



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL

DIRECCIÓN NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Dirección Postal: Inst. " Pedro Kourí " . Apartado Postal
601 Marianao 13. La Habana, Cuba
e.mail: ciipk@ipk.sld.cu

ISSN 1028-5083

ACOGIDA A LA TARIFA DE IMPRESOS PERIÓDICOS INSCRIPTOS EN LA ADMI DE CORREOS No. 831 151 22 1

Índice

Propuesta de algoritmo de seguimiento de individuos vulnerables a la TB en atención primaria de salud.....	361
Aceleran desarrollo de fármacos contra la tuberculosis.....	366
Tablas:.....	367

PROPUESTA DE ALGORITMO DE SEGUIMIENTO DE INDIVIDUOS VULNERABLES A LA TB EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

*Elaborado por: Dra. Susana Borroto, Dra. Mariana Peralta, Prof. Luisa Armas y Prof. Edilberto González Ochoa.
Grupo de Investigación y Vigilancia de TB/Lepra/IRA. Vicedirección de Epidemiología.
Instituto " Pedro Kourí "*

Introducción:

Para fortalecer el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis en el país con la perspectiva de eliminar la enfermedad como problema de salud pública, es indispensable la búsqueda activa de casos y el tratamiento preventivo de la Infección Tuberculosa Latente (ITBL) en los individuos vulnerables a la enfermedad.

Este documento es una propuesta de guía el personal de la Atención Primaria de Salud, con el objetivo de conducir de forma adecuada y estandarizada el seguimiento de los Individuos Vulnerables a la Tuberculosis (Ver algoritmo anexo)

Descripción del algoritmo de seguimiento de Individuos Vulnerables a la TB en Atención Primaria de Salud

Los Individuos vulnerables a la TB [1] serán pesquisados por el personal de Atención Primaria de Salud (Médicos y Enfermeras de la Familia) de forma semestral en los MAR y anualmente en los MMR y MBR.

Los individuos que durante la pesquisa aparezcan **con** síntomas respiratorios durante más de 14 días [2], deberán ser seguidos según aparece en el Algoritmo de seguimiento de Sintomáticos Respiratorios [3].

Los individuos que durante la pesquisa aparezcan **sin** síntomas respiratorios [4] podrán dividirse en dos grupos en dependencia de que sean sometidos o no a una prueba tuberculínica:

- 1- El grupo al que no se le realizará la prueba de tuberculina [5] incluye a:
 - los que ya tienen previamente una prueba positiva y por tanto no necesitan realizársela nuevamente porque siempre serán positivos.
 - Los ancianos y los alcohólicos (que no pueden ser sometidos a quimioprofilaxis por sus efectos hepatotóxicos).

Este grupo será seguido por su Médico de Familia [6] con examen clínico para descartar TB de forma semestral en los MAR y anualmente en los MMR y MBR.

- 2- El grupo al que se le realizará la prueba [7] será dividido en dos grupos según el resultado de ésta en: negativos (lecturas entre 0 y 9 milímetros) y positivos (lecturas de 10 ó más milímetros). Se utilizará 10 milímetros como punto de corte de positividad para evitar interpretar como positivos individuos con reacciones intermedias o dudosas (entre 6 y 9 mm) que pudieran deberse a reacciones cruzadas por Micobacterias atípicas o debidas a la vacunación BCG, con alta cobertura en nuestra población, y teniendo en cuenta

además las bajas tasas de incidencia de TB en el país.

- Los negativos [8] a la prueba tuberculínica continuarán siendo pesquisados periódicamente por su Médico de Familia [6] semestralmente en los MAR y anualmente en los MMR y MBR. En caso de que los individuos con prueba tuberculínica negativa sean contactos de un caso de TB BAAR + [9], será valorada de conjunto con el clínico del Grupo Básico de Trabajo (GBT), la realización de terapia preventiva con Isoniacida durante 2 meses a la dosis diaria de 5 mg x kg de peso (sin exceder los 300 mg por dosis) o en dosis bisemanal de 15 mg x kg (sin exceder los 900 mg por dosis). Al término de este tiempo se repetirá la prueba de tuberculina.

La administración de la terapia preventiva se hará bajo supervisión directa por el personal de salud del consultorio, con control en la tarjeta habilitada para la quimioprofilaxis (modelo 81-52), y con seguimiento de la función hepática mediante pruebas de transaminasa inicial y de seguimiento bimensual.

Si al repetir la prueba a los dos meses ésta continúa negativa [10], se le suspenderá la terapia preventiva [11] con Isoniacida y será seguido por el MF [6] durante dos años, al igual que el resto de los tuberculino negativos.

Si la prueba resulta positiva a los dos meses [12], se le continuará la terapia preventiva con Isoniacida [13] hasta completar 6 meses, y en el caso de las PVVS hasta completar 1 año. Al término de la terapia serán seguidos por el MF [6] durante dos años con examen clínico para descartar TB, semestralmente en los MAR y anualmente en los MMR y MBR.

- Si al realizar la Prueba de Tuberculina por primera vez [7], ésta resultara positiva [14], el paciente será sometido a un examen clínico [15] con un cuidadoso interrogatorio, examen físico y Rayos X de tórax para descartar o confirmar la TB, e interconsultarlo con el clínico del GBT.

En caso de que se confirme una TB [16] se notificará y tratará [17] según las pautas establecidas en el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT).

Si se descarta la TB [18], será valorada la realización de terapia preventiva [19] previa consulta con el clínico del GBT, con Isoniacida durante 6 meses a la dosis diaria de 5 mg x kg de peso (sin exceder los 300 mg por dosis) o en dosis bisemanal de 15 mg x kg (sin exceder los 900 mg por dosis). En el caso de las PVVS la terapia se extenderá hasta completar 1 año. Al término de la terapia serán seguidos por el MF [6], semestralmente en los MAR y anualmente en los MMR y MBR.

Definiciones:

I- Se considerarán **Individuos Vulnerables** a la Tuberculosis (TB) a:

- Contactos de casos de TB activa.
- Personas viviendo en Asentamientos Críticos
- Personas viviendo en Instituciones cerradas (hogares de ancianos y de impedidos físicos,

hospitales psiquiátricos crónicos, etc)

- PVVS
- Diabetes Mellitus
- Insuficiencia Renal Crónica
- Otros inmunodeprimidos (cáncer, gastrectomizados, deficiencias inmunológicas, etc.)

II- Estratificación del riesgo de TB por municipios:

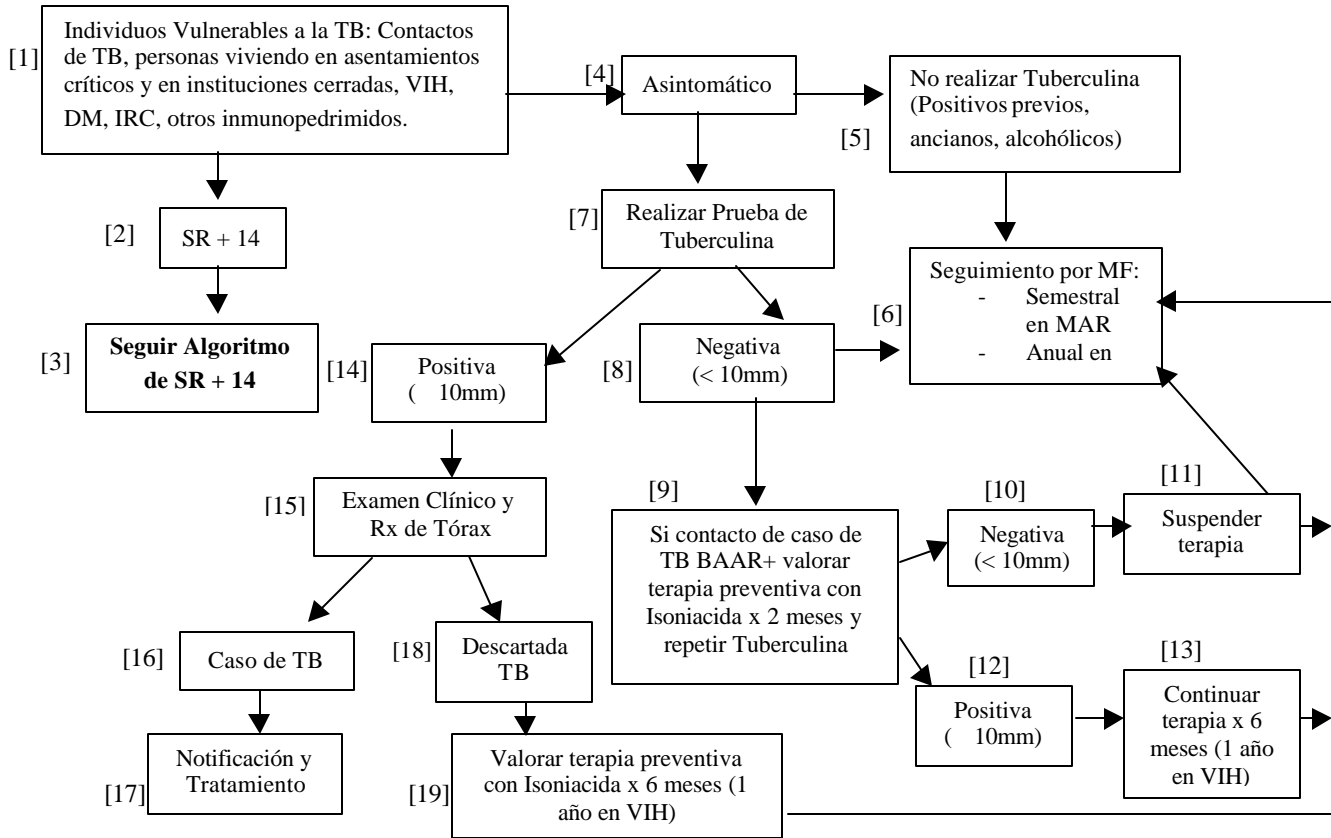
- **MAR:** Municipios de Alto Riesgo se consideraron los 48 municipios del país que presentaron durante el quinquenio 2001-2005 tasas promedio por encima de 7 x 100 000 habitantes.
- **MMR:** Municipios de Mediano Riesgo se consideraron a los que 63 municipios del país que presentaron durante el quinquenio 2001-2005 tasas promedio entre 6.9 y 4 x 100 000 habitantes.
- **MBR:** Municipios de Bajo Riesgo se consideraron a los que 58 municipios del país que presentaron durante el quinquenio 2001-2005 tasas promedio por debajo de 4 x 100 000 habitantes.

III- **Asentamiento Crítico:** es una instalación o territorio bien definido en el cual se observa un riesgo aumentado de la transmisión de tuberculosis o de su incidencia.

Referencias

1. González E, Armas L, Llanes M. Progress towards tuberculosis elimination in Cuba. *Inst J Tuberc Lung Dis* 2007; 11:405-411.
2. González E, Armas L. Eliminación de la tuberculosis como problema de salud pública [Carta]. *Rev Esp Salud Pública*. 2007; 81:59-62.
3. Rieder HL. Bases epidemiológicas del control de la tuberculosis. Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias. 1999.
4. Grupo Nacional Técnico Asesor de Tuberculosis. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Manual de Normas y Procedimientos. MINSAP. Ciencias Médicas (ECIMED) La Habana. 1999.
5. Caminero JA. Guía de la Tuberculosis para médicos especialistas. Unión Internacional para la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias. París, Francia. 2003:52-76.
6. Arnadottir T, Rieder HL, Trébuq A, Waaler HT. Guidelines for conducting tuberculin skin test surveys in high prevalence countries. *Tubercle & Lung Diseases* 1996; 77(Suppl):1-20.

ALGORITMO DE SEGUIMIENTO DE INDIVIDUOS VULNERABLES A LA TB EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



Leyenda:

TB: Tuberculosis **DM:** Diabetes Mellitus **VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana **SR:** Sintomático Respiratorio
MF: Médico de Familia **BAAR:** Bacilo Acido Alcohol Resistente
MAR: Municipio de Alto Riesgo **MMR:** Municipio Mediano Riesgo **MBR:** Municipio Bajo Riesgo

ACELERAN DESARROLLO DE FÁRMACOS CONTRA LA TUBERCULOSIS.

París, octubre 14/2008 (EFE). El grupo farmacéutico francés Sanofi-Aventis y la asociación sin ánimo de lucro TB Alliance, alcanzaron un acuerdo para acelerar la investigación y el desarrollo de medicamentos contra la tuberculosis, enfermedad que lleva a la muerte a más de un millón y medio de personas en el mundo cada año. La farmacéutica señala en un comunicado que el acuerdo nace de la necesidad crucial en desarrollar nuevos medicamentos antituberculosos que permitan reducir la duración del tratamiento y a la vez sigan siendo eficaces sobre las familias sensibles y resistentes. En la actualidad, los tratamientos, que tienen más de cuarenta años, deben seguirse durante seis y nueve meses, y en ocasiones hasta 24 meses, para las afecciones más resistentes. El anuncio se hizo público coincidiendo con la 39 Conferencia Mundial sobre la Salud

Respiratoria, que organiza en París la Unión Internacional contra la Tuberculosis y las Enfermedades Respiratorias. El acuerdo permitirá que ambas partes compartan información sobre sus proyectos y su experiencia, además de asesorarse para realizar ensayos clínicos de acceso al tratamiento en los países en desarrollo, dentro del marco reglamentario, informó la farmacéutica.

Sanofi-Aventis se compromete a investigar nuevos enfoques terapéuticos contra la tuberculosis, entre los que se cuentan un programa clínico destinado a evaluar la tolerancia y la eficacia de nuevos esquemas terapéuticos, incluida la rifapentina, un antibiótico utilizado en Estados Unidos.

TB Alliance junto con sus socios públicos y privados tiene uno de los mayores archivos de sustancias candidatas a funcionar como antituberculosos.

Enfermedades de Declaración Obligatoria: Meningitis viral.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 15/11/08.

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008 *
PINAR DEL RIO	1	-	182	74	25.85	10.51
P. HABANA	2	1	72	94	11.15	14.48
C. HABANA	4	4	267	278	15.14	15.83
MATANZAS	5	-	233	268	39.13	44.88
VILLA CLARA	14	3	258	564	39.89	87.46
CIENFUEGOS	15	3	226	351	68.03	105.42
S. SPIRITUS	7	3	178	232	54.58	71.14
CIEGO DE AVILA	-	-	127	101	35.03	27.85
CAMAGÜEY	9	5	184	248	27.85	37.56
LAS TUNAS	3	-	92	54	20.08	11.76
HOLGUIN	6	3	124	122	14.41	14.16
GRANMA	9	10	328	372	49.04	55.53
SANTIAGO DE CUBA	56	7	475	403	64.49	54.67
GUANTANAMO	1	4	132	217	29.28	48.07
ISLA DE LA JUVENTUD	2	-	13	17	17.30	22.63
CUBA	134	43	2891	3395	31.90	37.46

FUENTE: EDO, PARTE TELEFONICO SUJETO A MODIFICACIONES

* TASA ANUAL ESPERADA, AJUSTADA SEGÚN EL AÑO ANTERIOR.

** LA TASA ESPERADA COINCIDE CON LA DEL AÑO ANTERIOR.

LA TASA ACUMULADA DEL AÑO ANTERIOR SE CALCULA EN BASE ANUAL.

Algunos tipos de brotes notificados al SID. Cuba, hasta: 19/10/08.

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Alimentos	3	1	199	382	1.77	3.40
Ciguatera *	-	2	17	37	0.15	0.33
Hepatitis viral **	-	-	81	65	0.72	0.58
EDA	-	-	-	-	-	-
IRA	-	-	29	38	0.26	0.34
Agua	1	-	16	35	0.14	0.31
Varicela	-	-	19	53	0.17	0.47

Fuente: Sistema de Información Directo. Tasa x 100 000 habitantes, acumulada y ajustada al período.

*Sin especificar especie. ** Sin especificar tipo.

**Cuba, Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) Seleccionadas.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 15/11/08.**

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	3	-	0.03	0.03**
SHIGELLOSIS	8	5	391	254	4.06	2.64
D. AMEBIANA AGUDA	1	2	35	52	0.36	0.53
TUBERCULOSIS	34	6	708	675	7.09	6.76
LEPRA	5	5	195	200	2.16	2.22
TOSFERINA	-	-	-	-	-	-.**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	12278	14958	630227	609887	6211.90	6011.26
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	10	10	0.10	0.10
MENINGOCOCCEMIA	-	-	3	-	0.03	0.03**
TÉTANOS	-	-	5	3	0.04	0.03
MENINGITIS VIRAL	134	43	2891	3401	31.90	37.52
MENINGITIS BACTERIANA	10	1	358	309	3.80	3.28
VARICELA	111	149	13778	18223	134.03	177.27
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	-.**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	-.**
HEPATITIS VIRAL	125	118	8792	4368	84.38	41.92
PAROTIDITIS	1	-	136	10	1.21	0.09
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	18	1	0.20	0.01
LEPTOSPIROSIS	33	8	487	249	6.82	3.48
SÍFILIS	37	36	1524	1199	15.93	12.53
BLENORRAGIA	82	59	4319	3520	42.26	34.44
INFECC. RESP. AGUDAS	113052	97073	4283381	4317988	43304.32	43653.04

Fuente : EDO PARTE TELEFONICO SUJETO A MODIFICACIONES.

*TASA ANUAL ESPERADA, AJUSTADA SEGÚN EL AÑO ANTERIOR.** LA TASA ESPERADA COINCIDE CON LA DEL AÑO ANTERIOR.

LA TASA ACUMULADA DEL AÑO ANTERIOR SE CALCULA EN BASE ANUAL.

Comité Editor

DIRECTOR: Dr. Manuel E. Díaz González.

EDITOR: Dr. Angel M. Alvarez Valdés.

PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO: Téc. Irene Toledo Rodríguez

JEFES DE INFORMACIÓN:

Dra. Belkys Galindo Santana
(Epidemiología)

Dr. Rafael Llanes Caballero
(Microbiología)

Lic. Pedro Casanova
(Parasitología)

Teléfono; (53-7) 2046664 y 2020652 Fax: (53-7) 2046051 y (53-7) 2020633

Internet://www.ipk.sld.cu