

Actividades del Comité de Tuberculosis Región Metropolitana durante 2004

CARLOS PEÑA M.*

MARZO

Resumen Actividades Comité 2003. Evaluación Programa de Control de la Tuberculosis 2004. Planificación Actividades 2005.

Drs. Manuel Zúñiga y Carlos Peña

Se destaca un aumento en el número de baciloscopias y cultivos de Koch con respecto al año precedente (2002) y el alto grado de utilización del recurso radiológico para el estudio de contactos, pesquisa en sintomáticos respiratorios y seguimiento clínico (30.000 placas en el país).

En cuanto a la incidencia (información provisorio y parcial) se apreciaría un descenso epidemiológico, con tasas de tuberculosis en toda las formas de 18,4/100.000 (2.950 casos).

Las zonas de más alta incidencia son Arica (36,7/100.000), Iquique (33,8/100.000) y Magallanes (31,7/100.000). En la Región Metropolitana la tasa más alta es la del Servicio de Salud Central (28,2/100.000).

Estos datos cada vez son más depurados, a través de la consolidación del Registro Nacional en el MINSAL.

Aspectos deseables de mejorar en la gestión del programa:

- Lograr al menos un 80% de cumplimiento en el estudio completo de contactos.
- Procesar información de *Auditorías de Muerte* en la Región Metropolitana, tendiente a establecer el grado de seguridad diagnóstica y la demora en el diagnóstico y tratamiento.

Respecto a la Reforma de Salud en marcha, se tiene información que el Programa de Tuberculosis estaría dentro del Programa de Salud Pública y Enfermedades Transmisibles (en la Subsecretaría de Salud Pública en los SEREMI).

ABRIL

Nueva estructura del Programa de Tuberculosis. Hospitalización de casos de tuberculosis. Incorporación de actividades del Programa a Modelo de Salud Familiar.

Dr. Manuel Zúñiga

Se comenta el ordinario N° 15 AE/1476 de la Subsecretaría de Salud que da cuenta del apoyo a la mantención de los equipos de tuberculosis y sus actividades.

Se propone estimular dentro del Comité las interacciones con los encargados de SEREMI, a fin de asegurar la consejería técnica del Comité hacia dicha entidad.

Un punto difícil es lo que respecta al recurso de hospitalización de los enfermos tuberculosos, especialmente en términos de las dificultades de acceso y a la escasa oferta de aislamientos. Esta situación deberá ser enfrentada a nivel regional.

Otro de los aspectos prioritarios es la integración con los municipios y la participación en los modelos de Salud Familiar. También se ve necesario intensificar la capacitación continua dada la alta rotativa de los equipos locales, la difusión del Programa en la comunidad y el desarrollo de incentivos no económicos a su cumplimiento.

* Programa de Control de la Tuberculosis (PCT), Región Metropolitana.

MAYO

Presupuesto del Programa de Tuberculosis y situación epidemiológica.

Dr. Manuel Zúñiga

Se detalla el presupuesto del Programa para 2004, destacando que el ítem correspondiente a fármacos está asegurado (se adquirió Kanamicina).

Los montos correspondientes a Campañas Sanitarias para la adquisición de insumos de laboratorio de pesquisa (baciloscopias, cultivo de Koch y radiografías de tórax) fueron rebajados. Aún están por definirse los fondos para capacitación y supervisiones.

Se entrega la evaluación epidemiológica de 2003, que demuestra una situación de mejoría. Se notificaron 2.891 casos de tuberculosis (tasa 18,3/100.000), de los cuales 1.268 eran bacilíferos pulmonares (tasa 8/100.000). En la Tabla 1 se muestra la incidencia del país estratificada en 3 grupos.

Se destaca además el cumplimiento de las metas OMS de eficacia del tratamiento (> 85%) a nivel país, durante el 1^{er} semestre de 2003.

Se enfatiza la posibilidad de la incorporación de la tuberculosis como enfermedad profesional para los trabajadores de la salud, lo que seguramente motivará alguna reacción de las mutuales de seguridad.

Se informa que no se ha resuelto aún el problema de reducción de la planta física y del personal auxiliar del Laboratorio de Referencia del Programa de Tuberculosis del Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

JUNIO

Estudio de contactos.

Dr. Carlos Peña

Se mencionan las diferentes actividades en relación al estudio de contactos de enfermos

bacilíferos, destacando las intervenciones intra-hospitalarias: estudios de contactos en profesionales de la salud de laboratorio y salas de servicios de medicina y cirugía.

Se concluye que es importante cumplir con medidas que acorten o prevengan la exposición del personal de salud a casos contagiosos (generalmente pacientes con diagnóstico tardío de tuberculosis). Deben practicarse baciloscopias a todos los sintomáticos respiratorios que ingresan a un hospital y a los funcionarios que tengan más de 15 días de síntomas respiratorios. Debe darse cumplimiento a los aislamientos respiratorios (rol del Comité de Infecciones Intra-hospitalarias) y deben trasladarse a los pacientes dentro del hospital con mascarillas de uso transitorio. En los casos de tuberculosis del personal de salud se deberá trabajar en conjunto con el Departamento de Salud Ocupacional.

En el estudio de contactos se debe considerar los círculos laborales y sociales además de los intradomiciliarios.

Optimización de la información en tuberculosis.

Dr. Pablo Marcone

Se muestra una propuesta para mejorar el registro de información de los casos hospitalizados con optimización de los datos clínicos y de laboratorio, que se completan en red dentro del hospital, con clave de búsqueda que es el propio RUT del paciente y no el número de ficha.

JULIO

Meningitis tuberculosa.

Dra. Lucía Aguad

La Dra. Aguad presenta información sobre los casos de meningitis tuberculosa atendidos en el hospital Lucio Córdova, que se resume a continuación.

Tabla 1. Estratificación de la incidencia de tuberculosis en Chile

Grupo	Habitantes (n)	Casos (n)	Tasas todas las formas
Grupo I (Tasa < 20 /100.000) ¹	11.181.934	1.688	15,1
Grupo II (Tasa 20-24 /100.000)	2.098.956	479	22,8
Grupo III (Tasa > 25 / 100.000) ²	2.492.606	724	29

⁽¹⁾ Incluye todos los Servicios de Región Metropolitana excepto el Central.

⁽²⁾ Incluye a los 7 servicios: Arica, Iquique, Atacama, Concepción, Osorno, Magallanes y Metropolitano Central.

Período 1995-2002: 53 casos (alrededor de 6 a 7 casos anuales).

Rango de edad: 21-79 años. Promedio: 41 años (en VIH: 34 años).

Condiciones asociadas: alcoholismo 21%; VIH+ 20%; TBC. previa 17%.

Tiempo de evolución del cuadro: 1-120 días (74% entre 7 y 21 días; en VIH+ la mayoría < 7 días).

Cuadro clínico: cefalea (68%), fiebre (76%), vómitos (53%), signos meníngeos (80%), desorientación (49%), sopor (17%), compromiso motor periférico (11%).

Características del líquido cefalorraquídeo (LCR): proteínas: 1-3 g/L en 60% de los casos (en VIH+ puede ser menor); glucosa: < 0,4 g/l en 77%; Células: < 200/ml en 66%.

Polimorfonucleares: 0 a 25 en 75% de los casos y adenosín deaminasa (ADA): > 7 UI/L en 80%.

Confirmación bacteriológica: baciloscopia LCR (-) 100%; (+) 9% en VIH + Cultivo (+) en 45% (81,8% en VIH +).

En los 11 pacientes VIH+ tres tuvieron cultivos de expectoración (+); 2 baciloscopias (+) en el contenido gástrico, una de ellas por micobacterias ambientales (MAC); 1 cultivo (+) en lavado bronco-alveolar; 2 hemocultivos (+), 1 correspondió a MAC.

Tratamiento: El 89% de los casos recibió el esquema primario (2 pacientes fallecieron sin recibir tratamiento); un caso VIH (+) presentó hepatitis.

Se emplearon corticoides en 87% de los casos. Los pacientes sin corticoides tuvieron mayor letalidad (57%). La letalidad global fue de 17% (9 fallecidos).

Complicaciones: hidrocefalia: 23%; vasculitis: 13% y tuberculoma cerebral: 6%.

Investigación operacional en tuberculosis.

Dr. Carlos Peña

Se presenta una propuesta de investigación operacional en tuberculosis auspiciada por OPS y CDC tendiente a demostrar la relación que existe entre los resultados terapéuticos (eficiencia) y el nivel de extrema pobreza. Es sabido que la extrema pobreza condiciona mayor incidencia de la enfermedad, pero puede hacerlo multifactorialmente: falta de cooperación, menor conciencia de salud, limitaciones de transporte y culturales, drogadicción y alcoholismo, entorno no proclive a tratamiento supervisado (DOTS), etc.

SEPTIEMBRE

Dificultades en el manejo casos VIH+ con tuberculosis.

Dr. Carlos Peña

Se discuten aspectos relacionados al Programa de Control de la Tuberculosis (PCTB) de la Región Metropolitana que ofrecen dificultades especiales como es la asociación TBC-VIH, que conlleva desafíos en su manejo y un mayor consumo de recursos, los que abundan más en los Programas del SIDA que en el de la tuberculosis.

Un punto importante se refiere al tratamiento de las micobacterias ambientales (MAC), que consumen algunas drogas del Programa antituberculoso, como el etambutol, sin que correspondan realmente a él.

Demora diagnóstica en atención primaria

Se discute el diagnóstico tardío en tuberculosis, mencionándose que un 40% de los pacientes tienen síntomas de más de 6 meses de duración.

Una estrategia relevante sería desmedicalizar la pesquisa baciloscópica, extendiéndola a todo el equipo de salud.

OCTUBRE

Reacción de tuberculina en niños.

Dr. Leonardo Véjar

Se presentan algunos aspectos de una investigación con el test de tuberculina (PPD) en niños vacunados contactos de enfermos tuberculosos.

Se destacan algunos hechos relevantes de una experiencia sobre 3.277 contactos de 1.338 casos de tuberculosis en todas sus formas.

Se encontró que el 20% de los contactos escolares tenían PPD (+) (mayor de 10 mm). El número de reactores a la tuberculina fue mayor (39%) en contactos de casos bacilíferos, que en contactos de tuberculosis extrapulmonares (6%).

La positividad del PPD aumentó de acuerdo a la carga bacilar, siendo máxima en los contactos de tuberculosis pulmonares con baciloscopías (+++).

Es posible que esta línea de investigación pueda continuar con seguimientos estratificados por edad ya que el riesgo de infección es acumulativo y variable. Además, sería interesante conocer la validez del PPD luego de una segunda dosis de BCG.

NOVIEMBRE

El Programa de Tuberculosis en la Reforma de Salud.

Dr. Manuel Zúñiga

El Dr. Zúñiga se refiere a los posibles cambios que tendría el PCTB en la Reforma de Salud. En este contexto la Subsecretaría de Salud Pública tendría una Unidad de Control de Enfermedades Transmisibles, donde estaría el PCTB. Se piensa que el nivel central mantendrá la tuición del fondo ministerial de fármacos, gestión, evaluación de metas, capacitación, promoción, administración de presupuestos y vigilancia epidemiológica, en una “Unidad de Control y Eliminación de la tuberculosis”, con un director nacional y un equipo formado por un médico, una enfermera y un representante del laboratorio central (Instituto de Salud Pública).

En el *nivel intermedio*, la SEREMI de Salud tendría un componente de salud pública y de planificación. En los servicios se mantendrían los niveles intermedios del PCTB con carácter técnico, mientras que la SEREMI tendría relación con la evaluación de prioridades, factores de riesgo, medición de impactos, área de prevención y control de brotes, a través de una muy detallada y directa vigilancia epidemiológica.

Los equipos intermedios de los servicios deben entregar supervisión a las redes de Atención Primaria de Salud, mantener la localización de casos, las actividades de laboratorio y el manejo de los casos junto con las auditorías de tratamiento y de fallecidos.

Se piensa que debería existir un Comité Clínico permanente a nivel del Instituto Nacional del Tórax (INT) para la referencia nacional de casos complejos, multirresistencia y capacitación. En todo caso la situación se definirá con más precisión, cuando se conozcan más detalles de la operación.

Se hace referencia al traslado de la enfermera del PCTB de la Región Metropolitana al SEREMI

y a la necesidad de un “diagnóstico de situación” de la Tuberculosis de la Región Metropolitana, que servirá de informe para el plan de trabajo de la SEREMI.

DICIEMBRE

Aspectos de interés para el Programa de Tuberculosis.

Dr. Carlos Peña

- Orientación de la investigación en tuberculosis en la extrema pobreza: Se logra una definición de trabajo orientado a medir eficiencia en todos los pacientes identificando los elementos de mayor gravitación en el problema social dividiendo en quintiles los ingresos, estratificando por edades y simplificado en encuesta CASEM a ficha CAS-2.
- Definición de roles en la Organización del sistema de control: Las normas de procedimientos del PCTB (manual de operaciones) deberían especificar si el *nivel intermedio* de los servicios mantiene la gestión y aspectos gerenciales, mientras que la SEREMI se podría relacionar con los aspectos de logística y vigilancia.
- Personal para los Equipos de Tuberculosis del nivel intermedio en los Servicios de Salud: Lo óptimo es personal a tiempo completo en los servicios con coberturas de más de 800.000 habitantes.
- Normas de Bioseguridad: Estos contenidos se introdujeron en las nuevas normas.
- Capacitación: Se informa de la realización de un Curso de Tuberculosis que se efectuará este año aprovechando la oportunidad en que nos visitará el Dr. José Antonio Caminero, asesor de la Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UICTER), quien tiene vasta experiencia en los Programas Antiuberculosos de América Latina.