



La TB: Un compromiso que nos **MOVILIZA**

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) son la mirada colectiva sobre el futuro deseado. Sistematizados en 17 líneas y 169 metas, ellos procuran impulsar un espectro de acciones en cada uno de los países firmantes para lograr avances concretos con un horizonte hacia el 2030. Particularmente la Estrategia Fin de la TB, cuya expectativa de reducción de la incidencia, la mortalidad y el impacto económico para las familias afectadas es drástica en un plazo de 20 años (de 2015 a 2035), se engarza en el contexto de los ODS y abre la oportunidad de entrar, a través del abordaje de un problema que aparenta ser meramente de salud pública, a un marco de determinación mucho más abarcador y profundo. Quizás no haya otra enfermedad infecciosa que ilustre mejor el terreno social en que acontecen la salud y la vida. No serán los informes oficiales ni los datos estadísticos convencionales los que permitan entender a ciencia cierta el complejo entramado que dificulta el alcance de las metas relacionadas con la Tuberculosis, tanto en los ODS como en la Estrategia Fin de la TB. Hallar los nudos críticos, discutir soluciones necesarias, impostergables y posibles; innovar para encarar los desafíos, asignar los recursos para materializar lo que no puede seguir esperando, son hoy los verdaderos puntos de agenda a todo nivel.

Una lente **MUNDIAL** sobre el bacilo de la TB

La Tuberculosis, por el incremento en su incidencia, especialmente de las formas resistentes a los antibióticos, y dado el alto costo económico y social que ocasiona en todas las regiones del mundo; constituye una preocupación sanitaria central a ser considerada por los Señores Presidentes en la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas de septiembre 2018, con el propósito de impulsar las acciones para el cumplimiento de los compromisos para su eliminación como problema de salud pública mundial.

➔ **EL SALTO** de la condicional al hecho...

Si se construye un sistema efectivo de transporte de muestras. Si se aplica un sistema de información con registro nominal de datos para seguimiento de casos y contactos. Si se priorizan los grupos vulnerables, como personas privadas de la libertad, migrantes, pueblos originarios y de fronteras, usuarios de drogas, pacientes con comorbilidades. Si se asignan recursos humanos suficientes y bien capacitados. Si se adaptan las estrategias en TB a las necesidades de las poblaciones más afectadas. Si se asumen las recomendaciones de OMS sobre diagnóstico molecular de TB. Si se eliminan las barreras para el ejercicio del derecho a la salud. Si se destina el presupuesto requerido para una ofensiva en detección y seguimiento de casos.

... Las metas de eliminación de la TB serían alcanzadas ←

DEBEMOS PODEMOS

La Tuberculosis: UN PROBLEMA de salud pública global que desafía a los Jefes de Estado DE TODO EL MUNDO.

La tuberculosis actualmente es la enfermedad infecciosa que más mata. Sin embargo, no falta quien se asombre y hasta pregunte “¿todavía hay tuberculosis?” La causa de este extrañamiento no puede atribuirse a una mera ignorancia individual sino al hecho de que esta enfermedad ha sido bastante olvidada por mucho tiempo o, cuando menos, relegada tras los grandes y urgentes temas de infecciones emergentes que dominan las agendas sanitarias y mediáticas.

Considerada por la OMS y la Alianza Alto a la TB como de la más alta prioridad, se ha intensificado su lucha de manera global con la adopción de compromisos nacionales hacia metas que permitan al 2035 haber disminuido su incidencia en un 90%, su mortalidad en un 95%, con relación al año 2015, y a cero el costo catastrófico que representa para las familias afectadas. Todo ello en el marco del logro de los 17 ODS a alcanzar en el 2030, una agenda que es universal y transformadora.

En la 142 Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS en enero de este año, los países y asociados hicieron un llamamiento a aplicar la Declaración de Moscú, suscrita en noviembre de 2017 por 120 países en la primera Conferencia Ministerial de la OMS para «Poner fin de la TB», y aprobaron una Resolución en apoyo a la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el tema, convocada para septiembre 2018 en Nueva York. El mandato insta a elaborar un proyecto de marco de rendición de cuentas multisectorial sobre la TB que permita el seguimiento, la notificación, el examen y la adopción de las medidas necesarias para lograr más impacto y una mayor evaluación de los pasos dados por los gobiernos hacia la meta global.

Las Américas muestra avances con respecto a otras regiones. La mayor parte del número estimado de casos incidentes en 2016 correspondió a Asia Sudoriental

(45%), África (25%) y Pacífico Occidental (17%); las proporciones fueron menores en las Regiones del Mediterráneo Oriental (7%), Europa (3%) y las Américas (3%). Siete países del continente (Bahamas, Canadá, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos de América, Jamaica, y Puerto Rico) registran una incidencia por debajo de 10 casos por 100 mil habitantes. Pero aún, siendo una enfermedad curable y prevenible, se estima que más de 23 mil personas murieron de tuberculosis en las Américas en 2016. Nuestro continente es el más desigual en términos socioeconómicos. Las personas empobrecidas, inmunocomprometidas, con desnutrición, diabetes, privadas de la libertad, pueblos originarios, migrantes, en fronteras, en situación de calle, consumidores de tabaco, usuarios de drogas, entre otros, corren un mayor riesgo de enfermar y morir. Allí tenemos que poner el foco de las intervenciones. A ello se suman otras acciones a implementar como la introducción de nuevas tecnologías de diagnóstico rápido recomendadas por la OMS, y de nuevos medicamentos para uso pediátrico o en tratamientos acortados para tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR); o la expansión de iniciativas como las de control de TB en grandes ciudades. La resistencia a los tradicionales medicamentos contra la TB, que llevan décadas utilizándose, es otro desafío de los últimos años. En 2016, se estimaron en las Américas 8 mil cien casos de TB-MDR y tan sólo el 46% fue diagnosticado y de estos no todos han recibido tratamiento.



Los Jefes de Estado no se enfrentan solos al temible bacilo que empobrece y enferma a nuestras poblaciones más necesitadas. Hay una respuesta desatada en defensa de la vida. El compromiso ha de manifestarse en todas las escalas y esferas: equipos técnicos de los ministerios de salud, organismos de integración regional, alcaldes, gobernadores, parlamentarios, lí-

deres políticos y comunitarios, asociaciones de personas afectadas con tuberculosis, organizaciones de la sociedad civil, trabajadores de salud, medios de comunicaciones, y demás sectores e instituciones de la estructura social. Se requiere voluntad política y una inversión consecuente con las metas planteadas.

Manos a la obra.

→ T U B E R C U L O S I S ←

Resumen de HISTORIA

(Incorpora Fragmentos del artículo del Académico Colombiano Dr. Gilberto Rueda Pérez)



La primera y última comunión, de Cristóbal Rojas, (1888). La niña que recibe la primera comunión muestra síntomas de tuberculosis que probablemente terminará con su vida.

Hablar de la tuberculosis, enfermedad que acompaña al hombre desde sus orígenes, es una tarea incommensurable. En los frescos de la Capilla Sixtina en Roma, se retrata la creación del mundo, del hombre y luego la interpretación del Génesis, según lo cual Dios, al ver al hombre muy solo en el paraíso, decidió darle una compañera y para ello le infundió un profundo sueño, le reseco una costilla, llenó de carne el área dejada por la costilla y de allí produjo a Eva, y con ella la felicidad; pero esta vino a ser interrumpida por la tentación inducida por la serpiente a través de la figura de la manzana, el fruto prohibido, el pecado y, como condigno castigo, la expulsión del paraíso y la aparición de la temible enfermedad cuando Dios sentenció: “Os someteré al temor, a la consunción y a la fiebre, que gasta los ojos y consume la vida”. Consunción se llamó la tuberculosis

desde ese entonces, hasta épocas muy cercanas a nosotros.

En el erguido Homo sapiens, quizás ignorante acerca de la curación de los enfermos, surge el sentido de la solidaridad y ante la persona debilitada, herida o enferma, el hombre sano la lleva sobre sus hombros y procura en alguna forma aliviar su dolor. Se constatan vestigios de la tuberculosis ósea, específicamente en la columna vertebral, desde épocas remotas. Hipócrates ya pensaba en la tuberculosis pues él mismo describe la consunción, llamándola “tisis” y relacionándola al concepto de herencia que perdura por siglos. Galeno la asocia con otras enfermedades transmisibles como la peste y la sarna. En la Edad Media Maimónides describe la tisis de los anima-

les y comienza a pensarse que la consunción puede ser un problema que abarca no solamente al género humano sino también al reino animal y en esta forma su contagiosidad aumenta grandemente, en una época en que no existía cura alguna para la tuberculosis.

Las primeras medidas de protección se impusieron en España cuando se comenzó a aislar a los enfermos para evitar el contagio. Las curaciones parecían ser misteriosas y aún milagrosas, el “tacto del rey” producía curaciones en los pacientes escrofulosos. Luego se inician los descubrimientos científicos que llevarían posteriormente al conocimiento de la etiología de la tuberculosis y a su curación.

Fue Laennec en París, cuando en los albores del siglo XIX publica su “Tratado de la auscultación mediata” con su producción del estetoscopio y su gran intuición científica, quien describió la tuberculosis prácticamente en todas sus formas pulmonares a través de su trabajo como patólogo, internista y tisiólogo en el hospital donde trabajó hasta su muerte, en París, a los 49 años de edad por una tuberculosis fatal.

Por esa época se presentó la discrepancia científica entre el sabio alemán Virchow quien no creía en las

tesis bacterianas de la enfermedad, se oponía a la teoría unicista que preconizaba Robert Koch y no aceptaba la contaminación de persona a persona. No obstante, su mayor contribución probablemente fuese la alerta sobre el carácter social de la reproducción de esta enfermedad ligada estrechamente a las malas condiciones de vida. Pasteur, hacia 1860, describe y reproduce las enfermedades por efecto bacteriano en el ser humano, abriendo así el amplio camino de la bacteriología y los descubrimientos que posteriormente habrían de hacer accesible el conocimiento y el tratamiento de las enfermedades transmisibles.

Robert Koch logró, en su comunicación sobre la etiología de la tuberculosis, el 24 de marzo de 1882, demostrar plenamente que el *Mycobacterium tuberculosis*, posteriormente llamado bacilo de Koch, era el único productor de la enfermedad y que el estado nutricional del paciente no era propiamente la causa sino un factor condicionante y agravante, pero su origen era la contaminación por este germen. Creó los postulados bacteriológicos que aún hoy en día son factor esencial para demostrar la etiología de un proceso de esta naturaleza. Virchow, presente en esa memorable sesión de la Sociedad de Fisiología de Berlín, sin protestar, simplemente se retiró del salón, reconociendo con ello el gran aporte de Koch.

Pocos años después, el descubrimiento de los Rayos-X por Konrad Röntgen, introdujo un elemento más de diagnóstico a la patología no solamente de la tuberculosis sino de prácticamente todos los procesos que en una u

otra forma afectan los órganos del cuerpo humano. Su presentación se hizo el 28 de diciembre de 1895. Debemos citar algunos otros puntos culminantes en el tratamiento médico y quirúrgico de la tuberculosis a través de los años. Robert Koch descubre el bacilo, intenta curar la tuberculosis y produce un derivado proteínico de un cultivo de bacilo de Koch: la tuberculina, que hoy es un elemento para detectar el contagio tuberculoso por medio de la reacción de Mantoux.

El tratamiento se había iniciado desde antes con la cura sanatorial impuesta por Herman Brehmer en Alemania en 1859. No había, sin embargo, drogas activas contra el bacilo de Koch. La primera droga activa contra un germen, el *Treponeema pallidum*, causante de la sífilis, que simultáneamente hacía estragos en el mundo entero, fue el Salvarsán que se descubrió en 1905, abriendo el camino a lo que sería después el advenimiento de los antibióticos a partir de la penicilina, que en la II Guerra Mundial entre 1939 y 1945 salvó infinidad de vidas de la temible contaminación de las heridas producidas por proyectiles. Con la obtención de una variante atenuada en su virulencia por pases sucesivos de la bacteria en cultivo, se llega al bacilo Calmette-Guérin, o sea, el BCG, que en 1921 se constituye en una vacuna que protege en un alto porcentaje de las formas meníngeas de tuberculosis. A partir de 1974 la BCG forma parte del programa ampliado de inmunizaciones recomendado por la OMS.

Así como el *Penicillium* demostraba su poder bactericida, se comenzaron a investigar diversos

hongos que pudieran atacar otros gérmenes y se descubrió, en 1944, la estreptomycin, luego el ácido paraminosalicílico, la tiosemicarbarzona y por fin la isoniazida, droga verdaderamente activa contra la tuberculosis. Con el advenimiento de estos medicamentos, se suscitó también el apogeo de la cirugía para tuberculosis que, a nivel de todos los hospitales antituberculosos del mundo, reseco las lesiones para que el tratamiento médico terminara de curar a estos pacientes. Hacia 1963 se descubrió la rifampicina en Italia, droga muy activa contra el bacilo de Koch, que, en combinación con las anteriores, produjo el inmenso cambio del tratamiento sanatorial al ambulatorio. Después de la experiencia de Madrás en la India que demostró que la reclusión no tenía mayor relevancia en la curación, se pasó del régimen sanatorial al tratamiento por todas las entidades de salud en el mundo entero. Luego, con la aplicación en el paciente tuberculoso de las drogas en combinaciones por esquemas cortos, directamente supervisados como los que se utilizan en la actualidad, se obtenían mejorías en un 85 % a 90 % hasta llegar a la curación. El uso irracional de antibióticos y la concomitancia con otros procesos patológicos como la coinfección con el VIH, han ejercido presión en la aparición de cepas resistentes a las drogas tradicionalmente empleadas, lo que impone un reto mayor y profundiza la complejidad de los abordajes frente a esta patología de marcado signo social.

DATOS QUE GRAFICAN

Datos tomados del Informe Anual de la OPS 2016

Principal causa de muerte por un agente infeccioso único. Está entre las **10 PRIMERAS** causas de muerte en el mundo.



Es causal de **1,8 MILLONES** de muertes (0,4 millones de PVV)



Afecta poblaciones pobres y vulnerables



Existen brechas preocupantes en la detección y tratamiento de TB sensible y TB MDR



En el año 2016 los fondos para prevención, diagnóstico y tratamiento alcanzaron los US\$ 6,9 billones, estimándose una **BRECHA DE US\$ 2,3 BILLONES ANUALES**

PAÍS	Casos Estimados de TB - MDR					
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
AMÉRICA	5.987	6.963	6.911	6.859	11.210	11.754
Perú	2.100	2.200	2.000	2.000	3.200	3.500
Brasil	1.100	1.700	1.800	2.300	3.500	2.400
México	470	480	490	500	910	940
Haití	310	390	390	450	790	770
Ecuador	350	380	340	310	750	710
Colombia	190	310	330	360	560	580
Bolivia	170	150	160	210	500	470
Argentina	330	340	360	360	530	440
Rep. Dominicana	320	330	340	150	280	420
Venezuela	80	100	110	150	340	410
Guatemala	120	140	150	130	230	230
Estados Unidos	110	81	110	110	180	180
El Salvador	8	16	19	6	40	140
Honduras	70	71	70	63	110	120
Panamá	46	56	48	45	89	96

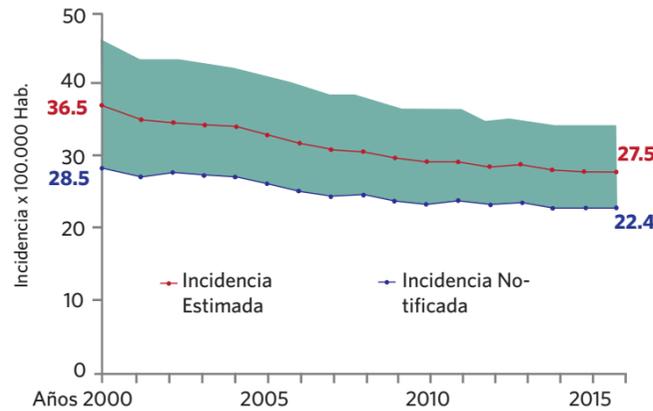
Muertes estimadas por TB - Primeros 10 países (números absolutos) - 2016

No.	País	Muertes TB	%	% Acum.
1	Brasil	7.300	31%	31%
2	México	3.000	13	44%
3	Perú	2.000	9%	53%
4	Haití	1.700	7%	60%
5	Colombia	1.400	6%	66%
6	Bolivia	1.100	5%	71%
7	Rep. Dominicana	1.000	4%	75%
8	Venezuela	960	4%	79%
9	Ecuador	740	3%	83%
10	Argentina	670	3%	86%
	Resto	3.356	14%	100%
	TOTAL	23.226	100%	

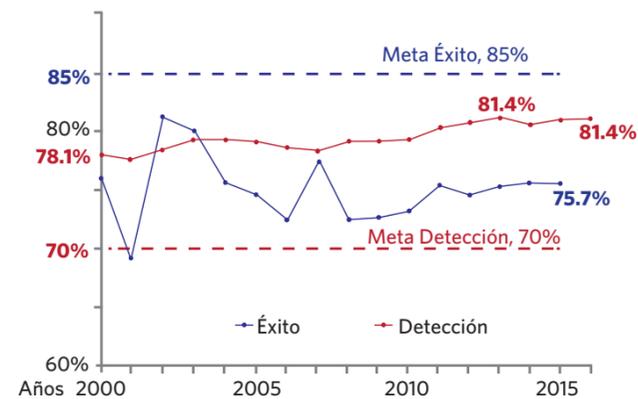
Carga de TB en las Américas - 2016

	Número Estimado de Casos	Número Notificado de Casos
TB todas las formas	273.574	222.750
TB asociados a VIH	30.483 (23.154 - 38.336)	20.625 68%
TB-MDR	8.129 (6.687 - 11.992)	3.731 46%

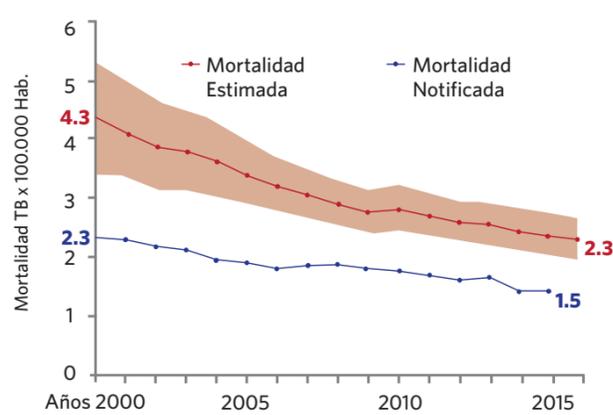
**Incidencia de tuberculosis (todas las formas)
Las Américas, 2000 - 2016**



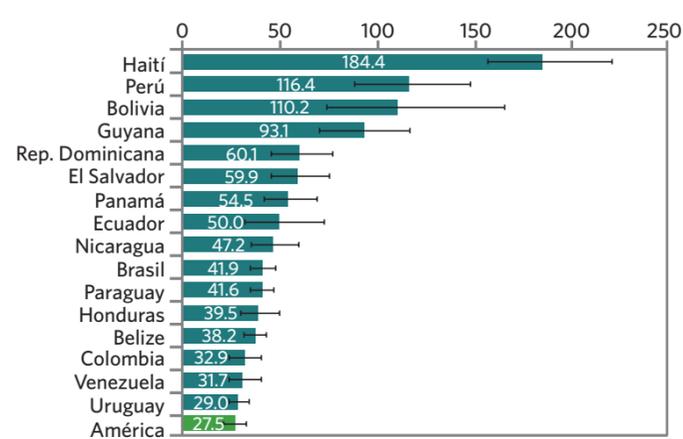
**Detección de Casos y Éxito de tratamiento de TB América,
2000-2016**



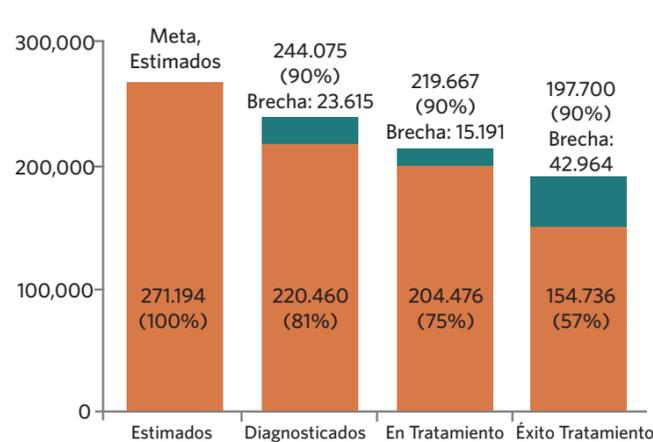
**Mortalidad TB (Estimada y Notificada).
Las Américas, 2000 - 2016**



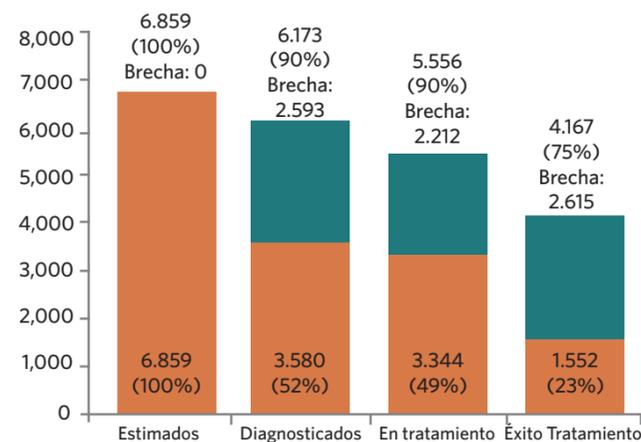
Incidencia Estimada x 10⁵ Hab.



Cascada de Atención de la Tuberculosis en Las Américas, 2015



Cascada TB - MDR América 2014



Un proyecto que articula las redes de LABORATORIOS DE TB EN 20 PAÍSES

La brecha entre el número de nuevos casos estimados y notificados anualmente en el continente, que dejaba sin diagnóstico a casi 50 mil personas, fue el problema central que motivó a los ministerios de salud de 20 países de Las Américas, a participar en un proyecto regional centrado en el fortalecimiento de la capacidad y la calidad diagnóstica de los laboratorios de referencia de tuberculosis. Esta subvención del Fondo Mundial (FM) de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis (TB) y la Malaria, es la única de alcance regional en Las Américas para el componente de Tuberculosis. Tiene al ORAS-CONHU como Receptor Principal (RP), y como subreceptores (SR), al Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) y a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), lo cual permite una estrecha articulación política y técnica. De los 20 países participantes, 9 no son elegibles para proyectos nacionales del FM en TB (Argentina, Colombia, Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador, México, Uruguay y Venezuela), de manera que esta iniciativa produce una sinergia efectiva en el trabajo coordinado de las redes de laboratorios de TB en articulación con los otros 11 países elegibles (Belice, Bolivia, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana), que tienen como cabezas de red a los laboratorios supranacionales (LSN) de Argentina, Chile y México.

La estrategia Fin de la TB descansa sobre tres pilares estratégicos. Todos ellos pueden potenciarse a través de la integración. El Programa "Fortalecimiento de las redes de laboratorios de tuberculosis en la Región de las Américas", es un claro ejemplo de cuánto puede avanzarse en planes conjuntos para el mejoramiento de las capacidades diagnósticas, lo cual quedaría enmarcado dentro del pilar I: Atención y prevención integradas y centradas en el paciente.



Foto tomada del sitio: <https://sitquije.com>

Iniciado en enero de 2017, con duración de tres años hasta diciembre de 2019, se trabaja en el incremento de la calidad del diagnóstico laboratorial de TB, a través de la contratación de recursos humanos y la compra de equipamientos e insumos para los tres LSN, y de la mejora de las capacidades técnico-gerenciales de todos los laboratorios de referencia nacional (LRN) y sus redes. A un año y medio de implementación, se ha avanzado en la adquisición la totalidad de los productos solicitados de acuerdo a las especificaciones técnicas definidas por los LSN para garantizar el servicio que brindan a los diecisiete países restantes; se han realizado capacitaciones, reuniones, asesorías técnicas, envíos de muestras y paneles de cepas para control de calidad externo del diagnóstico; entre otras acciones.

Por otra parte, se han desarrollado estudios cuyos resultados se encuentran a disposición de los decisores para enfocar el manejo de la TB en un contexto complejo. Las implicaciones económicas y sociales que derivan de un caso no diagnosticado oportuna y certeramente; el costo de funcionamiento de un LSN y las ventajas que significa para los países de su red; el ahorro que hace el país por cada dólar invertido en la calidad del diagnóstico laboratorial; el análisis sobre el

estado de los sistemas de información de las redes de laboratorio en la región, y de la estructura y funcionamiento de las mismas, son insumos para acelerar las intervenciones en cada país y de manera conjunta en el ámbito de la integración.

En TB los laboratorios son clave para los Programas Nacionales de Control, y en esta misma lógica ninguna tecnología o capacidad diagnóstica tendría sentido sin un sistema integral que promueva la detección de casos y su seguimiento, que incluye el abordaje de la determinación social de la enfermedad. Sólo con el respaldo político al más alto nivel y con sólidos abordajes intersectoriales, podrá garantizarse la sostenibilidad de los resultados obtenidos. El ORASCONHU, como organismo de integración y junto a otras instancias integradoras, se pone al servicio de los ministerios y secretarías de salud para apoyarles en el logro de esta meta común, por la salud de los pueblos.

En ese sentido, un hito importante lo marcó la Reunión de Integración hacia el Fin de la TB en febrero de 2018, ya que la unidad como países, más que una opción, es una necesidad ante una dinámica social y económica muy compleja, que configura una realidad desafiante entre los embates de la globalización, las graves crisis con sus múltiples dimensiones, las deudas acumuladas de bienestar pospuesto para los ciudadanos en una era de enormes adelantos tecnológicos, el deterioro de las soberanías nacionales y las tensiones para las articulaciones en los campos comerciales y políticos en la región. En ese sentido, Salud ha demostrado ser un puente para el diálogo, para la construcción colectiva, para el acercamiento y la Paz.

Los debates suscitados en la Reunión de febrero 2018 fueron mucho más allá, identificando los problemas comunes que debemos atender con una pers-

pectiva de unidad: incremento de las migraciones, vulnerabilidad de los pueblos originarios, profundización de las desigualdades, debilidad y fragmentación de los sistemas de salud y de las protecciones sociales, incremento de la multidrogoresistencia, entre otros. Frente a este panorama, se reconoció el potencial de la región para la construcción y fortalecimiento de los sistemas comunitarios, la reactivación de la red de Institutos de Salud Pública, la mejora de los sistemas de información, las negociaciones conjuntas para la adquisición de medicamentos e insumos, los intercambios de experiencias novedosas en el abordaje de la Tuberculosis. Todo ello tributaría a los pilares II y III de la Estrategia Fin de la TB: Políticas audaces y sistemas de apoyo; Intensificación de la investigación y la innovación.

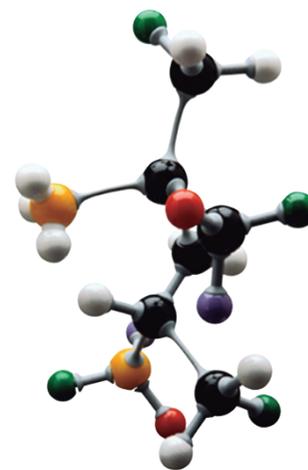
Los mecanismos de integración regional reunidos en Lima alrededor del tema de Tuberculosis tienen, en el ámbito de la salud, la capacidad, la experiencia y el prestigio necesarios para acompañar la rectoría y la rendición de cuentas por los gobiernos, con el seguimiento y la evaluación de los procesos a través de las comisiones técnicas; así como para coordinar iniciativas de coalición entre los gobiernos, las organizaciones de la sociedad civil y las comunidades, para el ejercicio de los derechos y la promoción de la ética y la equidad.

El ORAS-CONHU junto a otros mecanismos de integración en Salud como COMISCA, ISAGS y MERCOSUR Salud, ratifica su interés en contribuir a la meta global de eliminación, facilitando en el alcance de la información y el apoyo técnico que requiera la lucha contra esta enfermedad, como complemento de los esfuerzos nacionales de los países miembros y en una perspectiva regional.

El diagnóstico molecular, un MÉTODO EN EXPANSIÓN →

Los síntomas comunes de la tuberculosis pulmonar activa son tos productiva (a veces con sangre en el esputo), dolores torácicos, debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudores nocturnos. Son muchos los países que siguen dependiendo para diagnosticar la tuberculosis de la baciloscopia de esputo,

una prueba que viene utilizándose desde hace mucho tiempo. Este método consiste en el examen microscópico de muestras de esputo por técnicos de laboratorio para detectar la presencia de bacilos acido-alcohol resistentes (BAAR). Sin embargo, la microscopía solo detecta la mitad de los casos de tu-



berculosis y es incapaz de determinar si hay farmacoresistencia.

El uso de la prueba rápida molecular Xpert MTB/RIF® se ha ampliado considerablemente desde 2010, cuando la OMS recomendó su empleo por primera vez. La prueba detecta de forma simultánea la tuberculosis y la resistencia a la rifampicina, que constituye el fármaco más importante contra la enfermedad. Este método, que permite obtener un diagnóstico en el plazo de dos horas, está recomendado por la OMS como prueba de diagnóstico inicial en todas las personas con signos y síntomas de la tuberculosis. Más de 100 países han empezado ya a utilizarlo, y se han adquirido a nivel mundial más de 8 millones de cartuchos en 2017.

El diagnóstico de la tuberculosis multirresistente y extremadamente resistente (TB-XDR), así como el de la tuberculosis asociada al VIH, puede ser complejo y caro. La OMS recomendó en 2016 nuevas pruebas diagnósticas: una prueba molecular rápida para la detección de la tuberculosis en centros de salud periféricos en los que no es posible emplear la prueba rápida Xpert MTB/RIF®, y dos pruebas

para detectar la resistencia a fármacos antituberculosos de primera y segunda línea. En los niños es particularmente difícil diagnosticar esta enfermedad, y la prueba Xpert MTB/RIF® es por ahora el único método generalmente disponible para el diagnóstico de la tuberculosis pediátrica.

La tuberculosis es una enfermedad que tiene cura. La forma activa sensible a los antibióticos se trata con una combinación estándar de cuatro medicamentos (rifampicina, isoniacida, pirazinamida y etambutol) que se administra durante seis meses y debe ir acompañada de las pertinentes tareas de información, supervisión y atención del paciente a cargo de un agente sanitario o de un voluntario capacitado al efecto. Sin ese apoyo, el cumplimiento terapéutico puede ser difícil, lo que propiciaría la propagación de la enfermedad. La gran mayoría de los casos se sanan, siempre que se disponga de los medicamentos necesarios y que estos se tomen correctamente. Se calcula que entre 2000 y 2016 se salvaron unos 53 millones de vidas gracias al diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis.

Las personas con VIH tienen entre 20 y 30 veces más probabilidades de desarrollar tuberculosis activa que las VIH-negativas. La combinación de la infección por el VIH con la tuberculosis es letal, ya que la una acelera la evolución de la otra. En 2016 fallecieron unos 0,4 millones de personas por tuberculosis asociada al VIH. Ese mismo año, aproximadamente un 40% de las muertes registradas en personas VIH-positivas se debió a la tuberculosis.

NUDOS CRÍTICOS que amenazan el alcance de las metas en la región

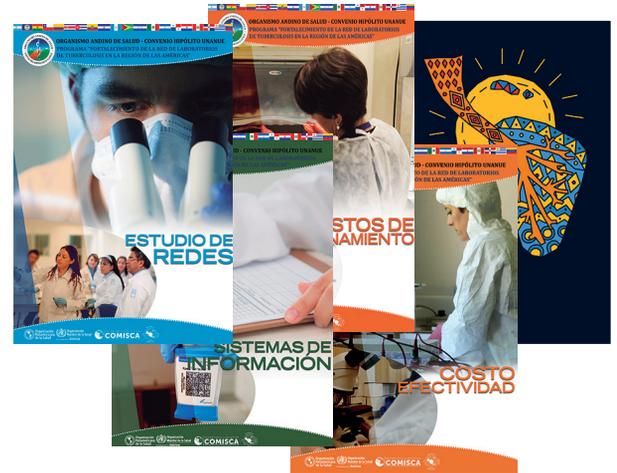
La velocidad con que se está reduciendo la incidencia de la tuberculosis en Las Américas de un año a otro va a un ritmo del 1,7%. Si no se acelera hasta el 2020 al 5,3%, serán inalcanzables los primeros hitos de la estrategia Fin de la Tuberculosis. ¿Qué conspira contra la posibilidad de avanzar en nuestros países de Las Américas? La debilidad de los sistemas de información estadística, que no permiten el registro nominal de casos y por ende dificultan su seguimiento, necesita ser replanteado. Muchos sistemas no incluyen variables importantes para obtener datos epidemiológicos y etnoculturales que caractericen verdaderamente la situación de todos los grupos vulnerables y reflejen su realidad. Independientemente de la calidad de los sistemas de información, que ha sido mejorada en varios países, es común que no se garantice el llenado correcto de la información por parte del personal sanitario encargado de la detección de casos. Faltan protocolos o no se cumplen. Por lo general no se cuenta con sistemas de transporte de muestras, cuyo envío y recepción muchas veces corre a cargo del personal de salud, incurriendo en gastos de bolsillo, gestiones personales, y sin condiciones de seguridad. No se desarrollan suficientes iniciativas enfocadas a grupos vulnerables como las personas privadas de la libertad, los migrantes, indígenas, personas viviendo

con el VIH; ni se adaptan a ellos las estrategias de control. Hay francas barreras (culturales, geográficas, económicas, etc) para el ejercicio del derecho a la salud. Los países no han asumido en toda la extensión que se requiere, las pruebas de diagnóstico molecular. Las cabinas de seguridad biológica no certificadas, limitan el diagnóstico de la TB MDR/XDR y el control de calidad del diagnóstico. El recurso humano es escaso y tiene una alta rotación. El cambio frecuente de autoridades atenta contra la continuidad de las políticas de salud. El presupuesto asignado al control de la Tuberculosis decrece gradualmente en muchos países, ante contingencias y problemas emergentes de salud pública que concentran la mayor atención.

Redacción: Equipo de coordinación del Proyecto Regional TB-FM.
 Diseño Editorial e Ilustraciones: Irma B. Peniche Silva
 Impreso por:

Leer MÁS

otras publicaciones del programa



Estudio de Redes / Sistema de información / Evaluación de costos de funcionamiento / Evaluación de costos de efectividad / Relatoría Reunión de Integración Regional sobre TB

Invertir en el control de la Tuberculosis es **COSTO EFECTIVO**

Impulsados por el Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS CONHU), se han desarrollado en el 2017 la evaluación del costo de funcionamiento de los laboratorios de referencia de tuberculosis, tanto nacionales (LRN) como supranacionales (LSN), y el estudio de costo-efectividad de la inversión en la calidad del diagnóstico de TB. Los resultados de estas investigaciones se encuentran disponibles en formato físico y digital, como insumo para comprender la importancia del trabajo de los laboratorios de TB, las funciones que estos cumplen, y el riesgo que conllevaría la pérdida de los servicios que los LSN brindan a los países de su red.

