

## *Evaluación del tratamiento antituberculoso en enfermos antes tratados. Cohorte 1999*

ANALYSIS OF THE 1999 COHORT OF TUBERCULOSIS PATIENTS PREVIOUSLY TREATED

PEDRO VALENZUELA H.\*, MARTA ROJAS E.\* y MANUEL ZÚÑIGA G.\*

### **Evaluación Operacional**

1.- Enviaron la información para elaborar la cohorte anual nacional 25 de los 28 Servicios de Salud (SS) del país. Por cuarto año consecutivo Araucanía Sur no la envió; tampoco lo hicieron los SS de Atacama y Araucanía Norte.

La oportunidad en el envío de la información fue lamentable; el plazo solicitado era el 31 de Marzo de 2001; la última comunicación, luego de reiteraciones sucesivas, se recibió en Diciembre del mismo año.

2.- Los 25 servicios comunicaron un total de 341 casos *antes tratados* (AT) para el año 1999; no ingresaron a la cohorte 45 (13,8%) la mayoría de ellos por corresponder a localizaciones extrapulmonares de su tuberculosis, dos por ser vírgenes a tratamiento, dos por una TBC miliar y uno por corresponder a una micobacteria no tuberculosa.

3.- De los 294 casos pulmonares evaluables hubo que excluir a 65 (22,1%). Predominaron dos grandes causas de exclusión:

3.1.- Utilización de otros esquemas terapéuticos en lugar del régimen secundario estandarizado según normas, en 39 pacientes y

3.2.- Falta de confirmación bacteriológica de su nuevo episodio de tuberculosis en 22.

3.3.- Las restantes cuatro exclusiones obedecieron a falta de antecedentes, un fracaso de tratamiento y un caso AT con drogas de segunda línea.

En consecuencia, se evaluaron 229 pacientes con TBC pulmonar y que cumplían los requisitos para ingresar a la cohorte.

4.- Del total de casos evaluables y confirmados bacteriológicamente (272) la prueba de sensibilidad (PS) se efectuó sólo en 102 (37,5%).

### **Evaluación Técnica**

1.- Los resultados del análisis de la cohorte de 229 enfermos se muestran en la Tabla 1. Del total de casos ingresados 124 lo hicieron como recaídas (54,1%) 54 como abandonos recuperados (23,6%) y en 51 no se especificó la condición de ingreso (22,3%).

De las categorías de egreso, el 70,7% correspondió a casos curados, pero tan sólo el 34% fue confirmado con baciloscopia negativa al término del tratamiento; la proporción de curaciones fue significativamente mayor en los pacientes que ingresaron como recaídas que en los que lo hicieron como abandonos.

No se registraron fracasos del tratamiento. Los fallecidos constituyeron el 5,7% de los casos evaluados. Los abandonos alcanzaron a un 22,3%, predominando en aquellos que ingresaron como tales y los traslados sin conocimiento de la condición de término fueron sólo el 1,3%.

2.- En la Tabla 2 se puede observar el acumulado de las siete cohortes de enfermos AT evaluadas, desde 1993 hasta 1999. El total de casos llega casi a 1.500, observándose una eficiencia del tratamiento del 69,9% (curados o inactivos del total evaluado) y una eficacia del 99% (curados de la suma de inactivos más fracasos). El acumulado de fracasos alcanza a un 0,7%, no observándose ninguno en los tres últimos años.

3.- De los 102 casos en que se practicó la PS, 85 fueron sensibles a las cuatro drogas primarias (83,3%) y 17 resistentes (16,7%) Uno sólo presentó Multi-Resistencia (MR).

En los 162 pacientes que terminaron como curados se efectuaron 63 PS, siendo la proporción global de resistencia algo mayor que en el

\* Ministerio de Salud.

Tabla 1. Cohorte de enfermos antes tratados, 1999

Condición de egreso	Enfermos antes tratados						Total general	
	Recaídas		Abandonos		No especific,			
Curados	97	78,3%	26	48,1%	39	76,5%	162	70,7%
(Confirmados)	39		9		7		55	34,0%
Fracasos	0		0		0		0	
Fallecidos	6	4,8%	2	3,7%	5	9,8%	13	5,7%
Abandonos	18	14,5%	26	48,1%	7	13,7%	51	22,3%
Traslados	3	2,4%	0		0		3	1,3%
Total	124		54		51		229	100 %
	(54,1%)		(23,6%)		(22,3)			

Tabla 2. Consolidado cohortes AT 1993 a 1999

	n	%
Casos evaluados	1.480	100,0
Curados	1.034	69,9
Fracasos	10	0,7
Fallecidos	81	5,5
Abandonos	307	20,7
Traslados	48	3,2
Eficiencia		69,9%
Eficacia		99,0%

total, 13 casos, correspondiendo a un 20,6%. Siete enfermos tuvieron resistencia a Estreptomicina (S) sola, tres a Isoniacida (H) sola y otros tres a H+S; sin embargo, todos ellos curaron con el esquema secundario normado.

## COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

1.- Persisten e incluso se acentúan las deficiencias operacionales observadas en años anteriores:

1.1.- Persisten servicios que no envían la información.

1.2.- Tardanzas extremas en el envío de la misma.

1.3.- Incremento de la proporción de casos en que no se especifica la condición de ingreso, recaída o abandono.

1.4.- PS efectuada en menos del 40% de los pacientes, privando a quienes no se le efectuó, de eventuales simplificaciones de la segunda fase de su tratamiento.

1.5.- Persistencia de elevado número de exclusiones por las mismas causas de evaluacio-

nes previas: falta de confirmación bacteriológica y utilización de otros regímenes terapéuticos.

2.- Desde el punto de vista técnico:

2.1.- La eficiencia del tratamiento se mantiene en alrededor del 70%, aunque en 1999 fue inferior a la del año precedente. Como ha sido el lugar común en todas las cohortes, ésta resultó más castigada en los abandonos debido a la reiteración del mismo en casi el 50% de los casos.

2.2.- La eficacia en cambio, por tercera vez consecutiva, alcanzó el 100%, al no registrar fracasos. Sin embargo, llama la atención que en la incidencia de casos MR notificada el mismo año 1999, dos de ellos aparecen con el antecedente de "fracasos de esquema secundario".

El hecho de que seis casos presentaron resistencia a H, sola o con S, reafirma que el esquema secundario cautela en forma satisfactoria el riesgo de fracaso atribuible a la resistencia.

2.3.- La proporción de resistencia adquirida encontrada en esta cohorte, de 16,7%, si bien es ligeramente inferior a la cifra global del mismo año, 18,4%, la diferencia no es significativa.

En suma, la evaluación técnica de la cohorte del año 1999 no difiere de manera importante con lo observado en los seis años anteriores. Sin embargo, las reiteradas fallas operacionales ya señaladas, llevan necesariamente a concluir que persisten las deficiencias en la voluntad de muchos de los equipos de nivel intermedio para desarrollar las actividades de gestión que les son propias, así como su incapacidad para corregir los errores señalados en evaluaciones previas y su falta de decisión para cumplir y hacer cumplir las normas vigentes del Programa en cuanto al tratamiento antituberculoso, tales como la confirmación bacteriológica de las recaídas, el uso del esquema secundario estandarizado y la ejecución sistemática de la prueba de sensibilidad; igualmente, la reiteración del abandono en los

casos recuperados, evidencia que no se está tomando ninguna medida de significación para enmendar tal situación. Todos estos factores van en directo perjuicio del tipo de enfermos tuberculosos beneficiarios de este tratamiento y conspiran negativamente en los esfuerzos que se están haciendo para mejorar la eficiencia de los tratamientos primarios y secundarios como la medida más eficaz para evitar la génesis de la Multi-Resistencia.

Sólo nos resta invocar a la conciencia y a la ética de los equipos de salud para de una vez por todas enmendar rumbos para alcanzar el adecuado manejo de este fragmento de nuestros enfermos tuberculosos, numéricamente minoritario, pero ya más estigmatizados que los pacientes nuevos, nunca tratados, tanto social, emocional y técnicamente, como producto de nuestras propias deficiencias como equipos de

salud; ya de nada vale la reiteración de directivas que insistan en la difusión reiterativa de las normas, estrategia que año a año, en estas evaluaciones, muestra la también reiterada falta de iniciativas para mejorar la situación.

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1.- VALENZUELA P, ROJAS M, ZÚÑIGA M. Evaluación del tratamiento antituberculoso en enfermos antes tratados. *Rev Chil Enf Respir* 1995, 11: 113-6.
- 2.- VALENZUELA P, ROJAS M, ZÚÑIGA M. Evaluación del tratamiento antituberculoso en enfermos antes tratados. Cohorte 1997. *Rev Chil Enf Respir* 1999, 15: 199-202.
- 3.- PIFFARDI S, VALENZUELA P, LEPE R. Actualización de las cifras de resistencia adquirida a drogas antituberculosas en Chile. *Rev Chil Enf Respir* 2000; 16: 174-9.