

¿Podríamos mejorar el control de la tuberculosis en América Latina, con pequeños grandes cambios?

Can we improve tuberculosis control in Latin America with little big changes?

Olivia J. Horna-Campos¹, Miguel Martín Mateo², Joan Caylá³

¹ División de Epidemiología, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. Grups de Recerca d'Amèrica i Àfrica Llatines (Grupo GRAAL), Chile.

² Unidad de Bioestadística, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Barcelona. Grupo GRAAL, Barcelona, España.

³ Servicio de Epidemiología de la Agencia de Salud Pública de Barcelona. Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona, España (<http://www.uitb.cat>).

An Fac med. 2014;75(2):203-4 / doi:10.15381/anales.v75i2.8513

SEÑOR EDITOR

La tuberculosis (TB) en el Perú es un grave problema de salud pública. Pese a tener un programa nacional de control vigente, mantiene elevadas tasas de prevalencia e incidencia, sobretodo en Lima Metropolitana (Lima y Callao). La estrategia de lucha del programa es el DOTS (*directly observed treatment short course*) ⁽¹⁾, que consiste en asegurar que el paciente reciba un tratamiento oportuno, estandarizado y de costo bajo (\$10 a \$15 USD por paciente), así como asegurar la ingesta y culminación del mismo por medio de la observación directa (TDO), lo cual reduce coste y la extensión de la enfermedad. Esta estrategia también procura que el control de la TB sea una prioridad política.

El TDO está organizado de forma que los pacientes acudan a los centros de salud. Esta estrategia en áreas con elevada prevalencia genera concentración de enfermos en determinados horarios, por ejemplo, entre las 10 y las 12 del día, donde los enfermos, además de tomar pastillas (mínimo 30 minutos), socializan entre ellos, crean relaciones amistosas -algunas incluso llegan a ser amorosas-. Por ello, los autores lo hemos denominado el 'club de la TB'. Esta parte, que podría ser considerada agradable, se torna desagradable si tenemos en cuenta que durante todo el tiempo que permanecen en el centro

también intercambian bacilos, de cepas sensibles y resistentes. Por lo tanto, esta forma de administrar el DOTS puede estar contribuyendo a la generación de nuevos casos de TB- MDR y TB-XDR entre los enfermos, como se demostró en un estudio por epidemiología molecular ⁽²⁾.

La intención de esta carta es reflexionar acerca de los aspectos mejorables del programa de control de la TB en el Perú y en la mayoría de los países de América Latina. En este sentido debe tenerse en cuenta que el programa de TB de Perú fue considerado modelo a seguir desde el año 2001, y dado que la aplicación del programa se hace de manera vertical desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), muchos coordinadores del programa en otros países enviaron personal a formarse en el Perú.

Así, los autores consideramos aspectos mejorables los siguientes:

1. Administrar el tratamiento de forma más eficiente, con dosis fijas de medicamentos, lo que reduciría el tiempo de ingesta. Es decir, en lugar de administrarse fármacos por separado, debería administrarse nuevos fármacos combinados, que disminuyen el número de pastillas y los efectos secundarios ⁽³⁾. En el Perú, el número mínimo de pastillas que ingiere un enfermo en un esquema

de tratamiento primario es 11. Posiblemente este volumen de pastillas está en función de los costes estimados por la OMS y el Fondo Mundial para países de bajos recursos. Este presupuesto bajo solo permite acceder a esquemas de tratamientos genéricos, básicos y con mayores efectos secundarios. Si bien el coste de los fármacos unificados se multiplica por seis, el número de comprimidos se reduce a cuatro durante dos meses y después cuatro meses con dos comprimidos para una persona de 55 a 70 Kg, lo que disminuiría el tiempo de permanencia de los enfermos en los centros de salud, mejoraría la adherencia y evitaría nuevos casos de tuberculosis multirresistente.

2. El programa debe fortalecer la presencia de vigías o promotores de salud remunerados, dado que si son voluntarios como hasta ahora, su colaboración también lo es. Hay que considerar que su trabajo implica riesgo y por lo tanto deberían recibir una remuneración económica. Si se llegara a fortalecer esta actividad, se podría administrar el DOTS domiciliario a las personas bacilíferas, ampliar el estudio de contactos más allá de los domiciliarios y mejorar la captación de nuevos casos en la comunidad, dado que muchos de los enfermos viven en los cordones de la capital. Además, el método actual

de administración de tratamiento constituye un factor de riesgo, dado que muchos enfermos utilizan el transporte público para ir a los establecimientos de salud, contagiando a otros usuarios y en especial a los trabajadores de dicho transporte ^(4,5).

3. Falta de programas de ayuda para la ausencia del trabajo por enfermedad. Está demostrado que los enfermos con TB que no realizan el descanso y aislamiento o no tienen la ingesta calórica necesaria, presentan mayor riesgo de resultado desfavorable al finalizar el tratamiento. Por esta razón, el programa debería plantearse la asignación de un subsidio económico a todos los enfermos mientras dure la fase bacilífera, dado que la mayoría de ellos trabajan en el sector informal y no cuentan con seguro de salud ni subsidio por enfermedad. La necesidad económica hace que estas personas continúen realizando sus actividades laborales y se movilizan libremente ^(4,5).
4. El programa de TB se centra básicamente en la baciloscopia de esputo. Si bien su utilidad está demostrada en la captación de casos altamente bacilíferos, el inconveniente es que detecta la enfermedad en fases tardías y no discrimina entre casos sensibles y resistentes. En el Perú, es neces-

rio que el programa incluya el uso de pruebas rápidas de diagnóstico para TB-MDR al total de enfermos bacilíferos, como el *microscopic-observation drug-susceptibility* (MODS) ⁽⁶⁾, que proporciona resultados de diagnóstico a TB y de resistencia a isoniacida y rifampicina en un máximo de 21 días; o el GeneXpert ⁽⁷⁾, prueba que diagnostica TB y detecta resistencia a la rifampicina en dos horas. En un país donde aproximadamente 25% de los casos que ingresan al año son recaídas y que por el número de casos multirresistentes lidera el *ranking* en el continente, consideramos que es una prioridad integrar estas pruebas, dado que el retraso diagnóstico se traduce en mayor riesgo de contagio y mayor tiempo y gasto para el paciente y para el Estado. Eso, sin olvidar que aumenta la probabilidad de generar resistencias por la extensión del tiempo de tratamiento con fármacos de primera línea hasta confirmar su situación de resistente o por el hecho de la administración del mismo tratamiento a pacientes antes tratados.

El ánimo de estas recomendaciones o sugerencias se centra primero en una mejor atención al paciente; y, segundo, porque se disminuye el contagio a otras personas, el riesgo de multirresistencias y mejora la adherencia al tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Bank, World Development Report 199. Investing in Health. New York, NY 1993. Published for the World Bank. Oxford University Press.
2. Hollm-Delgado MG. Transmission dynamics and tuberculosis control among HIV/AIDS patients. Thèse de Doctorat. Université de Montréal. Chapter 4. 2010;p.24.
3. Lienhardt C, Sharlette V, Burgos M, Yorke-Edwards V, Rigouts L, Anyo G, Kim SJ, et al. Efficacy and safety of a 4-drug fixed dose combination regimen compared with separate drug for treatment of pulmonary tuberculosis. The study C randomised controlled trial. JAMA. 2011;305:1415-23. doi: 10.1001/jama.2011.436.
4. Horna-Campos JO, Sánchez-Pérez JH, Sánchez I, Bedoya A, Martin M. Public transportation and pulmonary tuberculosis, Lima, Perú. Emerg Infect Dis. 2007;13:1491-3.
5. Horna-Campos OJ, Consiglio E, Sánchez-Pérez HJ, Miguel Martin. Pulmonary tuberculosis infection among workers in the informal public transport sector in Lima, Peru. Occup Environ Med. 2011;68:163-5.
6. Moore DA, Evans CA, Gilman RH, Caviedes L, Coronel J, Vivar A, Sanchez E, et al. Microscopic-observation drug-susceptibility assay for the diagnosis of TB. N Engl J Med. 2006;355(15):1539-50.
7. Morris K. Xpert TB diagnostic highlights gap in point-of-care pipeline. Lancet Infect Dis. 2010;10(11):742-3.

Autor correspondiente:

Dra. Olivia J. Horna-Campos

Dirección: Av. Independencia 939, División de Epidemiología, Escuela de Salud

Pública, 2do piso, Universidad de Chile

Teléfono: 0056229786142/0056229786819

Correo electrónico: ohornac@gmail.com