sin precisar a quiénes se refería, siendo un término que abarca una población muy amplia, es precisamente un ejemplo lo que se tiene que trabajar en la mayor parte de países. A la pregunta del Dr. Ottmani sobre si México tenía alguna evidencia de la efectividad de indicar quimioprofilaxis con isoniacida solo sobre la base del diagnóstico de diabetes, la representante de México respondió que se basaba solo en la opinión de los expertos pero que esperaba en posteriores reuniones compartir los resultados de la medida.

La presentadora de Argentina aclaró que al grupo de país le parecía que la definición de caso índice al solo consignar “baciloscopía positiva”, era insuficiente porque al no mencionar la forma de tuberculosis, para el caso pulmonar, no se enfatizaba lo suficiente la transmisibilidad.

CONCLUSIONES Y ACUERDOS

Se **recomienda** a los países:

1. Actualizar sus metas de detección y de éxito de tratamiento para el 2015 de acuerdo al Plan Regional y Mundial: 90% de tasa de detección de casos TB BK positiva y éxito de tratamiento en más del 86% de estos casos.
2. Revisar y/o actualizar las guías técnicas nacionales de acuerdo a las últimas guías de tratamiento de la OMS, los aspectos discutidos en la sesión de control de contactos y los aspectos programáticos del manejo de la coinfección TB/VIH de acuerdo a las guías clínicas de OPS.
3. Con el fin de incrementar la detección de casos para alcanzar las metas del 2015, acelerar:

- a. El involucramiento de todos los proveedores de salud que realizan actividades de control de la TB y que no están vinculados con los PNT, incluyendo ONG y representantes de la comunidad de afectados.
 - b. Fortalecer y/o expandir actividades de control en poblaciones vulnerables en las que están trabajando como son los coinfectados TB/VIH, PPL, indígenas y otros.
 - c. Fortalecer las actividades de control de contactos y de niños como poblaciones prioritarias, en línea con los estándares discutidos durante la reunión y que se traduzca en información para fines de comparación.
 - d. Introducir, de acuerdo a priorización de cada país, estrategias de control en poblaciones identificadas pero aún no abordadas específicamente como son los pobres y marginales de grandes ciudades, diabéticos, usuarios de drogas inyectables y otros.
4. Con el fin de incrementar la tasa de éxito de tratamiento:
- a. Mejorar la calidad de la aplicación de la Estrategia Alto a la TB focalizando DOTS con descentralización del tratamiento de la TB a la Atención Primaria en Salud
 - b. Incorporar a la comunidad y las redes sociales para garantizar el seguimiento de los casos.
 - c. Abogar para la incorporación de los enfermos con TB y sus familias en todas las políticas sociales de los gobiernos y/o en iniciativas privadas para combatir la pobreza como proyectos de microcréditos, microempresas y otros.
5. Actualizar los registros de TB de acuerdo a los formatos de la OMS y fortalecer los sistemas de información de TB (dentro de los sistemas nacionales de información y vigilancia) y vincularlos con los sistemas de información de los laboratorios.
6. Preparar los planes de expansión nacional de vigilancia, prevención y manejo de la TB-MDR. Fortalecer las redes de laboratorio para aumentar la oferta de cultivo y de PSD rápidas, como respuesta oportuna de las redes de acuerdo a recomendaciones regionales del grupo de trabajo de laboratorio.
7. Nombrar un punto focal de TBTEAM para elaborar bajo la dirección del jefe del PNT el plan de asesoría técnica, la actualización y revisión de las actividades y asesorías en la página web de TBTEAM.

Acuerdos

Durante la reunión se alcanzaron los siguientes acuerdos:

- A. La Región de las Américas deberá reposicionar la TB como una prioridad en la agenda política para lo cual el Programa Regional de OPS/OMS presentará una nueva resolución al Consejo Directivo y elaborará una estrategia de abogacía.
- B. Los PNT deberán trabajar en la misma línea de reposicionamiento al interior de los países y deberán facilitar mayor participación de las comunidades de afectados.
- C. Los países presentarán el análisis de cohortes de casos nuevos TBP BK+ de acuerdo a recomendaciones de OMS y utilizarán como denominador el total de casos notificados. En países con amplio uso de PSD en casos nuevos de TB el denominador será los casos nuevos menos los casos nuevos con TB-MDR diagnosticados antes del inicio del tratamiento.
- D. El Programa Regional de OPS/OMS apoyará a los países para mejorar los sistemas de información
- E. Se programarán reuniones regionales que aborden los temas de implementación y/o expansión de PAL, planes de eliminación de TB en países de baja prevalencia y una reunión especial para los países andinos sobre temas fronterizos.
- F. Los países que no utilizan esquemas de tratamiento internacionalmente recomendados ni dosis fijas de medicamentos antituberculosos, llevarán a discusión nacional con expertos la necesidad de cambio y actualización de sus guías.
- G. El Programa Regional y la oficina de OPS/país deberán discutir con las autoridades nacionales de la Argentina estrategias para el fortalecimiento del PNT debido a las dificultades que atraviesa el control de la TB en ese país.
- H. Los países continuarán el desarrollo de los planes de expansión para el control de la TB-MDR
- I. Los países incorporarán a TBTEAM como un mecanismo de coordinación y planeación. Se promocionará más con apoyo de las oficinas locales de OPS.
- J. La OPS proveerá asistencia técnica para la organización y gestión de los PNT
- K. Los países que utilicen un sistema rutinario diferente de sistematización al interior del país, con fines de comparación podrían adecuar su información al modelo establecido.

- L. Los PNTs deben fortalecer el trabajo inter-programático e interinstitucional que realizan, con el fin de abordar los determinantes sociales de salud que inciden negativamente en la situación epidemiológica de la TB.
- M. La próxima Reunión de Jefes de Programas Nacionales de Control de la TB será en México en el 2012.

Anexo 1

Agenda

Lunes 26 de julio

08:00 – 08:30	Inscripción	
08:30 – 09:00	Inauguración	Autoridades nacionales y de OPS/OMS
09:00 – 09:30	Presentación de participantes Objetivos de la reunión y cumplimiento de las recomendaciones de la “Reunión Regional de Jefes de Programas de Control de la TB, 2008 (Bogotá, Colombia)”	R. López
09:30 – 10:00	Situación mundial de la TB y desafíos a ser enfrentados para alcanzar las metas del Objetivo 6 de Desarrollo del Milenio referido a Tuberculosis	E. Jaramillo
10:00 – 10:30	Receso	
10:30 – 11:00	Situación de la TB en las Américas y desafíos a ser enfrentados para alcanzar las metas del Objetivo 6 de Desarrollo del Milenio referido a Tuberculosis	M. del Granado
11:00 – 11:30	Situación del control de la TB en El Salvador	J. Garay
11:30 - 11:45	Preguntas y respuestas	
11:45 - 12:15	Presentación de las nuevas guías de tratamiento de OMS	M. del Granado
12:15 – 12:30	Presentación de los temas actualizados de la Guía Clínica TB/VIH de la Región	R. Cedillos
12:30 – 13:00	Preguntas y respuestas	
13:00 - 14:00	Almuerzo	
14:00 - 16:00	Mesa Redonda: Rol de los determinantes sociales de salud en tuberculosis y el abordaje de la TB en poblaciones vulnerables	Coordinador: R. Armengol
14:00 – 14:30	- Determinantes sociales de salud y tuberculosis	E. Jaramillo
14:30 – 14:50		
14:50 – 15:10	- Tuberculosis en niños	A. Volz

15:10 – 15:30	- Tuberculosis en poblaciones indígenas, estrategias de intervención –experiencia de Colombia-	E. Moreno
15:30 – 16:00	- Tuberculosis en favelas, estrategias de intervención – experiencia de Brasil-	D. Barreira
	Discusión	
16:00 - 16:30	Receso	
	Mesa Redonda: Rol de los determinantes sociales de salud en tuberculosis y el abordaje de la TB en poblaciones vulnerables	R. Armengol
16:30 - 16:45	- Tuberculosis en prisiones, estrategias de intervención en Paraguay	C. Martínez
16:45 – 17:00	- Intervenciones socio-económicas que pueden fortalecer el control de la TB- experiencia en el Perú	C. Evans
17:00 – 17:15	- Diabetes y tuberculosis –experiencia de México-	M. García
17:15 – 17:30		
	Discusión	

Martes 27 de julio

08:30 - 12:30	Trabajo de Grupos: Análisis de la situación epidemiológica, de la implementación de la estrategia Alto a la TB, enfatizando en intervenciones para incrementar la detección de casos –iniciativa APP/PMM, intervenciones en poblaciones vulnerables- y desafíos identificados para ser abordados en el 2010 -2011 en cada país: 5 Grupos	Coordinador R. López
12:30 - 14:00	Almuerzo	
14:00 – 1500	Presentación de conclusiones y recomendaciones de los relatores de cada grupo	
15:00 – 15:20	Presentación del Plan regional de expansión del manejo programático de la TB-MDR	M. del Granado
15:20 -16:00	Necesidades de las redes de laboratorio para la	L. Barrera

implementación del Plan de expansión del manejo programático de la TB-MDR

16:00 – 16:30	Receso	
16:30- 16:45	Importancia del TB TEAM nacional	Y. Silva
16:45 – 17:45	Trabajo de grupos – utilización de la herramienta TB de TB-TEAM	Y. Silva

Miércoles 28 de julio

Control de Contactos de enfermos con Tuberculosis:

08:30 – 9:00	<ul style="list-style-type: none">- Presentación de parámetros esenciales del control de contactos- Presentación de experiencias nacionales en el control de contactos:	S. Ottmani
9:00 – 9:15	<ul style="list-style-type: none">• Chile	PNT Chile
9:15 – 9:30	<ul style="list-style-type: none">• Canadá	PNT Canadá
9:30 – 9:45	<ul style="list-style-type: none">• Perú	O. Jave
9:45 – 10:15	Receso	
10:15 – 11:30	<ul style="list-style-type: none">- Trabajo de países: análisis de contenido del capítulo de contactos de las de guías nacionales, identificación de debilidades y elaboración de un plan para mejorar el control de contactos.	
11:30 – 12:00	Presentación de países	
12:00 – 12:30	Presentación de conclusiones y recomendaciones de la reunión.	M. del Granado
12:30 – 14:00	Almuerzo	

Anexo 2

**Reunión Regional de Jefes de Programas Nacionales
de Control de la TB
San Salvador, El Salvador, 26 al 28 de Julio del 2010
Consolidado de la Evaluación
(35 evaluaciones)**

1. Por favor, califique la calidad de diferentes aspectos del taller marcando la respuesta apropiada:

	Excelente	Muy Bueno	Bueno	Aceptable	Deficiente
Aspectos Técnicos					
Metodología	12	17	3	3	
Material entregado	6	19	6	4	
Inauguración	16	14	4	1	
Presentaciones: Introducción , Situación Mundial, Regional y de El Salvador	18	13	3	1	
Presentaciones sobre nuevas guías TB y TB/VIH	13	15	5	1	1
Mesa Redonda: Rol de Determinantes Sociales	15	14	5	1	
Trabajo en grupos: Análisis de situación	15	15	4	1	
Presentaciones: TB MDR- y Laboratorios	8	20	6	1	
TB TEAM : Presentación y trabajo en grupo	9	17	6	3	
Control de contactos: presentaciones y trabajo en grupo	9	20	5	1	
Conclusiones y recomendaciones	13	19	2	1	
Aspectos Logísticos					
Ciudad sede	22	12		1	
Hotel	18	13	3	1	
Refrigerios	16	14	2	2	1
Almuerzos	17	13	2	3	
Apoyo administrativo antes del taller	17	14	2	2	
Apoyo administrativo durante el taller	20	13		2	
Impresión general de la Reunión Regional	16	16	2	1	

2. Mencione aspectos positivos del taller

-
- Información actualizada que servirá de apoyo a recomendaciones sobre TB/VIH.
 - Los materiales técnicos
 - Los temas importantes del laboratorio
 - La organización, metodología y trabajo en grupo
 - El apoyo o asistencia técnica por TBTEAM
 - La mesa redonda sobre determinantes sociales de TB
 - La oportunidad para reflexionar sobre los logros y obstáculos de los PNT
 - La actualización sobre las recomendaciones de la OMS
 - La claridad sobre lo que hay que cumplir dentro del DOTS y Alto a la TB
 - Las estrategias importante para fortalecer los procesos
 - La posibilidad de conocer datos de países comparables para afianzar o cambiar acciones
 - La excelente calidad del apoyo administrativo
 - La situación regional de la TB
 - Las conclusiones de los PNT son consistente con de la estrategia Alto a la TB,
 - El entusiasmo de los directores del Programa Regional de TB
 - El ambiente distendido que permite el intercambio de experiencias.
-

2. Mencione aspectos que podrían mejorarse en el taller

- Más interacción y discusión entre países de diferentes regiones.
 - Incluir una agenda social
 - Enfatizar las prioridades de los países, las recomendaciones y conclusiones
 - Presentación de casos
 - La metodología y el tiempo de trabajo
 - Incrementar el tiempo para discutir las presentaciones de los países para mejorar el intercambio de experiencias
 - Brindar más formas innovadoras de realizar los actividades del PNT con respecto a la adherencia al tratamiento
 - Asegurar la información epidemiológica actualizada
 - Brindar más tiempo a los países para preparar los presentaciones
 - Abrir espacios para discutir puntos técnicos o programáticos discordantes
 - Crear herramientas para evaluar las recomendaciones claves de los países
 - Apoyo a los grupos con computadoras para hacer el trabajo y mejorar y actualizar las presentaciones
 - Invitar equipos clínicos compuestos por personal de enfermería, farmacia y médicos.
 - Menos contenido de azúcar en los refrigerios.
-

4. Comentarios complementarios

“Una reunión excelente”

“Explorar la posibilidad de asistencia técnica entre países”

“Excelente organización por la representación local de OPS”

“Muy bien los anfitriones, personal administrativo local y de OPS”.

“Coinciden los temas discutidos con los relevantes para cada país, me parece que ha sido un completo éxito”

“Gracias por la invitación”

Anexo 3. LISTA DE PARTICIPANTES

N	NOMBRE	País	CARGO	INSTITUCIÓN
1	Silvia María Ramírez Lijó	Argentina	Personal de Apoyo en el Área Médica y Epidemiología del PNT	Ministerio de Salud Nación Argentina (Programa TB)
2	Lucía Barrera	Argentina	Jefe Servicio Micobacterias	INEI ANLIS Dr. C G Malbran
3	Francis Morey	Belize	National Tuberculosis Coordinator	Ministry of Health of Belize
4	María Lourdes Carrasco	Bolivia	Responsable Programa Nacional Contra la Tuberculosis	Ministerio de Salud y Deportes
5	Mirtha María Camacho Prado	Bolivia	Responsable Laboratorio de TBC y Red de Laboratorios TBC	Ministerio de Salud - Inst. Red de Laboratorios de Salud
6	Draurio Barreira	Brasil	Jefe del PNCT	Ministerio de Salud
7	Selma Lina Suzuki	Brasil	Biomédica - Consultora Técnica	Coordenacao General de Laboratorios de Saude Publica
8	Edward Ellis	Canadá	Manager, TB Prevention & Control	Public Health Agency of Canada
9	Christian García Calavaro	Chile	Director Programa Nacional de TB	Ministerio de Salud (MINSAL)
10	Fabiola Arias M.	Chile	Jefe Laboratorio Micobacterias	ISP Chile (Instituto de Salud Pública)
11	Ernesto Moreno Naranjo	Colombia	Coordinador del PNCT	Ministerio de la Protección Social
12	María Consuelo Garzón Torres	Colombia	Coordinadora Grupo Micobacterias-RNL	Instituto Nacional de Salud
13	Zeidy Mata	Costa Rica	Responsable PTB -ASC CCSS	Caja Costarricense Seguro Social
14	María Josefa Llanes	Cuba	Responsable Programa de Control de TB	Ministerio de Salud Pública
15	Adela Vimos Rodríguez	Ecuador	Director Nacional de Control de TB	Ministerio de Salud de Ecuador
16	Clara Freile Gachet	Ecuador	MDR - PCT Ecuador	Ministerio de Salud Pública – Ecuador

17	Dolores Catalina Kuffo Mendoza	Ecuador	Responsable de la Red de Laboratorios y del Laboratorio Nacional	Instituto Nacional de Higiene
18	Julio Garay Ramos	El Salvador	Jefe del Programa Nacional de TB	Ministerio de Salud
19	Margarita Ramírez Lemus	El Salvador	Encargada del área de TB en el Lab. Central	Laboratorio Central "Dr. Max Bloch" del Ministerio de Salud
20	René Guevara Hernández	El Salvador	Coordinador de Laboratorio Clínico PNTYER	Ministerio de Salud
21	Gladis Haydee Muñoz de Bonilla	El Salvador	Colaborador Técnico Programa TB y de Lepra	Ministerio de Salud
22	Guillermo García López	El Salvador	Coordinador Nacional Programa de Tuberculosis	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
23	Evelyn Roxana Castro de Argueta	El Salvador	Colaboradora Técnica Médica	Ministerio de Salud
24	Matías Humberto Villatoro Reyes	El Salvador	Jefe de Extensión de Cobertura	Ministerio de Salud
25	Pablo Antonio Pacheco Solís	Guatemala	Coordinador Nacional PNT	Programa de TB / Ministerio de Salud
26	Nancy Maritza Ayala Contreras	Guatemala	Supervisora Bacteriología	Laboratorio Nacional de Salud
27	Jeetendra Mohanlall	Guyana	Programme Manager	National TB Programme, Ministry of Health
28	Marvin Andrés Maldonado Rivera	Honduras	Jefe Programa Nacional Control de la Tuberculosis	Secretaria de Salud Pública
29	Nery Leticia Almendárez	Honduras	Micobiólogo Asistente Laboratorio Nacional Ref. de TB	Laboratorio Nacional de Vigilancia
30	Michael W. Williams	Jamaica	Tuberculosis Coordinator	Ministry of Health of Jamaica
31	Martha Angélica García	México	Subdirectora Micobacterias	Secretaría de Salud
32	Claudia Elena Bäcker	México	Jefe Lab TB-INDRE	INDRE
33	Francisco José Maldonado	Nicaragua	Coordinado Nacional Componente	Ministerio de Salud

	Benavente		Tuberculosis	
34	Luis Alberto Chacón	Nicaragua	Responsable del Departamento de Micobacterias	Centro Nacional de Diagnostico y Referencia Ministerio de Salud
35	Cecilia María Lyons de Arango	Panamá	Coordinadora Nacional del PTB	Ministerio de Salud de Panamá
36	Celia Martínez de Cuellar	Paraguay	Directora Programa Nacional de Control de TB	Ministerio de Salud
37	Héctor Oswaldo Jave Castillo	Perú	Coordinador Nacional de Estrategia TB	Ministerio de Salud
38	Luis Asencios Solís	Perú	Coordinador del Laboratorio de Referencia Nacional de Micobacterias	Instituto Nacional de Salud
39	Belkys A. Marcelino Martínez	Rep. Dominicana	Directora Programa de TB	Ministerio de Salud Publica
40	Leonarda Reyes	Rep. Dominicana	Responsable Red Laboratorios del PNCT	Laboratorio Referencia Nacional TB
41	Wiedjaiprkash Balesar	Surinam	Manager of NTP Surinam	Bureau of Public Health
42	Annabella Marchese	Uruguay	Médico Adjunto al Programa TB	Comisión Lucha Antituberculosa
Expertos invitados				
43	Anna Volz	Bolivia	Docente Investigador, Universidad Mayor de San Simón	Instituto de Investigaciones Biomédicas IIBIS MED
44	Ezio Tavora dos Santos Filho	Brasil	Consultor	Rede TB
45	Rolando Cedillos	El Salvador	Asesor	Proyecto Regional de VIH-SIDA para Centroamérica SG-SICA/ SISCA Banco Mundial
46	Raimond Armengol	España	Consultor, The Union	The Union
47	Carlton A. W. Evans	Perú	IFHAD: Innovation for Health and Development	Universidad Peruana Cayetano Heredia
48	Edith Mercedes Alarcón Arrascue	Perú	Consultora LAC/	The Union
49	Martin Baker	USA	Director, Reference	Massachusetts Supranational Laboratory/University of Massachusetts Medical School

			Laboratory Division	
50	Alexander Sloutsky	USA	Massachusetts SRL	Massachusetts SRL
51	Peg Marshall	USA	Regional Advisor MCH&ID	USAID
OPS/OMS				
52	Ernesto Jaramillo	Suiza	Medical Officer	OMS Ginebra
53	Salah Ottmani	Suiza	Medical Officer	OMS Ginebra
54	Haileyesus Getahun	Suiza	Medical Officer	OMS Ginebra
55	Ward Schrooten	Trinidad	Epidemiologist	CAREC - PAHO
56	Mirtha del Granado	USA	Asesora, Programa Regional de TB	OPS/OMS
57	Rafael López Olarte	USA	Asesor, Programa Regional de TB	OPS/OMS
58	Yamil Silva Cabrera	USA	STB, Programa Regional de TB	OPS/OMS
59	Cleophas d'Auvergne	USA	Residente, Programa Regional de TB	OPS/OMS