

Resumen de actividades del comité de tuberculosis. Región Metropolitana 2003

CARLOS PEÑA M.*

MARZO

Georegionalización de la morbimortalidad por TBC. Dr. Sergio Hormázabal, Encargado Atención Primaria del SEREMI y Sr. Carlos Soto, Geógrafo del SEREMI.

Mediante el Programa ARCVIEW 3.1 se organiza la información de áreas (v.gr. climatológicas), lineales (v.gr. calles) y puntos (casos). La base de datos contiene planos cartográficos y admite el listado de pacientes estandarizados (identificación, edad, género, domicilio, barrio o sector). Los sectores a su vez se pueden subdividir en servicios de salud, comunas y áreas de consultorios y se representan en el mapa correspondiente.

Esta representación de puntos permite observar la concentración de casos y obtener la comparación histórica, lo que es muy útil para la visión epidemiológica de los sectores de riesgo. Esto se puede enriquecer con las variables de unidades vecinales y los datos CASEN de extrema pobreza. El sistema es apto para ser extendido al resto del país a través de una capacitación.

ABRIL

1) Programación 2003: Introducción de nuevos indicadores para los programas de control de tuberculosis (PCTB) locales. Drs. Manuel Zúñiga y Carlos Peña.

Se discuten las mejores opciones de indicadores que permitan conocer con detalles más precisos situaciones locales que no se aprecian dentro de los promedios de los servicios. Entre las evaluaciones por consultorios se destacan:

a) localización de casos (promedio trimestral); b) Eficiencia de cohortes locales, y c) comparación de casos según factores de riesgo (grupos con mayor vulnerabilidad para TBC y peo-

res resultados terapéuticos: inmunodeprimidos, inmigrantes, ancianos, reclusos e indigentes).

2) Informe DOTS de la OMS en español y evaluación del PCTB, Chile 2002.** Dr. Manuel Zúñiga.

Se destaca la situación de Chile con tasas inferiores a 24/100.000 en 2001 y su cercanía al cuadrante óptimo de la relación éxito terapéutico *versus* proporción de detección de casos.

Se entrega información correspondiente a población chilena de 15.593.348 habitantes.

Casos totales de TBC: 2.992 (tasa: 19,2/100.000).

Casos de TBC pulmonar bacilifera: 1.386 (tasa: 8,9 /100.000)

Resultados terapéuticos	%
Altas inactivos	84,5
Abandonos	6,1
Fallecidos	6,9
Fracasos	0,2
Traslados	2,3

3) Visión de la TBC. En recintos penales de la Región Metropolitana. Dr. Juan Carrillo. Hospital Penitenciario (CDP, Santiago Sur).

Se muestran registros de incidencia de TBC desde 1998 en los recintos penales de la Región Metropolitana. Se aprecia una mucho mayor incidencia en este grupo humano.

Años	Pobl. Penal Adultos	Casos TBC	Tasas TBC x 10 ⁻⁵
1998	9.880	19	192,3
1999	10.791	13	120,5
2000	11.714	16	136,6
2001	12.149	27	222,2

Se destaca la necesidad de mantener y reforzar las actividades del PCTB en los recintos penales.

* Servicio de Salud Metropolitano Central.

** DOTS: *Directly observed treatment shortcourse* (tratamiento directamente observado de corta duración)¹.

MAYO

Análisis de la TBC en el Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente (SSMSO). Dr. Fernando Tabilo, Jefe PCTB, SSMSO.

Se entrega una visión en profundidad del comportamiento de la TBC a través del análisis de indicadores que llevan la información a nivel comunal y de consultorios.

Índices descriptores de la TBC en SSMSO y variables asociadas:

Población	1.414.866 habitantes
Pobreza (%)	20,4
Indigencia (%)	5,9
Desempleo (%)	11,9

Tasa de TBC 2002 [BK (+)]: 12,7 /100.000

En las megacomunas (La Florida: 10,9/100.000 y Puente Alto 12,5 /100.000) que bordean los 900.000 habitantes las tasas de TBC BK (+) no tienen la magnitud de las áreas problemáticas como La Granja (15,3/100.000) y San Ramón (14,7/100.000).

En todas las comunas se aprecia un descenso en la incidencia de la TBC, pero se destaca que están apareciendo más casos en adultos mayores. Se analiza en detalle la situación de cada consultorio.

JUNIO

TBC en grupos de riesgo: Experiencia del SSM Central. Dr. Carlos Peña y enfermera Sra. Zulema Torres.

Se muestra la evolución que ha tenido la TBC en el SSMC en los últimos 5 años y se analiza la participación creciente de grupos de riesgo (grupos más vulnerables a la enfermedad): casos originados en la Penitenciaría y en indigentes, la mayoría huéspedes transitorios del Hogar de Cristo, ambos recintos pertenecientes a la comuna de Estación Central.

El problema radica en lo difícil que es enfrentar estos casos y en los deficientes resultados terapéuticos, con gran porcentaje de abandonos.

Se requiere aumentar las actividades asociadas a una fuerte red social y una óptima coordinación entre estos centros, el PCTB, el Instituto Nacional del Tórax y el Sanatorio San José de Maipo.

JULIO

1) TBC en reclusos. Dr. Carlos Peña y enfermera Sra. Zulema Torres.

Complementando informaciones previas se destaca el desarrollo que ha alcanzado un PCTB

intracarcelario con personal capacitado que se constituirá en un *centro de referencia nacional* para TBC de todo el sistema carcelario.

2) Informe sobre la tendencia de la TBC en Chile. Dr. Manuel Zúñiga.

Se destaca la tendencia descendente de la TBC en Chile en los años precedentes, pero es preocupante la detención de esta tendencia y su posterior estancamiento a partir del año 2000, habiéndose generado 270 casos más de los esperados en 2002.

Esta situación crea preocupación ya que los servicios que han incrementado los casos corresponden a servicios con equipo incompleto de control de la TBC (médico y/o enfermera). Se señala entre ellos a la V y VIII Regiones.

Año	Casos TBC Totales	Tasa /100.000	I. pesquisa
1998	3.668	24,7	45,7
1999	3.420	22,8	40,0
2000	3.021	19,9	36,9
2001	3.120	20,3	31,9
2002	3.016	19,4	ND

Se reitera la necesidad de mantener los equipos intermedios completos con asignaciones de horas adecuadas (médico con un horario mínimo de 22 horas semanales, para actividades del Programa y como referente clínico).

3) Varios

Se propone realizar un análisis de las recaídas (200 casos en Chile entre el 2000 y 2001) a fin de determinar los factores relacionados con ellas (extensión lesional, demora en la negativización e incumplimiento del DOTS, entre otros).

AGOSTO

1) Modificaciones terapéuticas de la TBC. Dr. Victorino Farga.

Se discuten los informes de la Sociedad Americana de Tórax (ATS) y del Manual OMS de TBC (2003). En una síntesis muy apretada se destaca lo siguiente:

a) Se ha observado que los enfermos con tuberculosis cavitarias que siguen teniendo cultivos positivos al segundo mes de tratamiento, con el actual esquema de 6 meses, recaen en una alta proporción (21%). Por esto la recomendación actual es de prolongar en estos casos la segunda fase a 7 meses, con un total de terapia de 9 meses.

b) En los enfermos *antes tratados* (recaídas y abandonos), recomiendan emplear el mismo esquema primario pero prolongado a 9 meses, pero esto sólo en las poblaciones en las que la resistencia inicial a isoniazida sea inferior al 4%. Como en Chile es superior a esa cifra, debemos mantener el esquema actual: (1HRZES / 1 HRZE / 7 H2R2E2).

c) Los enfermos multi-resistentes (resistentes por lo menos a Isoniazida y Rifampicina), generalmente conservan sensibilidad a la Pirazinamida (Z) y Etambutol (E), que usaron sólo en la primera fase inicial, por lo cual se debe mantener el esquema actualmente en uso: Kanamicina (K), Etionamida (Et), Ciprofloxacino (CP), Etambutol, y Pirazinamida (Z) diarios, con una duración total de 18-24 meses (3KEtCPxZE/15EthCPxZ).

d) En los pacientes más crónicos, generalmente multi-poli-resistentes (es decir, resistentes a múltiples drogas) el tratamiento debe basarse en los estudios de sensibilidad, los que deben ser conocidos prontamente. Para estos y muchos otros casos deben emplearse las técnicas diagnósticas modernas que permiten obtener en forma rápida y automatizada el aislamiento y conocer la susceptibilidad de micobacterias, como el "BACTEC", que utiliza sustancias radiactivas o el "MGIT" que usa materiales fluorescentes. Este último método ya está siendo validado en el Instituto de Salud Pública y permite conocer la susceptibilidad a las drogas en 14 días.

e) Próximamente el Comité de Tratamiento del MINSAL deberá abocarse a revisar y poner al día todos los esquemas de tratamiento de la tuberculosis actualmente en uso en Chile.

2) Evaluación del seminario nacional de TBC 2003. Dr. Manuel Zúñiga.

Los hechos más relevantes de la evaluación fueron:

a) Detención del descenso de la incidencia de la tuberculosis y situación estacionaria en 2001-2002.

b) Los casos esperados para el 2003 eran 2.676, con una tasa de 17,1/100.000 y, en cambio, se informaron 3.016 (tasa: 19,4 /100.000).

c) Localización de casos en 2003: baciloscopías de diagnóstico = 313.471; baciloscopías por caso diagnosticado = 224; cultivos = 183.573.

d) Los servicios con aumento en el número de casos son los que presentan equipos de control de la TBC incompletos.

e) Sólo 11 servicios del país redujeron el número de casos.

f) Se deben considerar como prioritarios los servicios más alejados de la meta de eliminación y los que han incrementado su número de casos (Arica, Atacama, Viña del Mar, O'Higgins, Maule, Ñuble, Concepción, Arauco, Talcahuano, Bío-Bío, Araucanía, Valdivia, Osorno, Magallanes, SSMOriente y SSMNorte).

3) Reacciones adversas a fármacos antituberculosos de primera línea. Dr. Carlos Peña.

Se analiza la experiencia publicada por Yee y colaboradores de Montreal, Canadá². Se revisaron 408 casos de tuberculosis tratados consecutivamente para pesquisar *reacciones adversas (mayores) a medicamentos* (RAM), que son aquellas que obligan a discontinuar el tratamiento o a hospitalizar. Se detectaron 37 RAM mayores (9%).

Los factores asociados a mayor incidencia de RAM mayores fueron: sexo femenino, edad superior a 60 años, procedencia asiática y VIH⁺.

La hepatitis estuvo presente en 12 casos y la alergia cutánea o fiebre por droga en 21 casos.

La hepatotoxicidad y alergia cutánea correspondieron con mayor frecuencia a la Pirazinamida (10 de 12 hepatitis y 9 de 21 alergias). No se detectó hepatitis por Rifampicina. La intolerancia digestiva apareció en 11 casos; toxicidad visual en un caso y artralgias en otro. Por lo cual ante una hepatitis por droga se debería suspender la Pirazinamida y conservar la Rifampicina.

Las RAM mayores tuvieron una incidencia por 100 personas/mes de exposición: 1,48 para Pirazinamida, 0,49 para isoniacida, 0,43 para Rifampicina y 0,07 para Etambutol.

SEPTIEMBRE

Hospitalización por TBC en el Instituto Nacional del Tórax. Dr. Pablo Marcone.

El Instituto Nacional del Tórax (INT) dispone de dos salas para hospitalización de tuberculosos (8 camas de hombres y 4 camas de mujeres).

Se realizó auditoria de 22 hospitalizados por TBC (correspondientes al 18,5% de las hospitalizaciones por todas las causas). El promedio de edad fue 49,8 años con un rango de 24 - 87 años, el promedio de estadía fue de 71,7 días con un rango de 18 - 367 días.

El servicio de procedencia más frecuente es el Metropolitano Central con 10 pacientes (5 del Hogar de Cristo, uno de la Penitenciaría y 4 desde sus domicilios). El resto de Región Metropolitana contribuye con 9 casos y de otras

regiones hubo sólo dos casos (Coquimbo y Osorno).

El 63% son casos nuevos y el 37% *antes tratados*, de los cuales 3 se debieron a abandono, 3 a recaída y dos a fracasos bacteriológicos.

OCTUBRE

Análisis de los laboratorios de tuberculosis: Contribución de los sistemas privados y públicos. Sra. Rosario Lepe. Sección Micobacterias, Instituto de Salud Pública (ISP).

El grado de información que obtiene el ISP desde los laboratorios privados es insuficiente; sólo respondió el 39,4% de los 220 laboratorios privados que existen.

En la Región Metropolitana hay 22 laboratorios públicos y 26 privados que realizan baciloscopias, así como 8 públicos y 19 privados que efectúan cultivos de bacilo de Koch.

El Servicio Metropolitano Oriente es el que tiene más laboratorios privados (14 hacen baciloscopias y 12 cultivos); en cambio, el Sur Oriente y Occidente no tienen laboratorios privados de tuberculosis.

En la Región Metropolitana los laboratorios públicos realizaron 120.795 baciloscopias y 74.752 cultivos, mientras que los privados efectuaron 9.877 baciloscopias y 5.505 cultivos el año 2002. La positividad de la baciloscopía es mayor en los laboratorios privados (1,68%) que en los públicos (0,88%) probablemente por la mayor selección de pacientes y porque en ellos no se efectúa tamizaje del *enfermo sintomático respiratorio*.

El control de calidad de los laboratorios muestra una proporción de discordancia para falsos negativos de 0,1% en los laboratorios públicos y de 0,13% para los privados y de discordancia para falsos positivos de 0% en los laboratorios públicos y 3,16% en los privados. Esto significó 23 casos sobrediagnosticados en el área privada en 2002, lo que se debe netamente a falta de capacitación del personal de dichos laboratorios.

NOVIEMBRE

Estudio de contactos infantiles de TBC. Dr. Carlos Casar. Hospital Roberto del Río.

Se analizaron dos períodos, 1998 y 2002.

En 1998 no se detectaron casos de tubercu-

losis mediante el estudio de contactos; en 2002 se encontraron dos casos correspondientes a espinas ventosas y primoinfección simple respectivamente.

El tiempo que dista entre el diagnóstico del caso índice y la evaluación pediátrica fue de alrededor de un mes.

Resultados generales de la quimioprofilaxis con isoniacida: Duración promedio 4,5 meses, con 3 controles por caso. Alta de la quimioprofilaxis 62% (78 casos) en 1998 y 69% (89 casos) en 2002.

Esta actividad deberá perfeccionarse en todos los servicios del país como medio de prevención de la tuberculosis en los niños y deberá ser evaluada en los *Seminarios Nacionales* de los equipos de control de la TBC.

DICIEMBRE

Homenaje al Dr. Pedro Valenzuela Hiriart en el Instituto de Salud Pública. Drs. Manuel Zúñiga y Alvaro Yáñez, Sra. Rosario Lepe y Sra. Marcia Valenzuela S., hija mayor del Dr. Valenzuela.

En una emotiva ceremonia realizada el 11 de diciembre de 2003, se expusieron los grandes aportes del Dr. Pedro Valenzuela al Control de la Tuberculosis en Chile y América Latina y sus extraordinarias condiciones profesionales y humanas³.

Se descubrió, en presencia de autoridades del MINSAL, de la OPS, del ISP y de antiguos colaboradores, amigos y familiares del Dr. Valenzuela, una placa conmemorativa con motivo de la inauguración de la nueva Sección del Laboratorio de Microbiología de la TBC, en el cual trabajó el Dr. Valenzuela por muchos años.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- FARGA V. Control de la tuberculosis: Definiciones internacionales revisadas. Rev Chil Enf Respir 2001; 17: 53-6.
- 2.- YEE D, VALIQUETTE CH, PELLETIER M, PARISIEN I, ROCHER I, MENZIES D. Incidence of serious side effects from first line antituberculosis drugs among patients treated for active tuberculosis. Am J Resp Crit Care Med 2003; 167: 1472-77.
- 3.- Semblanza del Dr. Pedro Valenzuela Hiriart (1927-2003). Rev Chil Enf Respir 2003; 19: 195.