

ALIANZA COMUNITARIA

SOLUCION

TRECE

Boletín Informativo

Visítenos en: [www.soluciontb.org](http://www.soluciontb.org)

Número 13 Marzo 2010

## Bienvenidos y Bienvenidas al Boletín SOLUCION TB número TRECE

**El 13, en este caso es de buena suerte porque iniciamos un 2º año de vida de esta publicación, que ahora llega a varios países, y a más de mil personas.**

En este número publicamos artículos técnicos que fueron compartidos durante los recientes talleres regionales coordinados por el proyecto en colaboración con CENAVECE (los programas de Adulto Mayor y Tuberculosis) y CENSIDA. Se contó con la participación de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, gracias a gestiones del Programa Nacional de TB, lo que fue muy importante para abordar una arista diferente de la relación entre 2 de estas co-morbilidades (TB y VIH). La presencia de expertos locales

de las sedes donde se realizaron los talleres, contribuyó a presentar una perspectiva operativa de TB, VIH o Diabetes, según el caso.

El boletín incluye también un resumen del contenido, compromisos y productos iniciales de los talleres de colaboración.

Nos espera un segundo año de publicaciones lleno de oportunidades y esperanza. En este año del Pulmón y con el llamado a la innovación, esperemos poder compartir con usted muchos de los logros que personas comprometidas con la salud llevan a cabo día a día. Iniciando con reportes de actividades del Día Mundial de la TB que se celebró este 24 de marzo.



Este boletín es elaborado con el generoso apoyo de la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos de América (USAID) a través del proyecto SOLUCION TB de Project Concern International. El contenido del boletín es responsabilidad de PCI y no representa la opinión de USAID o del Gobierno de Estados Unidos.

## Contenido

La tuberculosis y el tabaco. Dos problemas muy relacionados	<b>3</b>
Tuberculosis y Diabetes Mellitus	<b>6</b>
Tuberculosis, VIH y Diabetes Mellitus: ¿Prevención o Destino?	<b>12</b>
Mayor Involucramiento de Personas Afectadas (MIPA)	<b>17</b>
MARCO DE TRABAJO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS COMUNITARIOS. Lo leímos por usted... un resumen	<b>19</b>
Derechos humanos, VIH y TB	<b>23</b>
Tuberculosis y VIH. QUIMIOPROFILAXIS	<b>28</b>



**World Health  
Organization**

www.who.int/tb  
www.who.int/tobacco

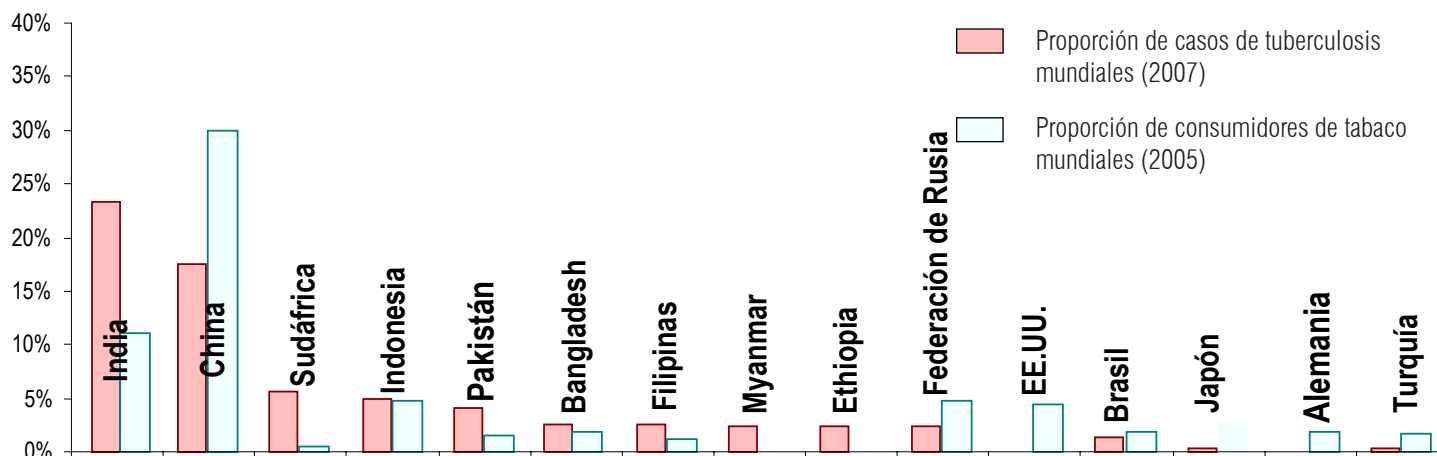
# La tuberculosis y el tabaco

## Dos problemas muy relacionados

- El tabaco aumenta sustancialmente el riesgo de sufrir tuberculosis y de morir por esa causa.
- Más del 20% de la incidencia mundial de tuberculosis puede atribuirse al tabaco.
- Controlar la epidemia de tabaquismo ayudará a controlar la epidemia de tuberculosis.
- El tabaco es un factor de riesgo de tuberculosis, independiente del consumo del alcohol y de otros factores de riesgo socioeconómicos.
- El tabaco multiplica por más de 2,5 el riesgo de tuberculosis.
- En la monografía de la OMS sobre la tuberculosis y el tabaco se describen otras asociaciones y evidencias científicas.

### Correlación entre los países de alta carga de tuberculosis y alta carga de consumo de tabaco

- Cinco países figuran tanto entre los 10 con mayor carga de morbilidad por tuberculosis como entre los 10 con mayor carga por consumo de tabaco.
- El 40% de la carga de tuberculosis de la India puede atribuirse al tabaquismo
- Una reducción radical del tabaquismo y de la exposición a la contaminación del aire en locales cerrados en China, podría reducir la incidencia de tuberculosis hasta la mitad en 2033.



### La epidemia de tuberculosis

Hay 2 mil millones de personas infectadas por el bacilo que causa la tuberculosis. La tuberculosis es una enfermedad asociada a la pobreza: la gran mayoría de las muertes que provoca se registran en países de ingresos bajos y medios, y más de la mitad de las defunciones se producen en Asia.

Se registraron 9,27 millones de casos nuevos de tuberculosis.

En 2007 murieron de tuberculosis 1,75 millones de personas.

El 5% de los casos de tuberculosis presentan la variante multiresistente de la enfermedad.

## La epidemia del tabaquismo

Hay en todo el mundo más de mil millones de fumadores, de los cuales casi el 70% viven en países de ingresos bajos y medios.

El consumo de tabaco es la primera causa prevenible de mortalidad.

Más de 5 millones de personas mueren cada año a causa del tabaco. Si no se le pone freno, la epidemia matará a más de 8 millones de personas cada año para 2030

## Políticas recomendadas por la OMS para combatir el tabaco y la tuberculosis

Controlar el tabaco en todas partes, pero en especial allí donde hay mayor riesgo de infección tuberculosa.

Coordinar los programas nacionales de control de la tuberculosis y del tabaco.

Impartir formación complementaria al personal sanitario de control de la tuberculosis y del tabaco.

Registrar el consumo de tabaco de los enfermos de tuberculosis y ofrecerles asesoramiento y tratamiento del tabaquismo.

Promover la adopción y la vigilancia del cumplimiento de políticas de fomento de los espacios libres de humo, sobre todo en el contexto de los servicios contra la tuberculosis.

Incluir las intervenciones de consejo breve para dejar de fumar (5 medidas y 5 criterios) en las actividades de los programas de control de la tuberculosis.

Implementar métodos de tratamiento de la dependencia al tabaco a través del PAL (Enfoque Práctico de Salud Pulmonar)

## Actividades centradas en la salud pública

Los programas de lucha antituberculosa pueden respaldar las medidas de control del tabaco promoviendo políticas encaminadas a:

Aumentar el precio y los impuestos de los productos de tabaco.

Proteger de la exposición al humo ambiental de tabaco.

Prohibir la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco.

Regular el empaquetado y etiquetado de productos de tabaco.



Sensibilizar al público sobre los riesgos del tabaco .

Tratar la dependencia del tabaco.

En el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS se formulan estas y otras recomendaciones.

**La deshabituación tabáquica puede ser un objetivo del PAL, el Enfoque Práctico de la Salud Pulmonar.**

**El PAL:** Es un enfoque centrado en la persona para el diagnóstico

y tratamiento de enfermedades respiratorias comunes en entornos de atención primaria.

Promueve un tratamiento integrado basado en los síntomas.

Procura estandarizar la prestación de servicios mediante el desarrollo y aplicación de directrices clínicas.

En la Estrategia Alto a la Tuberculosis de la OMS se describen el PAL y otras recomendaciones.

### Actividades centradas en las personas.

5 MEDIDAS	5 CRITERIOS
PREGUNTAR a la persona afectada por tuberculosis si consumen tabaco.	IMPORTANCIA: procurar que los pacientes con tuberculosis comprendan que su tratamiento será más eficaz si dejan de fumar.
ACONSEJARLES dejar de fumar.	RIESGOS: señalar todos los riesgos asociados a seguir fumando, en particular el riesgo de recaídas de tuberculosis.
EVALUAR su disposición a abandonar el tabaco.	VENTAJAS: explicar a la persona afectada por tuberculosis los muchos otros beneficios que reporta el abandono del tabaco.
AYUDARLES a intentar dejarlo.	OBSTÁCULOS: pedir a la persona afectada por tuberculosis que identifique los factores que le dificulten el abandono del tabaco.
ORGANIZAR el seguimiento junto con ellos.	REPETICIÓN: seguir alentando al paciente con tuberculosis a que deje de fumar.



### Proyectos piloto y siguientes pasos

**Egipto, Indonesia y Nepal:** han pilotado programas donde se han introducido medidas de deshabituación tabáquica en los servicios de salud a través del PAL.

**Kirguistán:** hay en funcionamiento servicios de deshabituación tabáquica a través del PAL en la mayoría de los centros de atención primaria.

**Brasil:** los servicios de atención al paciente con tuberculosis de Río de Janeiro incluyen ahora la deshabituación tabáquica.

### Pasos siguientes

Vigilar, evaluar y documentar la deshabituación tabáquica mediada por los servicios de PAL y de atención antituberculosa.

Ampliar los proyectos piloto con éxito a otros entornos y contextos.

Fomentar la concientización política sobre el agravamiento de los efectos que conlleva la superposición de la tuberculosis y el consumo de tabaco.

Sensibilizar a todos los ministerios acerca de los beneficios sanitarios sociales y económicos del fortalecimiento del control conjunto de la tuberculosis y el tabaco.

© WHO Nov 2009

# Tuberculosis y Diabetes Mellitus

Por: **Alfredo Ponce de León**

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición  
Salvador Zubirán

## De la relación entre tuberculosis y diabetes; causalidad o casualidad.

Tuberculosis y desnutrición.

Defectos en la inmunidad innata.

- Modelos animales
- Desnutrición extrema conlleva una falla catastrófica en la respuesta inmune celular.

Cegielski JP, McMurray DN. IJTLD, 2004.

## Diabetes y respuesta inmune.

Alteración en la migración de los neutrófilos.

Alteración en la fagocitosis.

Alteración en la actividad bactericida.

- Estos defectos explican porqué los individuos que viven con Diabetes Mellitus tiene una predisposición a presentar infecciones piógenas.

Delamaire M, Diabet Med 1997;  
Saiki O, Infect Immun 1980

## Defectos inmunológicos en diabetes

pacientes con mal control glucémico muestran pobre función monocítica.

Los niveles de células CD4 y CD8 se encuentran disminuidas.

Flynn JL, Tuberculosis, 2004

## Estudios ex vivo: DM y TB Células T CD4+ Co-cultivadas con monocitos autólogos estimulados con bacterias BCG

Menor producción de interferón y

- Los niveles de interferón y eran inversamente proporcionales a los niveles de HbA1c.

Tratamiento contra tuberculosis y niveles de producción de interferón y

- Los niveles eran similares en pacientes con buen y mal control glucémico al principio.
- Los niveles permanecieron bajos

en pacientes más afectados por la DM2, el descontrol metabólico precedió a la TB.

Tsukaguchi K, Kekkaku 2002

## Estudios Ex Vivo

Niveles de IL-12 disminuidos.

Disminución en la producción de FNT-a

- En conclusión, respuesta inmune TH1 protectora parece no ser adecuada en pacientes con diabetes mellitus.

## Asociación epidemiológica

Pacientes con TB y DM

- 1.8% a 9%
- Adams SF, Proc Staff Meet Mayo Clin 1929
- Sossman MC, Am J Roentgenol 1926

TB activa fue cinco veces más frecuente en indígenas norteamericanos con DM2, que en aquellos PPD positivos SIN diabetes mellitus.

- Mori MA, Arch Intern Med 1992

## Frecuencia de diabetes mellitus en población adulta (60 - 69 A) ENEC

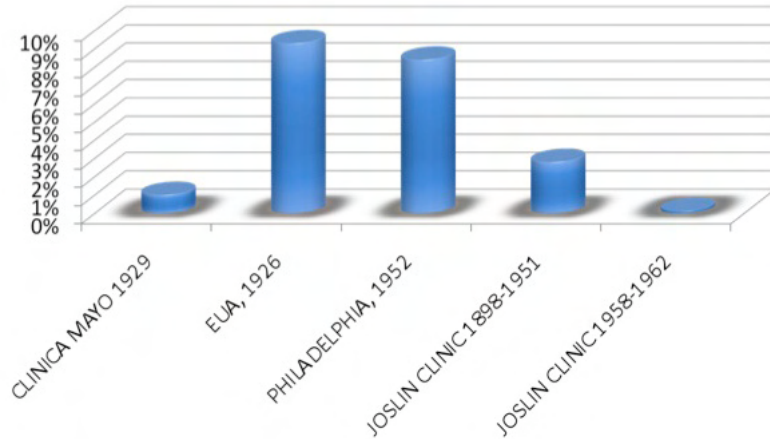
GRUPO DE EDAD	HOMBRES %	MUJERES %
60-64	17	24
65-69	28	24

**21% DE LOS ADULTOS ENTRE 60 Y 69 AÑOS SON DIABETICOS**

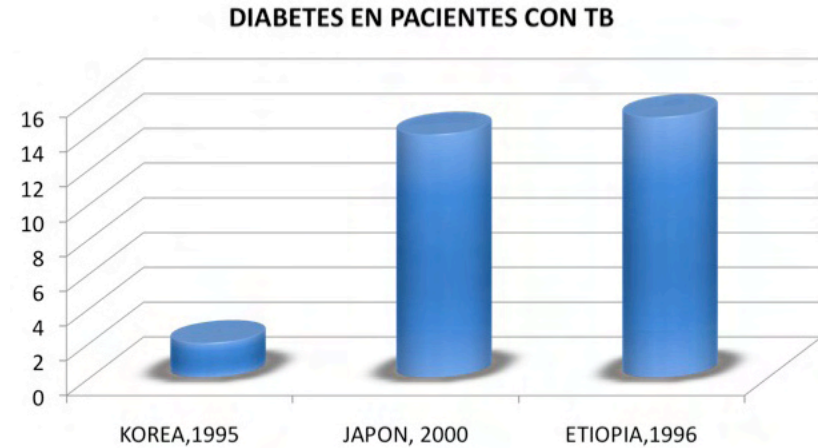
Salud Pública de México, 1996



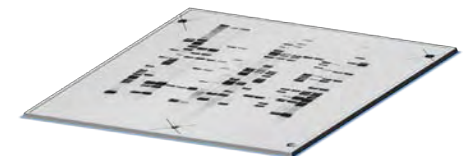
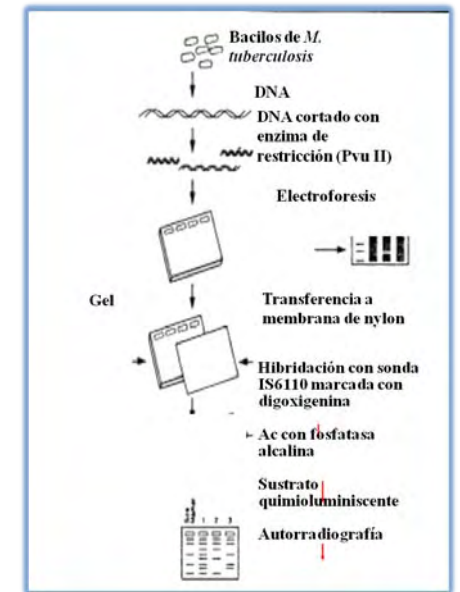
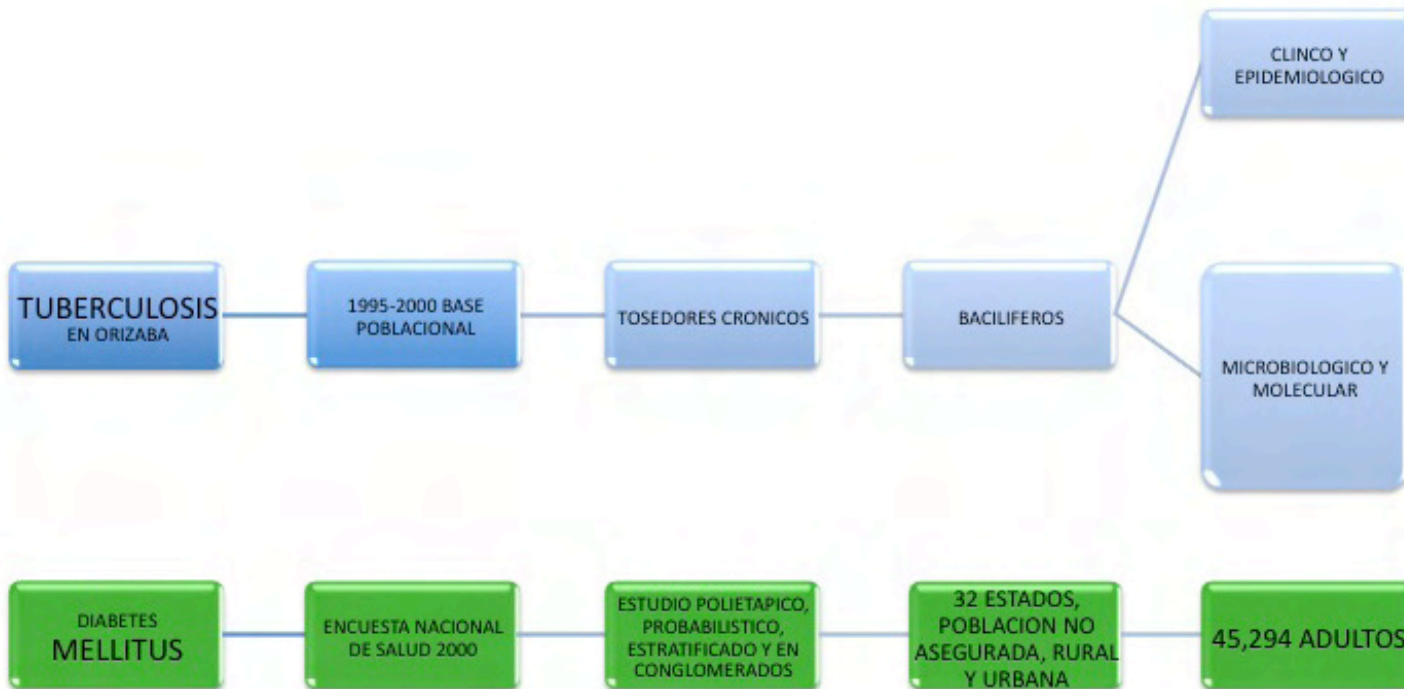
### Frecuencia de tuberculosis en personas afectadas con diabetes



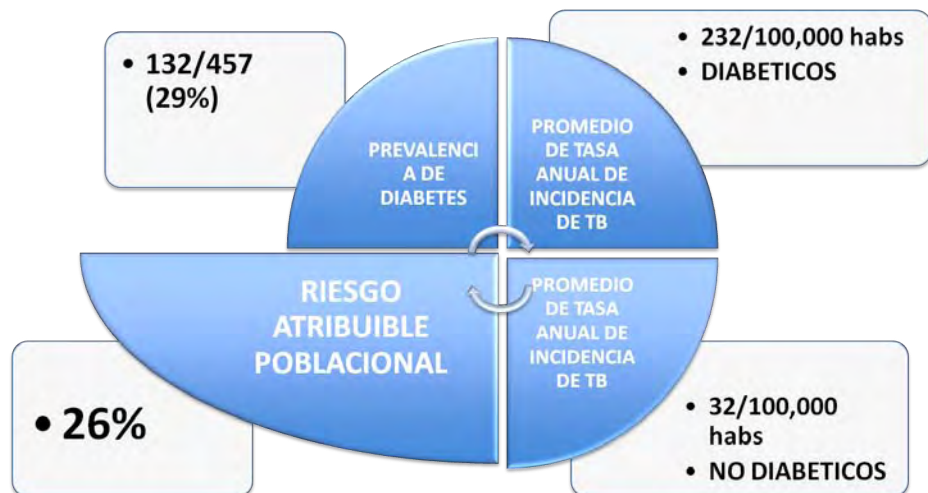
### Frecuencia de diabetes en personas afectadas con tuberculosis



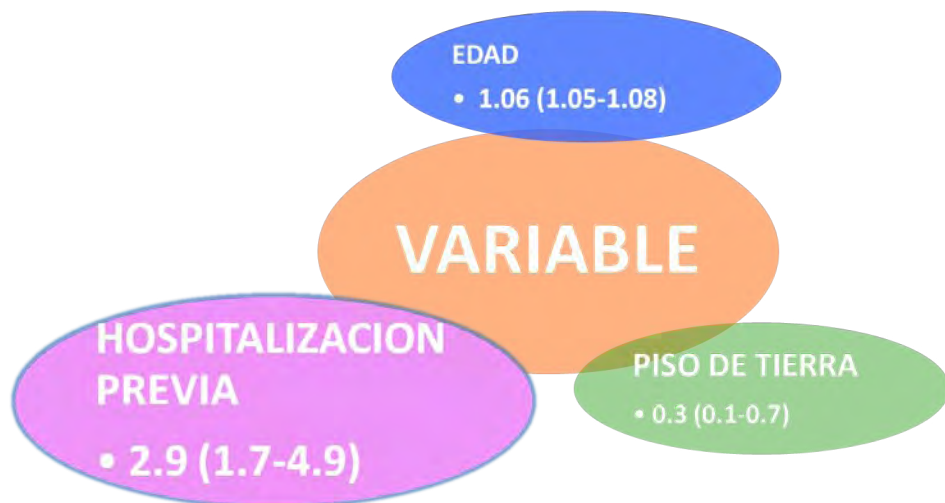
### Análisis poblacional de la relación entre diabetes mellitus y tuberculosis



## Resultados



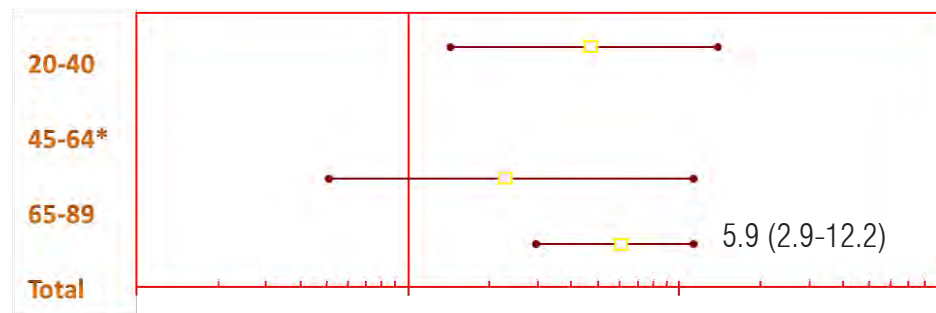
## Análisis multivariado: Factores de riesgo



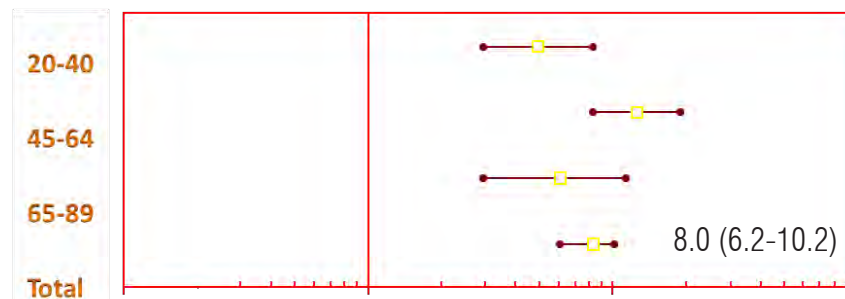
Controlando por tabaquismo, peso corporal y residencia institucional.

## Riesgo de desarrollar tuberculosis en pacientes con diabetes mellitus (IC 95%)

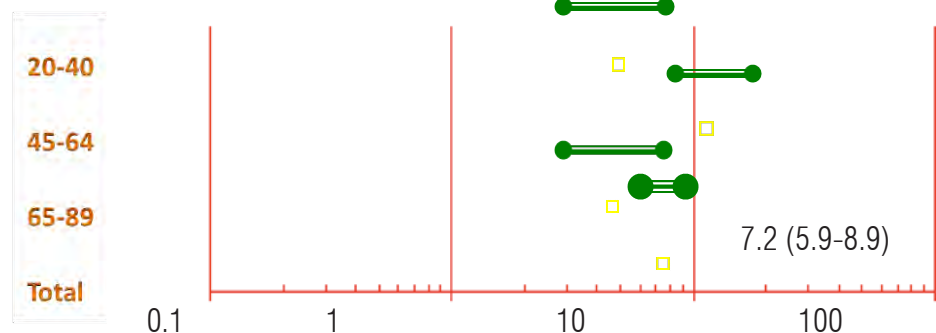
### Transmisión reciente



### Reactivación



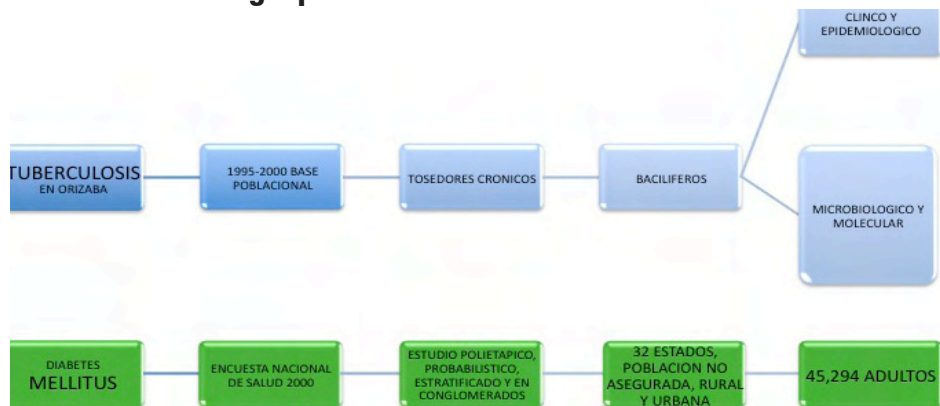
### Total



Todos los casos correspondieron a personas con diabetes.



## tasa de tuberculosis en personas con diabetes y sin diabetes, de acuerdo con grupos de edad.



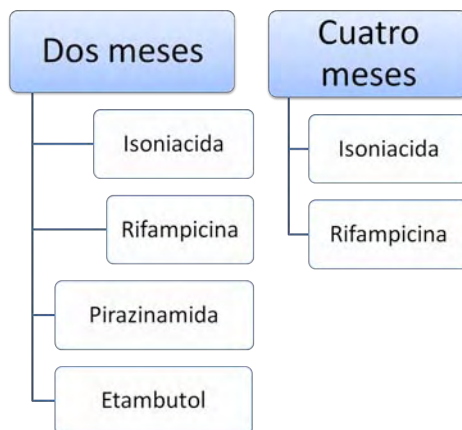
### Comentarios

- Los pacientes que viven con diabetes tienen mayor riesgo de desarrollar tuberculosis pulmonar.
- Este riesgo es siete veces mayor que en los pacientes sin diabetes.
- El riesgo se presenta tanto en la tuberculosis por reactivación, como en la de transmisión reciente.
- Estos hallazgos podrían justificar el tratamiento de tuberculosis latente en pacientes con diabetes.

### Tratamiento de la tuberculosis



### Tratamiento primario



### Tratamiento: TAES

1. Compromiso para el sostenimiento del control de TB.
  - Suficientes recursos y autoridad del programa
  - Uso simplificado para notificación estandarizada de casos y forma de tratamiento en todos los servicios

de salud y libros de registro nominal.

de los fármacos de manera racionalizada y simplificada para evitar desabasto.

### 2. Diagnóstico bacteriológico.

Control de calidad

- Estandarización de la recolección de muestras y datos de laboratorio.
- Entrenamiento de médicos para mejorar el uso apropiado de la microscopía de esputo.

### 3. Uso de tratamiento acortado

estandarizado bajo supervisión estrecha, incluyendo observación directa

- Entrenamiento adicional y supervisión de trabajadores de salud en esta estrategia.
- Se introdujo la categorización adecuada de los casos, selección y monitoreo de los tratamientos, medición de desenlaces mediante baciloscopia y tarjetas de tratamiento.
- El tratamiento era administrado en el sitio más adecuado para el paciente, independiente de su afiliación institucional.
- Se entrenaron a promotores de salud en la detección de casos y observación de ingesta de medicamentos.

### 4. Sistema apropiado para suplementación de fármacos.

- Planeación, compra y distribución

### 5. Registro y reporte de todos los casos y su desenlace.

- Se implementó el registro nacional de casos.
- Se usaron los estándares internacionales para el reporte de caso, seguimiento y desenlace.

### TAES: Éxito

La estrategia TAES disminuiría de manera efectiva la transmisión de la tuberculosis, aún en poblaciones con niveles moderados de resistencia primaria a fármacos: 20.7% a cualquier droga, MDR de 3.3%

### Diseño

Prospectivo, base poblacional de Marzo 1995 – Febrero 2000

**Población de estudio:** Casos de TB pulmonar detectados mediante baciloscopia y residentes del área de estudio.

**Área de estudio:** 5 municipios del área conurbada de Orizaba, Veracruz.

**Criterios de inclusión:** > 15 años, 2 semanas con tos productiva y baciloscopia positiva

## Reclutamiento y participación

Consentimiento informado por escrito  
Marzo 1995 – Febrero 2000 (60 meses)  
3679 tosedores  
436 personas (11.8%) con Bk+

## Definiciones

### TB de transmisión reciente

Período: 1 año  
Genotipo: Idéntico (RFLP/IS6110)  
Idéntico (RFLP/IS6110 y Spoligotyping) en <6 bandas

## TB Reactivación

Caso índice (primer caso del conglomerado).

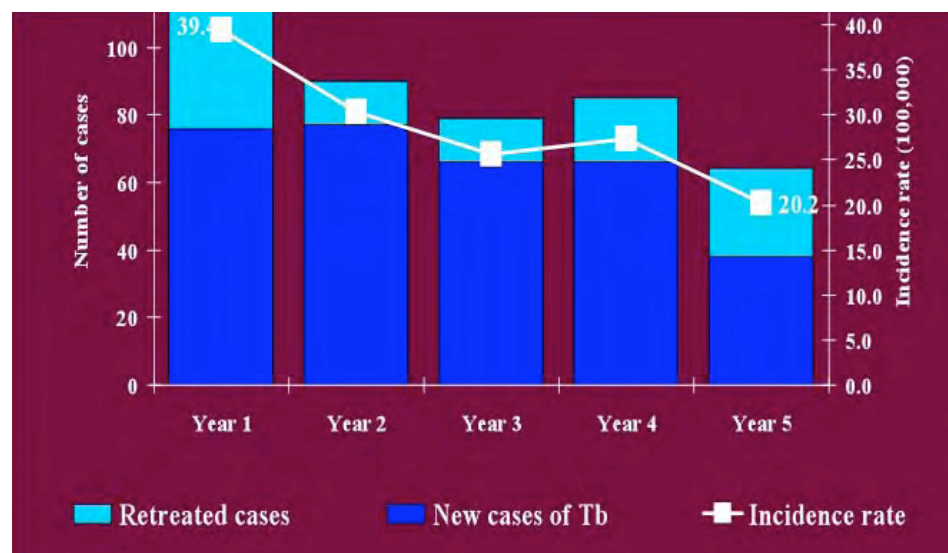
Casos con genotipo único.

Casos con genotipo compartido (más de 1-año).

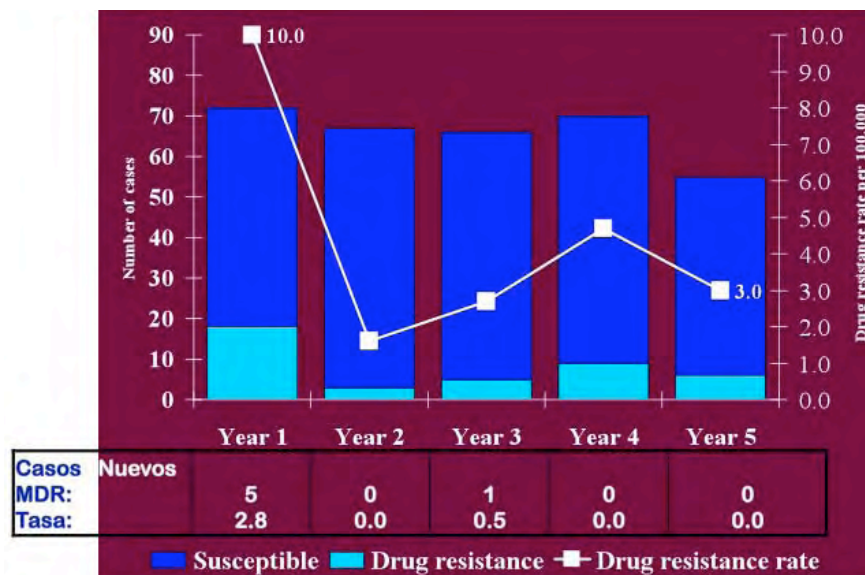
## Población en estudio

	n = 436	(%)
Hombres	258	(59.2)
Edad (mediana)	41 años	
Grupo étnico	64	(14.7%)
VIH	9	(2.1)

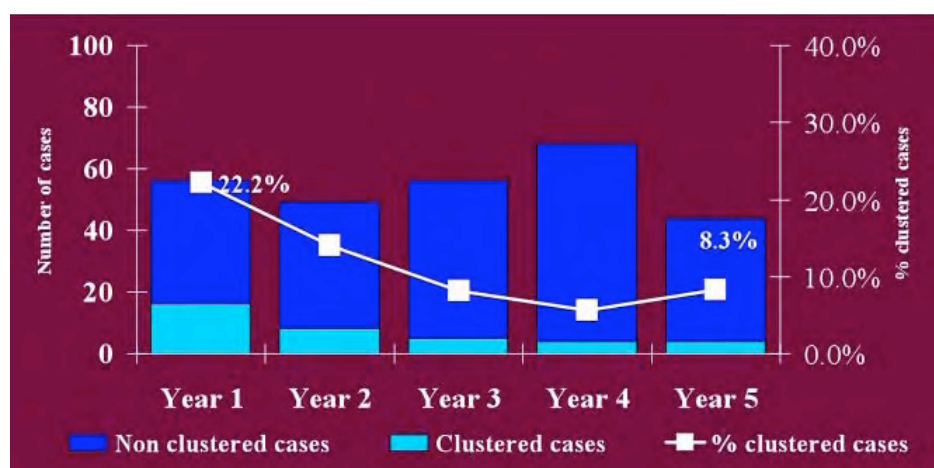
## Números totales y tasa de resistencia



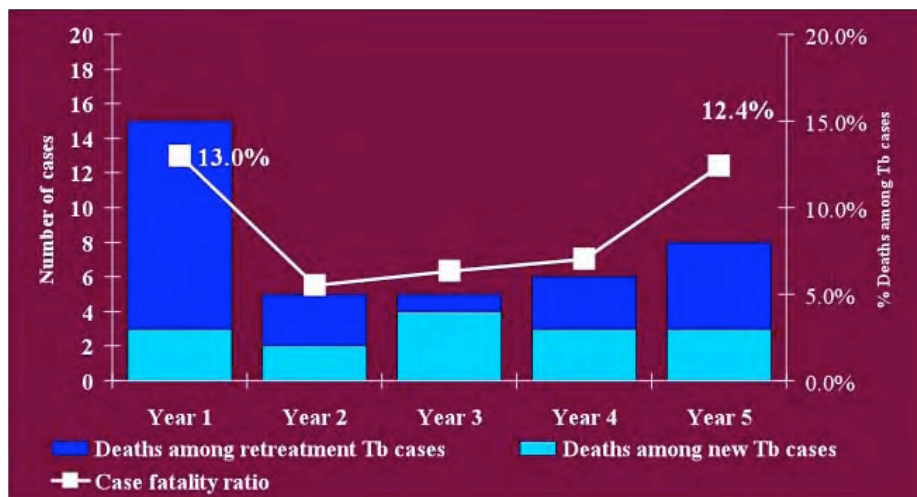
## Tasa de resistencia



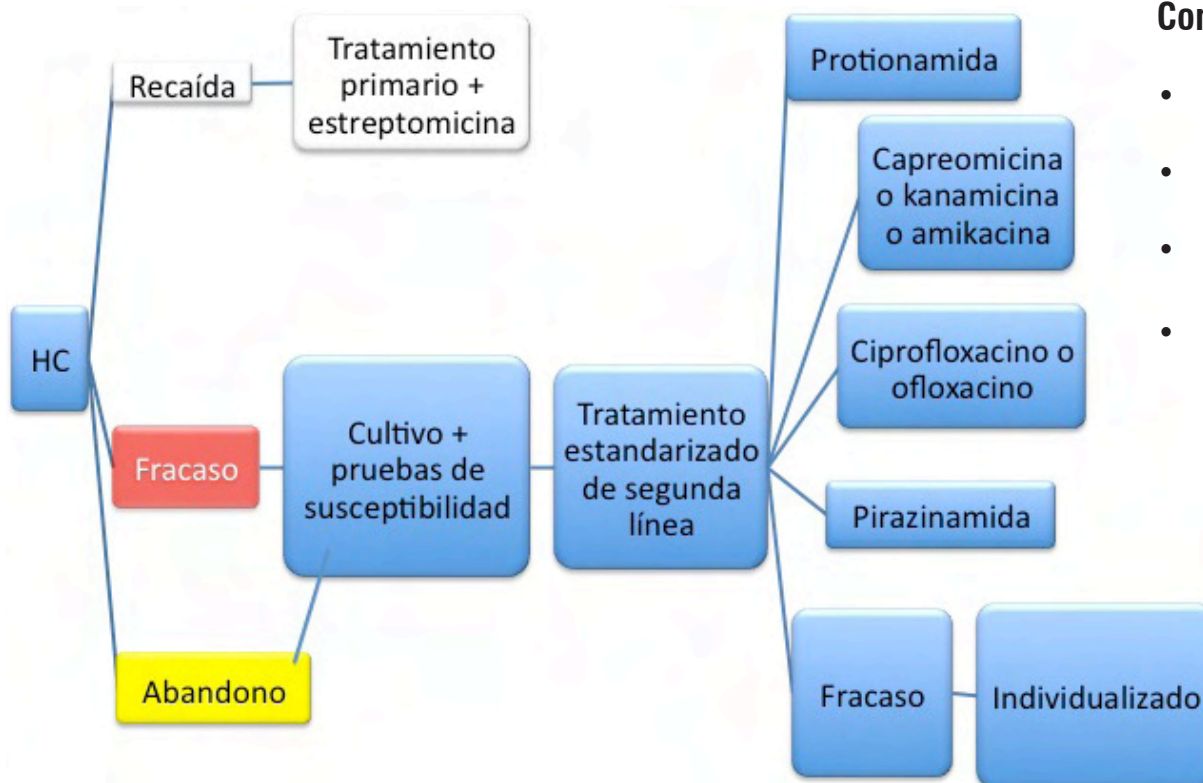
## Número y porcentaje de casos de transmisión reciente



### Mortalidad entre los casos de TB



### Tratamiento - II



### Conclusiones

- Disminución en la tasa de incidencia de 39.4 a 20.2 por 100 000 hab, – 48.7%, p<0.0001
- Disminución en la resistencia a fármacos de 10.0 a 3.0 por 100 000 hab, - 70.0%, p<0.01
- Disminución en el porcentaje de transmisión reciente de 22.2% a 8.3%, – 62.0%, p<0.02
- Cambios observados en intervalo de 3 a 5 años

### Gracias

Dr. José Sifuentes Osornio  
 Dra. María de Lourdes García  
 Dra. Miriam Bobadilla del Valle  
 Dra. María Eugenia Jiménez  
 Dra. Areli Martínez Gamboa  
 Dr. Peter M. Small  
 Dr. Midori Kato Maeda  
 Dra. Katherine De Riemer



# Tuberculosis, VIH y Diabetes Mellitus: ¿Prevención o Destino?

Blanca Lomeli, Directora del Proyecto SOLUCION TB.



Algunos estudios han mostrado que la Diabetes Mellitus favorece hasta 7 veces más, el desarrollo de Tuberculosis activa en quienes tienen la infección primaria (TB latente), o quienes recientemente se exponen a la bacteria de TB. Dada la afección del sistema inmunológico celular, este riesgo se presenta con mayor frecuencia en quienes no tienen adecuado control metabólico de la glicemia, pero también en quienes la controla.

Aparentemente, entre mayor el descontrol, mayor el riesgo. La Diabetes es ahora la primera causa de muerte en México y se reporta que cada año ingresan a las 'filas' de las estadísticas aproximadamente 400,000 nuevos diagnósticos de Diabetes Mellitus. La Diabetes va en aumento.

Para VIH-SIDA, se sabe desde el inicio de la epidemia que el daño al sistema inmune produce una vulnerabilidad en las personas VIH positivas que les pone en riesgo de adquirir infecciones

oportunistas poco comunes en quienes no tienen problemas de inmunidad, o simplemente endémicas de la región o ambiente donde se vive.

Dadas las tasas de tuberculosis en el país, es muy probable que sea la Tuberculosis una de las enfermedades que más se presenta en personas con VIH, y que en muchos casos es la que desencadena la progresión a SIDA. La Tuberculosis en el mundo, es la principal causa de muerte en personas con VIH. En nuestro país, en muchos casos, la mayoría de las personas que mueren con Tuberculosis, tenían también VIH/SIDA (independientemente de la causa de muerte).

La integración de los servicios de TB, VIH y Diabetes es por lo tanto una necesidad urgente.

Para integrarnos, debemos primero conocernos, reconocernos e iniciar la tarea de colaborar, es decir, trabajar hombro a hombro, con un mismo propósito.

**“ Me siento contenta por tener gente profesional en el problema y gracias a ustedes por venir a apoyarnos y darnos herramientas. ¿Qué me ayudó? Me parece excelente hacer este tipo de talleres. Pero podemos hacer propuestas y podemos lograr algo. Termine contenta porque vamos a ver mañana parte de las inquietudes que tenía. ¿Relevante? La epidemia de VIH tiene una historia de cerca de 27 años, pero gracias a la sociedad civil avanzó más que Tuberculosis. Perdón si lo veo desde esa perspectiva, gracias a la abogacía de las ONGs. Lo que TB debe hacer es involucrar a la sociedad civil ”**

**Participante Taller, Acapulco, Guerrero**

Es importante recordar que la Tuberculosis es una enfermedad prevenible y curable.

El VIH puede prevenirse, y para quienes ya lo tienen, existe un tratamiento profiláctico para evitar que se desarrolle Tuberculosis.

La Diabetes, puede controlarse al grado de no necesitar medicamentos, sólo con dieta y vida activa. También, al prevenir el sobrepeso y la obesidad contribuimos a prevenir la Diabetes. Es decir, el sufrir estos padecimientos no debería estar en el destino de nadie, pues existen mecanismos para su prevención, control o curación.

El proyecto SOLUCION TB Co-morbilidades intenta abordar esta

problemática, para trabajar con la Secretaría de Salud de 7 +3 estados de la república, con énfasis en 7 jurisdicciones prioritarias para contribuir a fortalecer la capacidad de manejo de co-morbilidades. Dentro de las primeras acciones del proyecto de corta duración (9 meses de enero a septiembre de 2009) se llevaron a cabo talleres técnicos de capacitación en el tema de co-morbilidades para responsables estatales y jurisdiccionales de: Tijuana, Baja California; Cd. Juárez, Chihuahua; Reynosa, Tamaulipas; Guadalupe, Nuevo León; Coatzacoalcos, Veracruz; Acapulco, Guerrero, e Istmo, Oaxaca.

En estos talleres se cubrieron los siguientes temas: Análisis de cohortes y co-morbilidades, con

revisión especial de defunciones, recaídas y fracasos para determinar la frecuencia y tipo de co-morbilidades. Se identificaron de esta manera los retos más importantes para recaídas (Diabetes, posible MDR) y mortalidad (VIH/SIDA), desde la perspectiva del control de la Tuberculosis.

Los talleres permitieron conocer también las estrategias llevadas a cabo por el programa de Diabetes que favorecen el control de la misma, como los grupos de ayuda mutua, así como los proyectos e innovaciones como el plan para elaborar una tableta única para el control de la enfermedad.

Los retos que el cambio de conducta para vidas saludables o más



saludables, enfrentan las personas con Diabetes.

El aumento de la incidencia de Diabetes así como las proyecciones de mortalidad por esta causa son alarmantes y exigen una acción inmediata de todos y todas.

En el tema de VIH/SIDA, se reconoció el avance que este programa tiene respecto a la participación social en la lucha contra la enfermedad y en el tema de mitigación de estigma y discriminación. Sobre todo, se reconoció la importancia de la utilización de Isoniazida Profiláctica para la prevención de Tuberculosis.

Se identificaron las 4 “ies” para la colaboración y control de VIH/SIDA-Tuberculosis: Control de Infección; Utilización de Isoniazida Profiláctica entre quienes se descarte Tuberculosis; Búsqueda Intencionada de TB y sintomáticos Respiratorios, y finalmente la importancia de la Integración. Estas 4 estrategias nos ayudarán a prevenir daño y muerte en quienes cursan con la co-infección.

El tema de Derechos Humanos fue abordado por la Comisión Nacional de Derechos Humanos, quienes describieron de manera detallada no



sólo la conceptualización de estigma y discriminación sino la bases legales y constitucionales que rigen la provisión de servicios de salud de calidad y libres de estigma para las personas afectadas por las enfermedades que son tema de este proyecto. Se comentaron también los derechos y responsabilidades que las personas con enfermedades infecciosas deben conocer y por lo tanto nuestros servicios deben compartirles esta información.

Se compartió información sobre las estrategias de Abogacía, Comunicación y Movilización Social que desde hace algunas décadas se utilizan para fortalecer el control de enfermedades, y favorecen y demandan una Atención Centrada en la Persona.

Las estrategias ACMS contribuyen a la mayor participación social y buscan asimismo el posicionamiento de estas enfermedades en las agendas políticas de las y los tomadores de decisión para asegurar mayores recursos y mejores servicios. Para la Atención Centrada en la Persona, es importante contar con un enfoque 'ambiental' que nos ayude a entender los contextos en que una persona afectada por la enfermedad se establece: desde lo individual, familiar, comunitario, laboral y social. El comprender cómo estos círculos

favorecen o impiden la búsqueda de servicios, diagnósticos oportunos, acceso a tratamiento y adherencia al mismo, nos permite trabajar de una mejor manera y colaborar con los socios que sean necesarios para favorecer la prevención, curación y

control de las enfermedades. Cuando la atención se centra en las personas y no en las enfermedades o los servicios de salud ganamos todos y todas.

Los talleres presentaron también con detalle lo que significa la estrategia

**“ Ya estamos empezando a trabajar en Oaxaca... ahora que está la responsable de enfermedades transmisibles en la jurisdicción es una persona clave en el éxito de las acciones en el Istmo. Lo que hicimos estuvo excelente, ahora lo vamos a presentar. Y ese será el primer paso para grandes avances en materia de TB, VIH y DM. También es importante la presencia del Dr. Vladimir, en esta ocasión... también es importante porque él ha sido representante de TB y transmisibles en Oaxaca, y es un punto clave para la conjunción de los 3 programas. Hemos tenido respuesta, yo siento que si hay responsabilidad y compromiso en el equipo. Eso nos va a llevar a cumplir las metas ”**

**Participante taller regional DF**



MIPA (Mayor Involucramiento de Personas Afectadas) elaborado en el campo del VIH y ahora propuesto para abarcar también el tema de Tuberculosis y Diabetes Mellitus.

El proyecto propone, dentro de su contexto ACMS, 3 niveles de involucramiento o participación: 1er nivel para señalar el uso del servicio; 2º nivel para indicar una participación más activa de parte de las personas con la enfermedad en la provisión de los mismos, y un 3ero y más alto nivel que implica la participación puntual en el diseño de los servicios y la evaluación de los mismos.

La teoría indica que a mayor o más alta participación, mayor empoderamiento y mejor respuesta social a la enfermedad. El MIPA requiere el entendimiento de **a)** los derechos, capacidades e inteligencia de quienes padecen las enfermedades para tomar decisiones que afecten su propia salud y la de otros, y **b)** la necesidad de los programas de salud de ofrecer estos espacios seguros que favorezcan la participación.

Finalmente, el proyecto SOLUCION TB cuenta con una estructura diseñada para cumplir metas y objetivos de acuerdo a lo propuesto al donante y a

los programas nacionales de TB, VIH/SIDA y Diabetes Mellitus. Para esto, se cuenta con un marco lógico de resultados que define la información requerida así como sus fuentes y frecuencia de entrega.

Parte de los retos de quienes colaboran en el proyecto es que no existen fuentes oficiales para actividades de colaboración en co-morbilidades, por lo que se requerirá de la creatividad, el

entusiasmo y compromiso para poder documentar las acciones y los éxitos y barreras que para este fin se enfrenten.

Estos formatos fueron elaborados hace varios años por CENAVECE y CENSIDA en el tema de VIH y TB y el proyecto contribuirá a su seguimiento. Para TB y Diabetes se fortalecen formatos existentes (como el reporte de actividades de grupos GAM) y se elaboraron nuevos acuerdos.



Los Programas Nacionales (CENAVECE y CENSIDA) proponen si los siguientes acuerdos de colaboración:

Para VIH/SIDA y TB, los acuerdos fueron elaborados en conjunto entre el Programa Nacional de TB, CENSIDA y los Estados participantes, en agosto del 2009, aunque la colaboración se estableció desde el año 2004. Los acuerdos son los siguientes:

#### **A. Establecer mecanismos de colaboración** (ambos programas)

1. Identificar una persona encargada de seguimiento y coordinación de las actividades TB/VIH para mejor Integración de servicios.
2. Realizar vigilancia de la prevalencia de VIH entre personas con tuberculosis.
3. Planificar conjuntamente las actividades TB/VIH.
4. Monitorear y evaluar.

#### **B. Disminuir la carga de tuberculosis entre personas viviendo con VIH/SIDA** (por el programa de VIH/SIDA)

1. Establecer la búsqueda Intensiva de casos de tuberculosis.
2. Introducir la terapia preventiva con Isoniazida.
3. Garantizar el control de la Infecciones en establecimientos

de salud y sitios de congregación (grupos vulnerables como son: prisiones, albergues, asilos de ancianos, indígenas, alcohólicos, embarazadas, usuarios de drogas ilícitas, desnutridos y otros).

4. Introducir el tratamiento preventivo con cotrimoxazol (SMtxTrim).

#### **C. Disminuir la carga del VIH entre las personas con Tuberculosis** (Por el programa de TB)

Proporcionar consejerías y pruebas para VIH.

Introducir métodos para la prevención de la transmisión del VIH. Garantizar la atención y el apoyo a las personas con VIH/SIDA. Asegurar en coordinación con el programa de VIH, la terapia con antirretrovirales

En TB/Diabetes, los acuerdos son más recientes y México es uno de los pocos países en el mundo que ha iniciado con fuerza el trabajo organizado para esta co-morbilidad. Los acuerdos identificados son los siguientes:

#### **A. Establecer mecanismos de colaboración e Integración** (Ambos Programas)

1. Identificar la función y la persona responsable de coordinar e Integrar

- las actividades TB/DM.
2. Realizar vigilancia de la prevalencia de DM entre personas con Tuberculosis.
  3. Planificar conjuntamente las actividades TB/DM.
  4. Monitorear y evaluar TB/DM en conjunto.

### **B. Disminuir la carga de tuberculosis entre las personas viviendo con Diabetes**

1. Establecer la búsqueda Intencionada de casos de tuberculosis en GAM, y UNEME´s EC (sintomáticos respiratorios, en quienes reporten glucosa > 180 mg/dl y también quienes sean contacto de casos de TB activa).
2. Asegurar el control metabólico de las personas en tratamiento de tuberculosis.
3. Garantizar el control de Infecciones en establecimientos de salud y sitios de congregación (grupos vulnerables como son: prisiones, albergues, asilos de ancianos, indígenas, alcohólicos, embarazadas, usuarios de drogas ilícitas, desnutridos y otros)

### **C. Controlar la DM entre las personas con Tuberculosis**

1. Proporcionar información (cápsulas de TB en DVD de

“ Me siento muy a gusto. Al inicio que vi la agenda, no me pareció que fuera a ser de mucho beneficio. Pero después de ayer, los ponentes me aclararon dudas que yo tenía. Me hubiera gustado que hubiéramos puesto más de tiempo para terminar de construir el proyecto de co-morbilidades, pero bueno, aun con los 15-20 minutos que tendremos para exponer, se nos va a aclarar el panorama a todos ”

**Participante taller Regional Monterrey**

- DM) y pruebas de detección para DM (idealmente, con hemoglobina glucosilada HbA1c, en colaboración con el programa de DM)
2. Fomentar estilos de vida saludables a través de orientación alimentaria y ejercicio (programa 5 pasos por tu salud) en las personas con DM.
3. Introducir el tratamiento con hipoglucemiantes a quien lo requiera.
4. Control metabólico mensual durante el tratamiento de la tuberculosis.
5. Garantizar el monitoreo y apoyo a las personas que presenten el Binomio de DM /TB en los Grupos de Ayuda Mutua.

Estos acuerdos pretenden garantizar el estricto seguimiento de las personas afectadas, así como su diagnóstico

oportuno, control y/o curación según sea el caso. El proyecto SOLUCION TB Co-morbilidades contribuirá a llevar éstos a la práctica y apoyar con su seguimiento.

En los talleres técnicos regionales participaron 99 personas y se contó con la participación de los 3 programas nacionales, y de expertos invitados locales y nacionales.

Dentro de los éxitos iniciales de los talleres se encuentra:

- Identificación de acuerdos de colaboración TB-Diabetes.
- Seguimiento a acuerdos TB-VIH elaborados anteriormente.
- Identificación de oportunidades de fortalecimiento de ambos programas.
- Mayor conocimiento e información sobre la relación entre las 3

enfermedades, entre el personal jurisdiccional y operativo.

- Fortalecimiento de equipos estatales y jurisdiccionales, multidisciplinarios.
- Oportunidad de capacitación técnica nacional por parte del Programa Nacional del Adulto Mayor (Diabetes) para responsables de TB y VIH, para participar en Diplomado en INSP.
- Participación activa de la CNDH en colaboración con los 3 programas nacionales, estatales y jurisdiccionales, resultando en mayor conocimiento.

**El taller de Acapulco Guerrero se llevó a cabo el 3 y 4 de marzo; En la ciudad de México, se integraron los equipos de Chihuahua, Veracruz y Oaxaca el 9 y 10 de marzo, y finalmente, el taller regional en Monterrey incluyó a los equipos de Baja California, Nuevo León y Tamaulipas, con fecha 16 y 17 del mismo mes. El proyecto continuará apoyando el fortalecimiento de esta colaboración hasta septiembre 30 del 2010, cuando concluye, y los programas nacionales y estatales no sólo en estos 7 estados sino en los 32, continúan esta tarea que promete muchas posibilidades y que desarrolladas con compromiso y esfuerzo, harán mucho por lograr que las co-morbilidades, no se conviertan en el destino de ninguna persona, sino que sean prevenidas, diagnosticadas, y controladas oportunamente.**



# Mayor Involucramiento de Personas Afectadas (MIPA)

## Definición

BÁSICAMENTE PUEDE DEFINIRSE EN 2 ÁREAS IMPORTANTES:

Reconocimiento de la importante contribución que las personas afectadas o infectadas pueden hacer en el control y prevención.

Creación de un espacio social para su participación activa e involucramiento, en todas las áreas de la respuesta a la enfermedad(es).

## ¿Cómo se define a la persona afectada por la enfermedad?

El consenso de la definición en VIH está muy claro; 'persona con o viviendo con VIH/SIDA).

En TB y en Diabetes todavía no existe consenso.

Persona con TB, VIH, Diabetes es la persona que vive con la enfermedad. Persona afectada con o por incluye a las personas con la enfermedad y su familia cercana.



2 Abril 2009 BOLETÍN INFORMATIVO

## "Esperanza de Vida"

Juan Hernández, integrante de "Voces e Imágenes de la Tuberculosis"

Mi nombre es Juan tengo 40 años, a los 35 años me diagnosticaron diabetes, y hace 2 años empecé a tener tos con flema, dolores de cabeza, falta de apetito, sudoración por las noches y pérdida de peso, en 1 mes bajé como 10 Kg. Llegué a pesar 49 Kg., me mandaron a hacer un examen sin costo de las flemas (baciloscopias) y salieron positivas.

En el centro de salud de mi colonia me dijeron que tenía Tuberculosis, que tendría que tomar tratamiento durante 6 meses, que sería gratuito y debía acudir al centro de salud para que me lo entregaran. Un amigo me dijo que esa enfermedad no tenía cura, yo pensé que era tal vez algo parecido al VIH, llegué a pensar en mejor darme un balazo si pensé en la muerte, para estar tranquilo y no causar problemas a mi familia, incluso hasta escribí las cartas que dejaría a mi familia.

Como ya había pasado un mes, me sentía mejor, no tenía tos, dejé de tomar las medicinas, pero a los 4 meses volvió la tos y sudores, entonces regresé al centro de salud. Esta vez, además de la baciloscopia, me hicieron cultivo y radiografía de tórax, todo fue positivo. Esta vez me dijeron que el tratamiento duraría 9 meses agregando 90 inyecciones, una promotora de salud iba diario a mi casa, para supervisar que me tomara las medicinas, aunque yo no quisiera ella entraba a la casa, me platicaba, explicando cosas sobre la enfermedad y hacía que tomara las medicinas hasta que terminé todo el tratamiento completo. A mi familia le hicieron exámenes y todos fueron negativos.

Durante este tiempo tuve que dejar de trabajar, pero mi patrón me dijo que cuando ya estuviera bien podía regresar a mi trabajo.

Mi madre y hermanos me apoyaron, y mi esposa que se dedicaba al hogar solamente, empezó a vender comida ahí cerca de la casa, esto de alguna manera unió a mi familia, también mi hijo e hija le ayudaban, me decían que le echara ganas que podía salir adelante, y pues, al ver todo esto, yo ahora aprecio mucho mi familia, los quiero y trato de cuidar mi salud ahora con lo de la diabetes que me está afectando la vista.

Una vez me internaron por problemas con mi diabetes, y me llevaron al hospital, por una confusión me ingresaron con el diagnóstico de tuberculosis, y pude darme cuenta del trato que le dan en aislados, me pareció que estaban sin cuidados, en condiciones de abandono y sucio todo, los baños, camas etc. Cuando se

a mi casa, para supervisar que me tomara las medicinas, aunque yo no quisiera ella entraba a la casa, me platicaba, explicando cosas sobre la enfermedad y hacía que tomara las medicinas hasta que terminé todo el tratamiento completo. A mi familia le hicieron exámenes y todos fueron negativos.

dieron cuenta del verdadero diagnóstico, me cambiaron a otra área y ahí el trato fue muy diferente.

Ahora conozco varias cosas sobre la Tuberculosis, como los síntomas que produce la enfermedad, tos con flema, sudoración, pérdida de peso, que se debe tomar todo el tratamiento sin suspender, que las personas no necesitan ser aisladas, que es una enfermedad que se cura, y que la palabra tuberculosis no quiere decir muerte.

Creo que hace falta hablar sobre lo que es la enfermedad, yo antes de enfermarme nunca había oído hablar de ella, es importante que todos tengan información. Me gustó poder participar en el proyecto de "voces e imágenes de la tuberculosis"; porque pude conocer otras personas que también fueron afectadas por la enfermedad, compartir por lo que pasamos, poder tomar fotos y con ellas platicar cómo yo logré vencer la enfermedad.

Esta imagen que tomé, la llamé "Esperanza de Vida", para mi esta foto significa la luz de la vida, ya que yo sin la ayuda de la Virgen, mi familia, los medicamentos, la promotora de salud, no hubiera salido adelante.

El pasado 24 de marzo fue el día internacional de la lucha contra la tuberculosis, una ocasión para llamar a la acción de todos ya que solo así, de manera colectiva y el compromiso de individuos, investigadores, médicos, pacientes y el sector salud se podrá lograr detener esta enfermedad, por eso el lema es: "Yo puedo parar la tuberculosis... Tú también puedes"

Si requiere mayor información acerca de esta enfermedad puede comunicarse al Programa de Micobacteriosis en Tijuana: (664) 688 38 04 ext. 2127 o haga click aquí [www.soluciontb.org](http://www.soluciontb.org)

Página 3

## ¿Cómo definimos 'mayor involucramiento'?

Como mínimo, esto puede ser definido como: El uso de su experiencia con la enfermedad o siendo afectada, en aspectos de control y prevención más allá de su experiencia individual.

Darle un rostro humano al problema de salud (TB, Diabetes, VIH/SIDA, en individual y/o comorbilidades) para quienes no han sido afectados/as por las mismas.

## Historia de MIPA

En 1994, durante una cumbre de SIDA en París, 42 gobiernos declaramos los principios de MIPA y el hecho de que ésta es crítica para una respuesta efectiva a la epidemia.

Este compromiso no siempre se ha convertido en realidad, aun en estos 42 países.

Muchas veces se limita a o se confunde con la participación de personas afectadas en testimonios públicos.

### Los 3 niveles de participación propuestos por el proyecto

#### 1o. Nivel básico/primario:

La persona afectada es usuaria del servicio. Esto es, de detección, prevención o control (tratamiento).

#### 2o. Nivel –intermedio:

La persona participa en la provisión del servicio. Es decir, junto con nosotros/nosotras, están en las ferias de salud y proveen información y detección. Participan dando testimonios en talleres, conferencias, pláticas.

#### 3er. Nivel, participación más alta

Implica que las personas con la enfermedad y afectadas participan con nosotros/nosotras en:

Planeación de los servicios.  
Evaluación de los servicios del programa.

#### Notas

- La participación de personas con o afectadas por la enfermedad, puede contribuir a contra-restar el estigma y discriminación, al humanizar la problemática que se trata.
- La MIPA, apoya los objetivos de detección, curación y prevención de los programas.

- Contribuye a la mayor participación y apoyo de la sociedad en la respuesta.
- MIPA **no necesariamente significa el revelar o compartir nuestro propio estatus.**
- El no revelar nuestro estatus o estado respecto a la infección, no debe significar:
- No visibilidad-no participación.
- Es decir, no debemos exigir que se comparta el estatus como requisito a las personas afectadas, para participar con los programas ni comorbilidades.

#### Retos a MIPA

Dificultad de reconocer públicamente el estatus.

Insuficientes organizaciones o programas capacitados para involucrar personas afectadas de manera significativa.

Falta de habilidades o preparación de las personas afectadas.

Sostenibilidad.



#### Ejemplos de MIPA

Testimonios en conferencias.  
Presentaciones a tomadores y tomadoras de decisión  
VOCES E IMAGENES  
Facilitadores y facilitadoras de GAM

Traducido y adaptado de: [http://www.unaids.org.vn/resource/topic/gipa/gipa\\_presentation\\_e.pdf](http://www.unaids.org.vn/resource/topic/gipa/gipa_presentation_e.pdf)



# MARCO DE TRABAJO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS COMUNITARIOS

## Lo leímos por usted... un resumen

### ¿CÓMO SE ELABORÓ?

El Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria elaboró este Marco de Trabajo para el Fortalecimiento de los Sistemas Comunitarios (FSC) en colaboración con otros entes interesados. La preparación del Marco de Trabajo para el FSC recibió el apoyo de un Grupo de Trabajo Técnico (GTT)<sup>1</sup>, compuesto por distintas

organizaciones, con la ayuda de un consultor externo.

### ¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DE ESTE MARCO DE TRABAJO?

El marco de trabajo para el fortalecimiento de los sistemas comunitarios (FSC) fue diseñado para fortalecer los sistemas comunitarios que luchan por aumentar el acceso de las personas a las iniciativas de

salud incluyendo las de prevención, atención y tratamiento. El marco de trabajo también reconoce que existen brechas de financiamiento que afectan muchos de los aspectos de la acción comunitaria relacionados con la salud, por lo que busca ayudar a las organizaciones de base comunitaria, redes y ONGs para que identifiquen sus necesidades de capacidad y, de esa manera, puedan apoyar la elaboración de políticas, la movilización de

recursos y el diseño e implementación de programas para aumentar el acceso a los servicios apropiados. Existen seis bloques de construcción [bloques] que soportan este marco de trabajo y que serán descritos en detalle más adelante.

### ¿A QUIÉN ESTÁ DIRIGIDO ESTE MARCO DE TRABAJO?

Las organizaciones de base

**L**a Alianza Internacional de VIH/SIDA, publica en su página web el Marco de Fortalecimiento de Sistemas Comunitarios (FSC) elaborado por el Fondo Mundial para VIH, Tuberculosis y Malaria (FM).

*Se ha elaborado este marco FSC en reconocimiento de que existen muchas brechas en financiamiento para aspectos importantes de la acción comunitaria en temas de VIH, TB, Malaria, Salud Reproductiva y otros temas de salud.*

*Se ha diseñado específicamente para apoyar a las subvenciones del FM, pero puede ser útil también a otras organizaciones comunitarias o sociales que buscan mejorar la salud.*

*El marco de FSC está disponible en la página para ayudar a que éste sea revisado por representantes sociales y civiles para que este documento pueda:*

*Ayudar a actores de la sociedad civil a articular y aumentar sus actividades, y acceder financiamiento del FM.*

*Ayudar a los gobiernos a tener un mejor entendimiento del rol vital de los actores comunitarios, particularmente para el fortalecimiento de sistemas de salud.*

*Ayudar al Fondo Mundial a tomar mejores decisiones para otorgar fondos a propuestas que tengan un fuerte marco de fortalecimiento de sistemas comunitarios.*

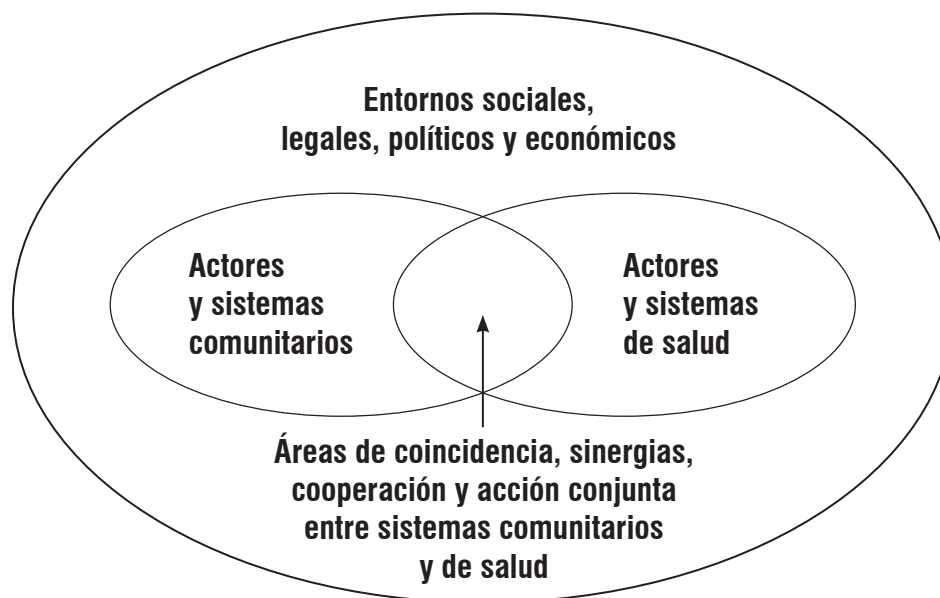
*Vaya a la página del Fondo Mundial o de la Sociedad Internacional de VIH/SIDA y comente sobre el documento. Esta última página ofrece la versión completa del documento: <http://www.aidsalliance.org/includes/document/Spanish%20CSS%20framework.pdf>. O una versión resumida, de la cual se publican secciones aquí.*

comunitaria, redes y ONG que apoyan las respuestas comunitarias al VIH, TB y malaria y unos resultados de salud más amplios muchas veces encuentran problemas en la obtención de los recursos necesarios para fortalecer, mantener y expandir su capacidad con el fin de mejorar la salud comunitaria. El marco de trabajo para el FSC puede ser usado por todos aquellos que trabajen para mejorar la salud en las comunidades.

### **FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS COMUNITARIOS PARA CONTRIBUIR CON LOS RESULTADOS DE SALUD**

#### **¿Qué es el fortalecimiento de los sistemas comunitarios?**

**DEFINICIÓN CLAVE:** El fortalecimiento de los sistemas comunitarios es un enfoque que promueve estructuras comunitarias y basadas en las comunidades informadas y útiles para que puedan contribuir con la sostenibilidad a largo plazo de las intervenciones de salud y de otros tipos a nivel comunitario, así como al desarrollo de un entorno adecuado y abierto en donde esas contribuciones puedan ser efectivas.



*Gráfica 1: Sistemas y actores comunitarios de salud complementación y conexión*

Por su propia naturaleza, las comunidades son orgánicas y diversas y muchas veces carecen de una estructura formal como sistemas comunicacionales o financieros. La sociedad civil, que labora a nivel local, reacciona instintivamente a las necesidades comunitarias y temas emergentes al ofrecer servicios directos. En teoría, la sociedad civil trabaja en el espacio que existe entre los sistemas públicos organizados y las personas afectadas por algún problema específico de salud.

Como resultado de ello y a pesar de estar conectados con los grupos

afectados y vulnerables, los actores comunitarios podrían carecer de la experticia para acceder a los recursos necesarios con el fin de maximizar el acceso a la salud, hacer incidencia política por los más vulnerables y atender los complejos desafíos que enfrentan las personas cuando desean alcanzar los mejores resultados de salud posibles.

#### **¿Qué debe fortalecerse?**

Para tener un verdadero impacto, los programas o servicios requieren de sistemas para la organización y ejecución/suministro de actividades

y servicios. Idealmente, los actores deberían estar interconectados en su trabajo. Muchas actividades – como el asesoramiento, apoyo legal, incidencia política, atención domiciliaria – podrían recibir el apoyo de distintas personas y organizaciones que trabajen de manera sincronizada como partes de un sistema efectivo. Los sistemas efectivos y funcionales juegan el rol de permitir que los actores ejecuten las actividades y son cruciales para contribuir de manera significativa a los factores relacionados o no con la salud.

El fortalecimiento de los sistemas comunitarios no sólo busca mejorar el acceso y utilización de los servicios de salud, sino también incrementar la participación comunitaria – significativa y efectiva – tanto en la atención de la salud como en las respuestas más amplias a las cargas que generan las enfermedades. El fortalecimiento de los sistemas comunitarios debe explicar, de una mejor manera, su importancia y hacer una fuerte incidencia política por un adecuado y sostenible financiamiento, fortalecimiento de la capacidad, infraestructura y recursos humanos para que los actores comunitarios puedan jugar su rol de una manera efectiva y a un lado de sistemas de salud fortalecidos.

### ¿Cuáles actividades y servicios relacionados con la salud suministran los sistemas comunitarios?

A través de los sistemas comunitarios, los actores comunitarios realizan actividades que afectan los resultados de salud. Existen muchas sinergias entre los sistemas comunitarios y los sistemas de salud. Para la OMS un sistema de salud es: "... toda organización, institución y recurso dedicado a producir acciones cuya intención principal sea mejorar la salud"<sup>2</sup>. La interrelación entre los dos sistemas varía y es menos clara dependiendo del contexto local. Estas son las tres categorías principales de servicios:

- Suministro directo de servicios de salud, incluyendo, por ejemplo, tratamiento, intervenciones comunitarias de salud y promoción de la salud.
- Actividades de apoyo para personas que tienen acceso a los servicios relacionados con la salud a nivel

comunitario, incluyendo materiales educativos sobre tratamiento, la reducción del estigma y la discriminación y la atención domiciliaria.

- Actividades indirectamente relacionadas con la salud que pueden afectar los determinantes más amplios de la salud y ayudar a crear o mejorar un entorno adecuado para la salud, como, por ejemplo, campañas de incidencia política, la promoción del derecho del acceso a la información y actividades de sensibilización sobre género en la comunidad.

Sistemas comunitarios y de salud – vinculados y complementarios

Los sistemas comunitarios complementan y están conectados de manera cercana con los sistemas y servicios de suministro de la salud.

La incidencia política, movilización comunitaria y creación de demanda y vínculos entre las comunidades y los servicios apropiados juegan un

rol primordial en la promoción de la salud y el suministro de los servicios comunitarios de salud, así como en el monitoreo de los sistemas de salud con el fin de lograr unos servicios equitativos y paritarios. Una distinción clave es, sin embargo, que los sistemas comunitarios tienden a ser más flexibles y difíciles de definir que los sistemas de salud más estructurados.

Esta ambigüedad ha limitado el financiamiento para los sistemas comunitarios y dificultado la apreciación, por parte de los actores interesados, del vínculo claro que existe entre sistemas comunitarios sólidos y unos mejores resultados de salud.

### LOS BLOQUES PARA CONSTRUIR UN SISTEMA COMUNITARIO FUNCIONAL

Existen seis componentes que conforman los bloques de construcción [bloques] del FSC. Cada bloque tiene una o más áreas de suministro de servicios (ASS) que describen cómo y dónde pueden implementarse. Al fortalecer esos bloques:

- Se aumentará el acceso, calidad y seguridad de las intervenciones, la utilización con éxito de los servicios de cuidados, prevención, atención y tratamiento y se logrará dar un mejor apoyo a las personas vulnerables, comunidades y trabajadores de la salud;
- Se obtendrá como resultados una salud y bienestar mejorados, una mayor capacidad de respuesta, una mejor protección para los riesgos sociales y financieros y un incremento en la eficiencia de las intervenciones comunitarias y de los servicios de salud y de otros tipos (apoyo social, educación, etc.)

### Los bloques de construcción son los siguientes:

1. Planificación, Monitoreo y Evaluación incluyendo evaluación de las necesidades, análisis de las brechas, mapeo, manejo del conocimiento, M&E, logro de evidencias e investigación.

2. Recursos y fortalecimiento de la capacidad – actores comunitarios con personal apropiado, capacidades técnica y organizacionales, recursos financieros y materiales (infraestructura, información, medicamentos y otros productos esenciales y tecnologías).
3. Actividades y servicios comunitarios con base en las evidencias y estándares e implementados de una manera ética y sostenible.
4. Redes, vínculos y alianzas comunitarias que permitan la participación comunitaria, el suministro de actividades/servicios y maximicen los recursos e impactos.
5. Gerencia, rendimiento de cuentas y liderazgo para apoyar los procesos organizacionales, utilización responsable de los recursos e influir un entorno adecuado.
6. Comunicación y alcance que sea apropiado e influyente en distintos

contextos como para el cambio de políticas, movilización social, trabajo con comunidades.

#### **Actividades y servicios comunitarios**

– Los programas, actividades y servicios de calidad deben, esencialmente, estar basados en las evidencias, ser rentables y sostenibles y cumplir con los estándares apropiados. Un enfoque de calidad debería cubrir todo el proceso desde el análisis situacional y el diseño de las intervenciones hasta el suministro y evaluación de los resultados e impactos.

#### **Redes, vínculos y alianzas comunitarias**

– asegurarse que estos elementos funcionen es un componente fundamental de una participación comunitaria exitosa. Esto da como resultado enfoques compartidos, iniciativas de incidencia política y una representación apropiada de las necesidades comunitarias en los foros relevantes.

El fortalecimiento de las relaciones formales e informales permite un uso efectivo de los recursos y evita la duplicación innecesaria. Históricamente, el financiamiento ha estado disponible (por ejemplo en el sector del VIH) para proyectos específicos en vez de para un contexto más amplio de trabajo en red. El ofrecimiento y mantenimiento de mecanismos para que las organizaciones se conecten estratégicamente hace que sus actividades sean más efectivas.

#### **Gerencia, rendimiento de cuentas y liderazgo**

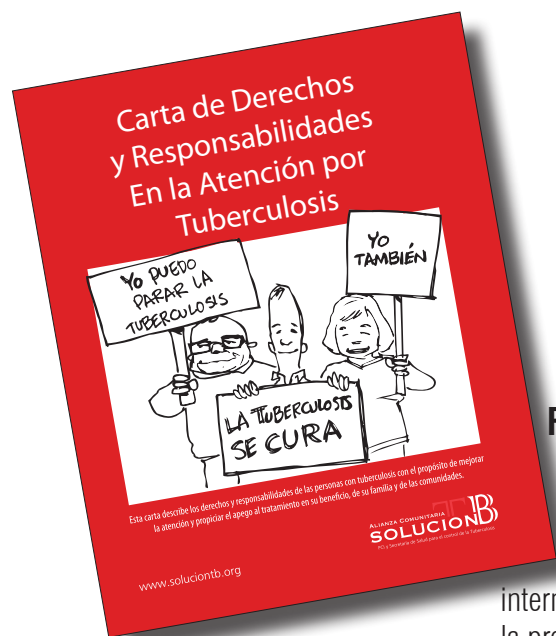
– aquí se responde a la necesidad de apoyar a los actores comunitarios en el manejo efectivo de los sistemas y servicios, así como en el rendimiento de cuentas a sus comunidades, financistas, entes interesados y aliados. Esto también incluye la necesidad de proveer un entorno adecuado que refleje profesionalismo y el reconocimiento

que los actores comunitarios deben trabajar en sistemas que posean los estándares éticos, sociales y legales apropiados.

**Comunicación y Alcance** – La comunicación es un aspecto clave de los sistemas comunitarios. La habilidad de poder trabajar con todos los actores, organizaciones, entes interesados y aliados es vital. Esto asegura una colaboración apropiada pero, para ello se requiere de destrezas específicas en distintas formas y niveles de comunicación y la necesidad de evaluar y adaptarse a una gran cantidad de contextos. Este bloque también incluye la movilización social como en el caso de las evaluaciones participativas.

#### **Resumido de:**

Lo leímos por usted: Marco de Trabajo para el Fortalecimiento de los Sistemas Comunitarios Enero 2010. <http://www.aidsalliance.org/includes/document/WRIFU%20%28Spanish%29.pdf>



## Derechos humanos, VIH y TB

Ricardo Hernández Forcada

La Estrategia "Alto a la tuberculosis" es la norma internacional recomendada para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis, e incluye indicaciones sobre cómo actuar con respecto a la tuberculosis en personas que viven con el VIH.

### OMS; Estrategia mundial "Alto a la tuberculosis"

**VISIÓN** : UN MUNDO SIN TUBERCULOSIS

**FINALIDAD**: Reducir marcadamente la carga mundial de tuberculosis para 2015, en consonancia con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de la alianza Alto a la Tuberculosis.

**OBJETIVOS**: Conseguir el acceso



Periférico Sur 3469, Col. San Jerónimo Lídice, Delegación La Magdalena Contreras, C.P. 10200, México D.F., Teléfonos (55) 56 81 81 25 y 54 90 74 00, Lada sin costo 01800 715 2000 Ext: 1371, 1177, 1348 .

universal a un diagnóstico de calidad y a un tratamiento centrado en la persona; Reducir el sufrimiento humano y la carga socioeconómica asociados a la tuberculosis;

Proteger a las poblaciones vulnerables contra la tuberculosis, la tuberculosis/VIH y la tuberculosis multi-resistente;

### Componentes de la estrategia

2. Hacer frente a la tuberculosis/VIH, la tuberculosis multirresistente y otros problemas.- Implementar actividades en colaboración en materia de tuberculosis/VIH; Prevención y control de la tuberculosis multi-resistente; Abordar el caso de los presos, los refugiados y otros grupos de riesgo o en situaciones especiales.

Dr. Raúl Plascencia Villanueva  
Presidente

Dr. Luis García López Guerrero  
Primer Visitador General

Lic. Ricardo Hernández Forcada  
Director del Programa de VIH

*"Con el fin de responder adecuadamente a las dos epidemias y evitar una mayor resistencia a los fármacos, tanto en los programas de VIH como en los de tuberculosis, deben considerarse prioritarias la atención y la prevención de ambas enfermedades"*

ONUSIDA





Políticas globales para el control del VIH relacionado con la tuberculosis, aconseja a quienes luchan contra la tuberculosis y el VIH sobre la forma de trabajar conjuntamente:

Asesoramiento y pruebas sobre el VIH a todas las personas con tuberculosis.

Análisis de detección de tuberculosis a todas las personas que viven con el VIH

*\* <http://www.unaids.org/es/PolicyAndPractice/HIVTreatment/Coinfection/TB/default.asp>*

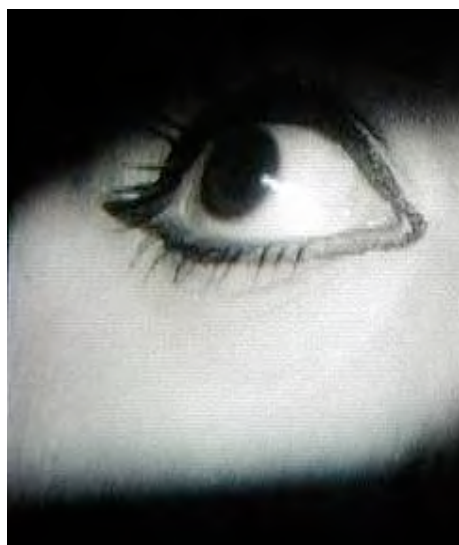
Tratamiento para la tuberculosis o terapia preventiva a todas las personas co-infectadas.

Cotrimoxazol y tratamiento antirretrovírico a todas las personas con tuberculosis y con VIH.

Control de infección por la tuberculosis en todos los centros de salud y en entornos de alta prevalencia del VIH.\*

*\* [http://www.who.int/tb/publications/2006/stoptb\\_strategy\\_sp.pdf](http://www.who.int/tb/publications/2006/stoptb_strategy_sp.pdf)*

La tuberculosis es una enfermedad altamente estigmatizante, asociado a VIH trae efectos altamente discriminatorios, por tanto es



a otra. es un proceso más social que individual y está ligado al poder y la dominación donde algunos grupos se sienten superiores y devalúan a otros”.

Con relación al VIH, las raíces del estigma asociado a él, se encuentran en las estructuras:

de género,  
económicas,  
étnicas,  
sexuales

necesario comprender que combatir el estigma se vuelve prioritario

### Estigma:

Literalmente “picadura” o “lastimadura” en griego.

En sociología, estigma es una condición, atributo, rasgo o comportamiento que hace que su portador sea incluido en una categoría social hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa y se les ve como culturalmente inaceptables o inferiores.

El concepto fue acuñado en 1963 por el sociólogo estadounidense Erving Goffman, en su reconocido



El estigma se ha descrito como una característica que: “desprestigia considerablemente” a un individuo ante los ojos de los otros. tiene importantes consecuencias sobre el modo en que los individuos se perciben a sí mismos. Por tanto la estigmatización es un proceso. Las características a las que se fija el estigma (por ejemplo, el color de la piel, la forma de hablar, las conductas) pueden ser muy arbitrarias.

*... “los grupos estigmatizados lo siguen siendo no sólo por su asociación con el VIH, sino porque además se presume o se cree que se pertenece a dichos grupos marginados por el sólo hecho de ser una persona viviendo con VIH/ SIDA. Además refuerza inequidades sociales, particularmente aquellas ligadas al género, situación económica y social, raza, etnia y sexualidad”\**.

### Discriminación:

Cuando el estigma inspira una acción, su resultado es un acto discriminatorio.

La palabra discriminar proviene del latín, que alude a la acción de dividir

o distinguir. Así, la discriminación es el acto por el que se discierne entre varios objetos mediante la exposición de sus diferencias. Esto por sí mismo no implica el sentido negativo que tiene la palabra discriminación en el contexto de los derechos humanos.

Adquiere este sentido cuando, a través de la discriminación, se le niega al otro la calidad de semejante, por ende, alguien con el que se comparte la dignidad humana, o bien la condición de ciudadano con plenos derechos y trato equitativo ante la ley.

La acepción negativa se refiere a DISCRIMINAR a las PERSONAS POR MOTIVOS INJUSTOS.

En derecho, se reconocen dos tipos de discriminación: Positiva y arbitraria

### Marco Jurídico Nacional

Son particularmente importantes en relación con la salud:

#### 1. No discriminación

##### Artículo 1° de la CPEUM.

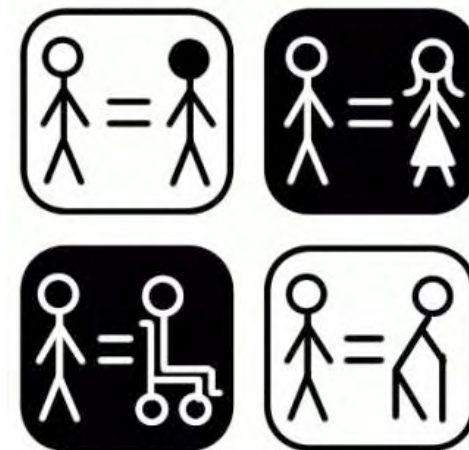
Adición del 14 de agosto de 2001, reformado en 4 diciembre de 2006

#### Artículo 1°, Párrafo Tercero:

“Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.”

#### Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, reglamentaria del artículo 1° constitucional:

**Artículo 4°.-** Para los efectos de esta Ley se entenderá por discriminación toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas. También se entenderá como discriminación la xenofobia y el antisemitismo en cualquiera de sus manifestaciones.



### CPEUM

#### 2. Derecho a la salud

#### Artículo 4°.- Párrafo Tercero:

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud...”.

#### Respecto a este derecho en Tesis Jurisprudencial del Pleno de la Suprema Corte de Justicia, marzo de 2000 establece que:

**Salud:** el derecho a su protección, que como garantía individual consagra el artículo 4o. Constitucional, comprende la recepción de medicamentos básicos para el tratamiento de las enfermedades y su suministro por las dependencias y entidades que prestan los servicios respectivos.

\*Manual de capacitación para la respuesta comunitaria al estigma y la discriminación por VIH/SIDA. Parte I Consideraciones Conceptuales. A Estigma y Discriminación en el Contexto del VIH/SIDA Pag. 14. Manuales comunitarios en VIH/Sida y Derechos Humanos, No. 1 serie Roja LACCASSO



## LEY General de Salud

### Capítulo IX. Derechos y obligaciones de los beneficiarios

**Artículo 77 BIS 36.** Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tienen derecho a recibir bajo ningún tipo de discriminación los servicios de salud, los medicamentos y los insumos esenciales requeridos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos, en las unidades médicas de la administración pública, tanto federal como local, acreditados de su elección de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.

### Artículo 77 BIS 37. Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán además de los derechos establecidos en el artículo anterior, los siguientes (entre otros):

- I. Recibir servicios integrales de salud;
- II. Acceso igualitario a la atención;
- III. Trato digno, respetuoso y atención de calidad;

IV. Recibir los medicamentos que sean necesarios y que correspondan a los servicios de salud

V. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen;

...

VII. Contar con su expediente clínico;

VIII. Decidir libremente sobre su atención;

IX. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos;

X. Ser tratado con confidencialidad;

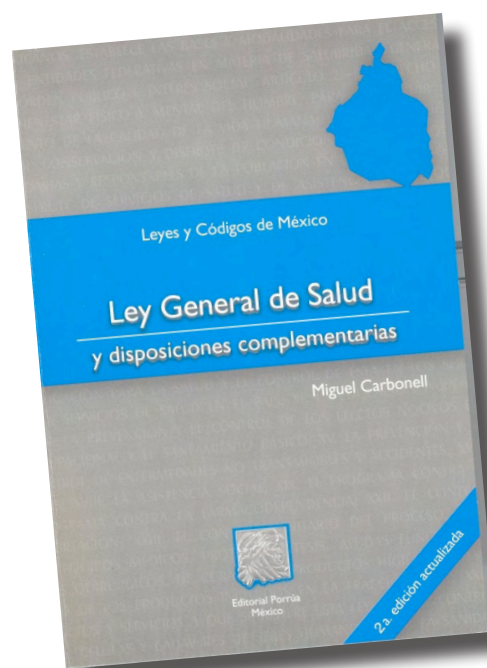
...

XII. Recibir atención médica en urgencias;

### La Ley General de Salud:

### Artículo 112. La educación para la salud tiene por objeto...

"III. Orientar y capacitar a la población



preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de automedicación, prevención de la farmacodependencia, salud ocupacional, salud visual, salud auditiva, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades".

### Ley Federal sobre Metrología y Normalización:

**Artículo 3o.-** Para los efectos de esta Ley, se entenderá por:

Norma Oficial Mexicana: la regulación técnica de observancia obligatoria (...) establece reglas, especificaciones, atributos, directrices, características o prescripciones aplicables ...

### ¿Qué dice la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana con respecto a la TB y a los derechos humanos?

6.14. Dado que existe una estrecha relación entre tuberculosis y VIH, se deben establecer diversas acciones encaminadas a prevenirla, diagnosticarla y a proporcionar un tratamiento integral, a fin de disminuir las complicaciones secundarias a la asociación de estos padecimientos.

6.14.1.3. La quimioprofilaxis para tuberculosis se debe proporcionar a las personas infectadas con VIH y a los enfermos de SIDA sin tuberculosis activa, cuando menos durante un año, sin necesidad de realizar previamente una prueba de PPD, de acuerdo con las siguientes disposiciones:

6.14.3.1. El enfermo con tuberculosis e infección con VIH demostrada por cualesquiera de los criterios

Clave: P, Núm.: XIX/2000. Amparo en revisión 2231/97. José Luis Castro Ramírez. 25 de octubre de 1999. Unanimidad de siete votos. Ausentes: Mariano Azuela Güitrón, Guillermo I. Ortiz Mayagoitia, Humberto Román Palacios y Juan N. Silva Meza. Ponente: Mariano Azuela Güitrón; en su ausencia hizo suyo el proyecto Sergio Salvador Aguirre Anguiano. Secretaria: Lourdes Ferrer Mac Gregor Poisot. El Tribunal Pleno, en su sesión privada celebrada hoy veintinueve de febrero en curso, aprobó, con el número XIX/2000, la tesis aislada que antecede; y determinó que la votación no es idónea para integrar tesis jurisprudencial. México, Distrito Federal, a veintinueve de febrero de dos mil.

Materia: Constitucional

Tipo: Tesis Aislada

enunciados en el inciso

6.14.2.2. Recibirá tratamiento bajo estricta supervisión del médico especialista

6.14.3.5. El enfermo con infección por VIH y diagnóstico de tuberculosis, con persistencia de baciloscopias positivas hasta el sexto mes de tratamiento regular, o con dos series de baciloscopias positivas después de un período de negativización, se debe confirmar por cultivo y drogasensibilidad. Todos los casos deben ser siempre referidos al especialista, para retratamiento.

### **Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993 para la Prevención y Control de la Tuberculosis en la Atención Primaria a la Salud**

7.1.2 En caso de sospecha de tuberculosis extrapulmonar, se referirá a los pacientes al médico especialista para su estudio y manejo.

#### 7.2 Tratamiento

7.2.1 En caso de que se confirme el diagnóstico de tuberculosis, el enfermo se referirá al segundo nivel de atención, para su manejo por el médico especialista.

### **Derechos de la persona con TB:**



**Recibir atención médica de calidad**, desde el diagnóstico hasta la terminación del tratamiento, independientemente de los recursos económicos, raza, género, edad, idioma, situación jurídica, creencias religiosas, orientación sexual, cultura o presencia de cualquier otro padecimiento, sin estigma, prejuicio o discriminación por parte del personal de salud.



**Consulta y en su caso, tratamiento preventivo de sus familiares y contactos.**

**Recibir información precisa sobre los servicios disponibles y costos directos e indirectos de éstos**, descripción clara del diagnóstico pronóstico y tratamiento, además de posibles consecuencias médicas o legales sobre su enfermedad.

**Conocer los nombres de las dosis de medicamentos**, cómo actúa, efectos secundarios y posible impacto sobre otros padecimientos o tratamientos.

**A una segunda opinión médica** y aceptar o rechazar intervención quirúrgica de existir otra alternativa de tratamiento.

**Continuar su tratamiento supervisado en otra ciudad o país**, en caso de viajar por cualquier motivo por tiempos prolongados.

**Acceso a su expediente** y la posibilidad de copiarlo por usted mismo o persona autorizada por usted.



**Presentar quejas ante autoridades de salud** y recibir por escrito la respuesta



**A reunirse o establecer organizaciones de personas afectadas con la tuberculosis y ser escuchado** por autoridades sanitarias locales, nacionales e internacionales en cuanto a políticas y programas de tuberculosis.

**A seguridad laboral después del diagnóstico y reinstalación al término del tratamiento** o en cuanto el personal de salud determine que no hay riesgo de contagio.

**A promociones nutricionales o complementos alimenticios** de acuerdo a las posibilidades de las instancias de salud donde le dan tratamiento.

# Tuberculosis y VIH. QUIMIOPROFILAXIS

**Dr. José Marcelino Chávez García**

Medicina Interna

## Justificación de actividades de colaboración TB/VIH

- La presencia del VIH aumenta la incidencia y mortalidad por TB en áreas donde la prevalencia es alta: 11 a 50% de las personas con infección por el VIH/SIDA mueren de TB.
- El DOTS/TAES no es suficiente para controlar la tuberculosis en estas áreas.
- Se requieren intervenciones conjuntas TB/VIH para controlar la TB asociada al VIH, extender el DOTS/TAES y controlar el VIH.
- El sistema de control de la tuberculosis puede ser un aliado fundamental para el suministro del tratamiento con antirretrovirales.

**La TB no es sólo parte del problema; es también parte de la solución.**

**Para luchar contra el VIH/SIDA, debemos controlar la TB.**

## PUNTOS DE LA PRESENTACION:

**1.-**Impacto de la tuberculosis en personas con VIH.

- Aumento de casos (co-infección).
- VIH como factor del riesgo para tuberculosis.
- Aumento de la mortalidad.

**2.-**Presentación clínica de la tuberculosis.

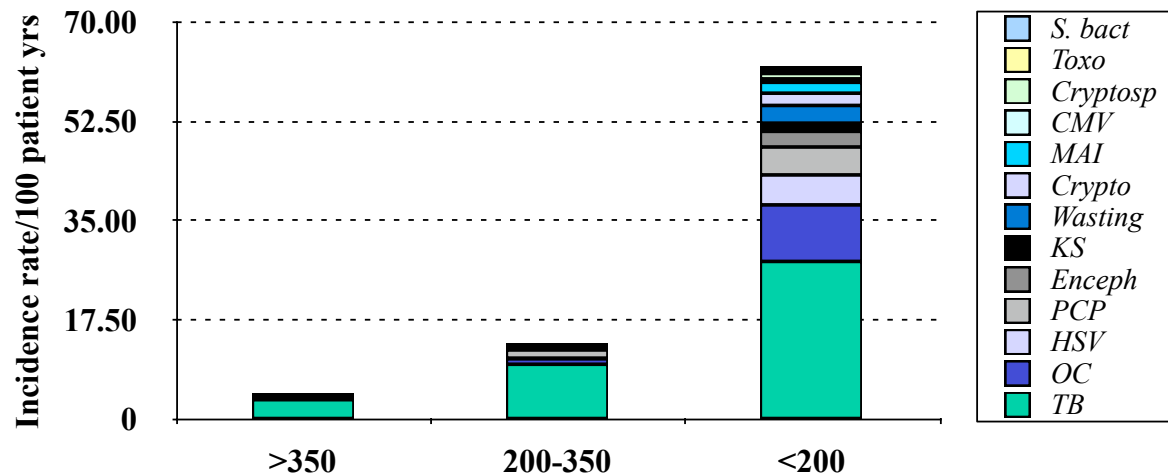
**3.-**Definición de tuberculosis latente.

**4.-**Estudios en tuberculosis latente, aplicables.

**5.-**Impacto de la quimioprofilaxis y esquemas.

**6.-**Inicio de ARV en personas con VIH/SIDA. Y TB.

## Riesgo de Infecciones en relación a CD4



PROFILAXIS: TOXOPLASMA, MAC, PNJ,  
LA TUBERCULOSIS SE PRESENTA EN CUALQUIER ETAPA VIH



### COINFECCION TB/VIH

Cuando creíamos que la batalla frente a la Tuberculosis se había ganado.



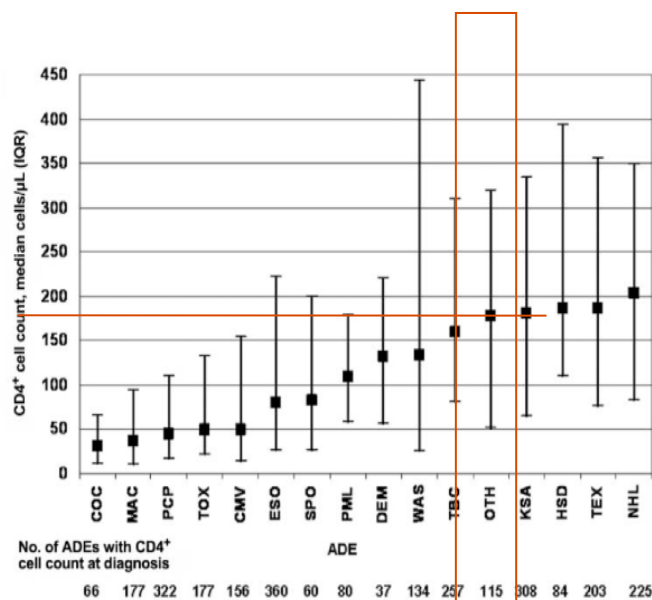
Matteo Zignol MD, 11th European AIDS Conference. Madrid 2007

La ONU : la tuberculosis, una enfermedad que a pesar de tener cura; mata a 1,75 millones de personas al año.  
Río de Janeiro 25 marzo 2009.

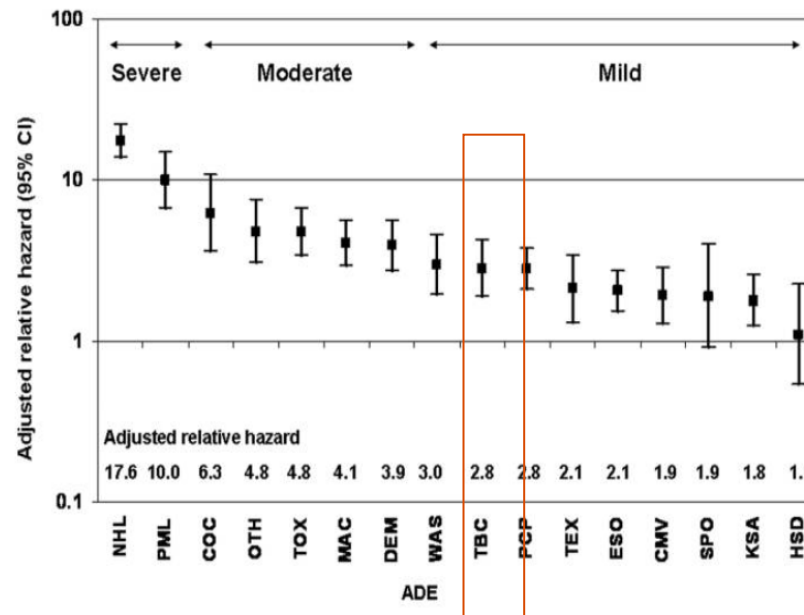
### Episodios definidores de Sida durante el TAR. Impacto variable sobre la mortalidad.

- Estudio de cohortes (ART-CC), incluyendo 31.620 que iniciaron TAR. • Seguimiento de 43 meses.
- Presentaron 2.880 episodios definidores de SIDA.

### Mediana de linfocitos CD4+ en el Dx (IQR).



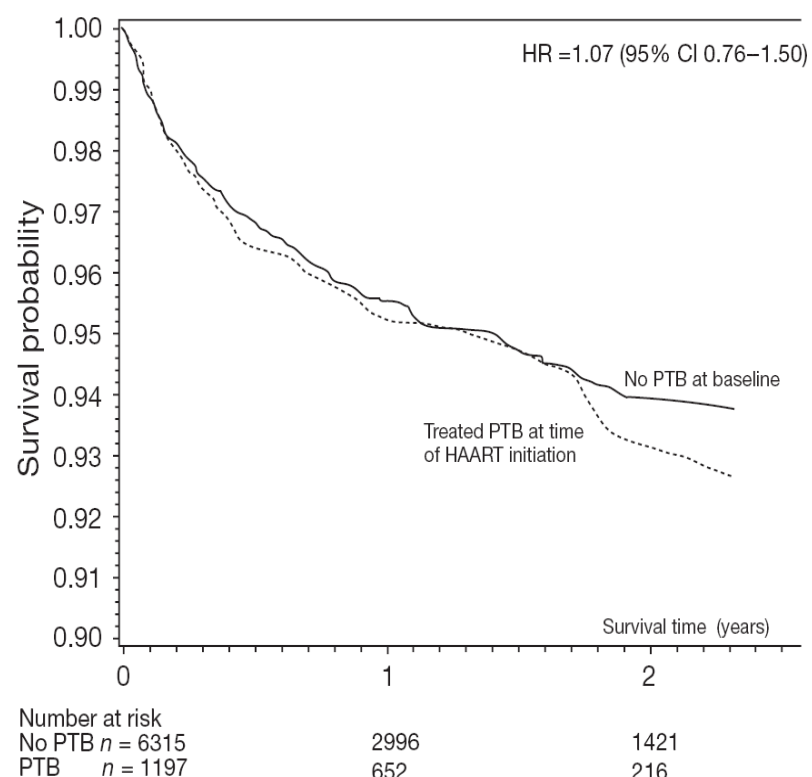
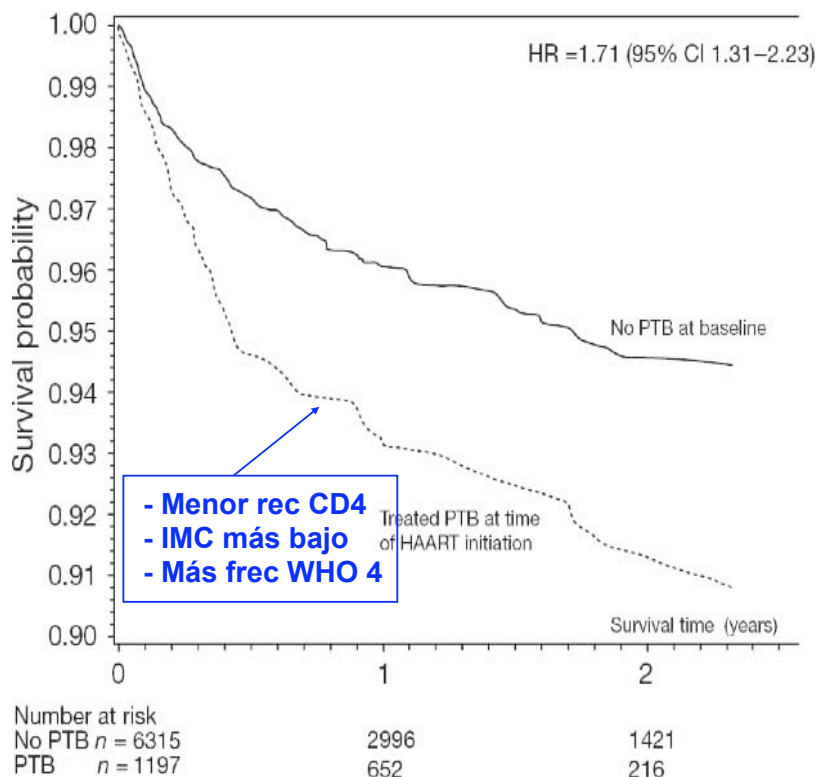
### Riesgo de mortalidad ajustado.



COC, criptococosis; CMV, citomegalovirus; DEM, complejo demencia Sida; ESO, candidiasis esofágica; HSD, herpes simplex; KSA, sarcoma de Kaposi; MAC, enfermedad diseminada por micobacterias; NHL, linfoma no Hodgkin (incluido linfoma cerebral primario); OTH, todos los episodios definidores de Sida que se produjeron en < 50 pacientes; PCP, neumonía por Pneumocystis jiroveci (carinii); PML, leucoencefalopatía multifocal progresiva; SPO; criptosporidiosis; TBC; tuberculosis pulmonar; TEX, tuberculosis extrapulmonar; TOX, toxoplasmosis cerebral; WAS, síndrome caquético por VIH.

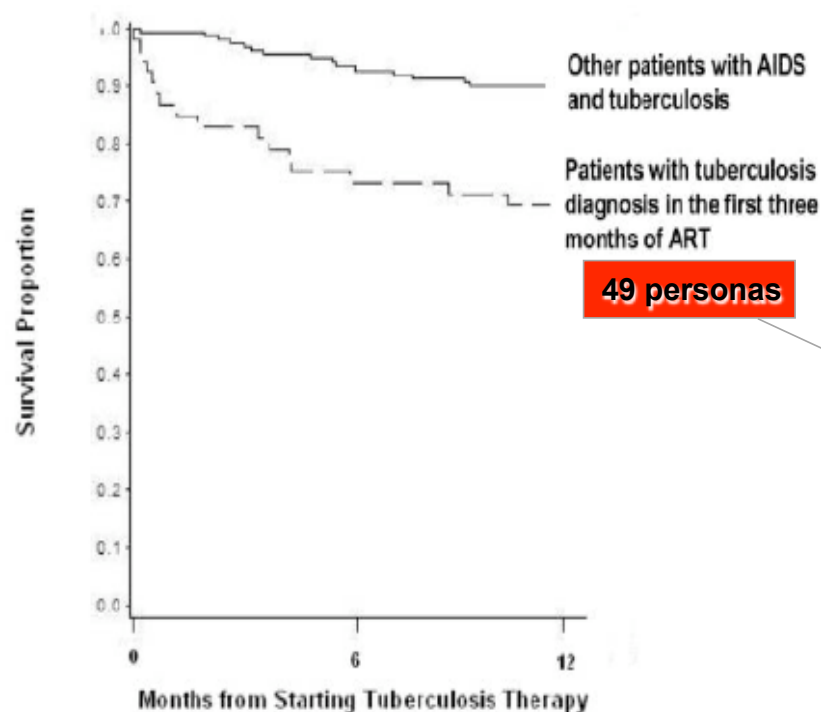
Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration (ART-CC). Ann Intern Med 2009;48:1138-51.

**Dx previo de Tbc pulmonar al iniciar el TARGA Impacto sobre la mortalidad**  
**Cohorte de 7,512 personas que iniciaron TARGA Themba Lethu, Johannesburg (Abril 2004 – Marzo 2007)**



Westreich D, et al. AIDS 2009, 23:707-715.

### Efecto del Dx de Tb pulmonar tras iniciar el TARGA Tahití (GHESKIO), 201 personas con Sida y Tbc



#### Predictores de mortalidad (análisis multivariante)

- Dx de Tbc en los 3 meses tras iniciar TAR (OR 3,25; IC 95% 1,23–8,55; P=0,017)
- CD4 < 50 (OR 3,05; IC 95% 1,16–8,00; P= 0,023)

Al inicio del TAR, presentaban:

- 47% tos
- 41% fiebre
- 41% adelgazamiento

El aumento de mortalidad se relaciona con el fallo en reconocer el Dx de Tbc activa al comienzo del TAR.  
Koenig SP, et al. Clin Infect Dis 2009;48:829–31.

## RESUMIR

La tuberculosis aumenta la mortalidad tanto en personas con diagnóstico previo, pero ésta es mayor en quienes iniciaron tratamiento y se detecta la TB dentro de **los primeros 3 meses**, por no identificarse ésta adecuadamente.

No sólo hay un resurgimiento de la tuberculosis, sino de sus formas resistentes.

La tuberculosis es importante en cualquier etapa del VIH/SIDA.

Es necesaria la coordinación de programas de TB y VIH.

Es necesario analizar la profilaxis en base a CD4 incluyendo la tuberculosis. (<200 células).

## Estado de Infección por VIH y Riesgo de desarrollar TB

El VIH es el factor más poderoso que incrementa el riesgo de TB.

**VIH negativo.**

**5 al 10 % riesgo de reactivación a lo largo de la vida**

**Riesgo de reactivación en PPD reactivo 2% a 13%(Menores)  
Conversión reciente 2% a 17%(< 2 años)**

**VIH positivo.**

**50 %-100%**

**Podemos concluir que como Factor de riesgo:**

- El VIH es el principal factor de riesgo.
- La seroconversión reciente PPD menos de 2 años, se asocia a tasas mayores de reactivación.
- Recordar otros factores de riesgo, que son indicadores de búsqueda intencionada de enfermedad:
  - Diabetes Mellitus. IRC. USO DE INMUNOSPURESORES, SILCOSIS

**Table 3. Relative Risk of Reactivation Tuberculosis among Persons with Medical Conditions That Impair Immune Control of *M. tuberculosis*.<sup>a</sup>**

Condition	Study	Relative Risk (95% CI)
Advanced HIV infection	Pablos-Mendez et al. <sup>27</sup>	9.9 (8.7–11.3)†
	Moss et al. <sup>28</sup>	9.4 (3.5–25.1)
Old, healed tuberculosis	Ferebee, <sup>13</sup> Ferebee et al. <sup>20</sup>	5.2 (3.4–8.0)
Chronic renal failure	Pablos-Mendez et al. <sup>27</sup>	2.4 (2.1–2.8)†
Infliximab therapy	Keane et al. <sup>29</sup>	2.0 (0.7–5.5)†
Poorly controlled diabetes	Pablos-Mendez et al. <sup>27</sup>	1.7 (1.5–2.2)†
Silicosis	Cowie <sup>29</sup>	1.7 (1.3–2.1)†
	Corbett et al. <sup>30</sup>	1.3 (1.1–1.7)†
	Kleinschmidt and Churchyard <sup>31</sup>	1.2 (1.0–1.5)†
Underweight (≤10 percent below normal)	Palmer et al., <sup>22</sup> Edwards et al. <sup>23</sup>	1.6 (1.1–2.2)
	Thorn et al. <sup>32</sup>	1.4 (1.1–1.9)†
Gastrectomy	Steiger et al. <sup>33</sup>	1.3 (1.2–1.4)†

\* CI denotes confidence interval, and HIV human immunodeficiency virus.  
† The relative risk is estimated, as described in the Methods section.

N ENGL J MED 350:20 WWW.NEJM.ORG MAY 13, 2004

## ASOCIACION ENTRE CELULAS CD4 Y MANIFESTACIONES CLINICAS DE TUBERCULOSIS Y VIH

Manifestación clínica	RANGO DE CELULAS CD4			
	>300	201–300	101–200	0–100
Enfermedad extrapulmonar	28	44	50	70
Tuberculina positiva (≥5 mm), %	91	42	61	0
Hemocultivo positivo para micobacterias %	0	7	20	49

Adapted and reprinted with permission from the American Review of Respiratory Disease, Official Journal of the American Thoracic Society, ©American Lung Association.



**CD4 > 200 CELULAS**



**Afección extrapulmonar: Pleural, pericárdica, ganglionar  
CD4 < 200 CELULAS**



**Presentación Miliar**  
**CD4 < 200 CELULAS**



## Tuberculosis latente

**Se ha demostrado que el riesgo de sufrir TB es más alto en personas infectadas por el VIH que en la población general.**

**Reactivaciones** (riesgo de TB por reactivación) Es el principal mecanismo por el que se produce TB en las personas con VIH.

**Nuevas infecciones** (riesgo de TB tras exposición). En ésta tras la exposición a un caso índice (el que infecta a los demás) sin VIH: sólo un 3-5% desarrollan un TB activa;

En personas VIH+ del: 17 al 37% la desarrollan entre 1 y 4 meses tras la exposición.

### Grupos con mayor riesgo de reactivación de TB Latente: Indicaciones de PPD

- Lugares con alta prevalencia de tuberculosis.
- Contactos de personas con TB activa
- Trabajadores de la salud.
- Personas con VIH.
- Uso de drogas
- Silicosis, IRC. Diabetes Mellitus, Desnutrición .
- Neoplasias.
- Inmunocomprometidos.

## CRITERIOS PPD

≥ 5 mm	Contacto íntimo con casos ciertos o sospechosos. Niños sospechosos de enfermedad tuberculosa clínica o radiológica. <b>Inmunodeprimidos o Infectados por el VIH.</b>
≥ 10 mm	Menores de 4 años <b>Malnutrición, linfoma, Enfermedad de Hodgkin, diabetes o IRC.</b> Expuestos a adultos de riesgo: <b>infectados por el VIH</b> , drogadictos, vagabundos, cuidadores de instituciones, institucionalizados, <b>seroconvertidores de la prueba de tuberculina en los dos últimos años.</b> Niños con riesgo aumentado de tuberculosis diseminada.
≥ 15 mm	Niños mayores de 4 años sin contacto ni factores asociados de riesgo.

Infectious Diseases in Clinical Practice • Volume 13, Number 6, November 2005

## Grupos con mayor riesgo de reactivación TB Latente: Indicaciones de PPD

**Embarazadas:** La prueba no se recomienda como tamizaje, dado que el embarazo en sí mismo no aumenta el riesgo de infección. Sin embargo, la tuberculina es segura y fiable en la mujer gestante y está indicada en las siguientes situaciones:

- síntomas sugestivos
- infección VIH
- otras enfermedades que elevan el riesgo
- contacto con personas con TB pulmonar o laríngea
- Inmigrantes de áreas con alta incidencia de TBC

## Tuberculosis latente PPD negativo en la persona VIH positiva:

- Una prueba PPD negativa en una persona infectada por el VIH puede significar dos cosas diferentes:
- Que no tiene infección tuberculosa.
- Que tiene anergia cutánea por su inmunodepresión.

Por lo tanto se debe saber con certeza si existe o no anergia cutánea: Si la persona es capaz de reacción en otras pruebas cutáneas, no es anérgico.

Wang, et al. Thorax 2002;57:804-809

## Indicaciones de quimioprofilaxis en la infección por el VIH:

- Personas con PPD + (mayor o igual a 5 mm) descartada la enfermedad tuberculosa.
- Personas con PPD (-) anérgicos.
- Personas con PPD (-) que tienen contactos íntimos con personas bacilíferos. (alta tasa de contagio)
- Personas con PPD (-) previamente, que ha sufrido un viraje a la positividad.
- Personas con CD4 inferiores a 200 células.

Wang, et al. Thorax 2002;57:804-809

## Los requisitos previos al inicio de la quimioprofilaxis : **Descartar una TB activa.**

Descartar que no se haya realizado antes una quimioprofilaxis correcta.

Valorar el riesgo de hepatotoxicidad.

Valorar las posibles interacciones con otros medicamentos.

El fármaco cuya eficacia está más valorado en la quimioprofilaxis antituberculosa es la Isoniacida (INH) que debe administrarse por espacio 6-9 meses.



**Isoniacida**

**Eficacia de INH basada en el tiempo de administración**

Duration of INH	Risk Reduction	Compliant	Reduction if Compliant
3 mos	21%	87%	31%
6 mos	65%	78%	69%
9 mos	75%	68%	93%

N = 28,000

Bull WHO 1982; 60:555

**Regimenes de tratamiento para Tuberculosis latente**

- Isoniacida 9 meses diario VIH/SIDA**
- Isoniacida 6 meses diario NO VIH/SIDA**
- Rifampicina 4 meses diario (IPS)**
- Rifampicina/pirazinamida NO VIH SIDA**  
por 2 meses (diario)
- Rifampicina/pirazinamida**  
por 2 meses (dos veces semana)

Calificación HIV-	HIV+
<b>A II</b>	<b>A II</b>
<b>B I</b>	<b>C I</b>
<b>B II</b>	<b>B III</b>
<b>D II</b>	<b>D II</b>
<b>D II</b>	<b>D III</b>

**Guía de Calificación**

- A=Fuerte evidencia de eficacia
- B=Moderada evidencia
- C=Evidencia insuficiente
- D=No debe usarse en lo general

- I=Estudio al azar
- II=Estudio de cohorte/caso control
- III Opinión Experta opinión

**MECANISMO DE EFICACIA DE LA ISONIACIDA**

Solo con la Isoniacida pero no con la rifampicina se identifica un aumento de células T productoras de interferón gamma dentro del mes de la terapia. Refuerza la respuesta inmune del huésped.

La capacidad de estimular la inmunidad en personas VIH se desconoce.

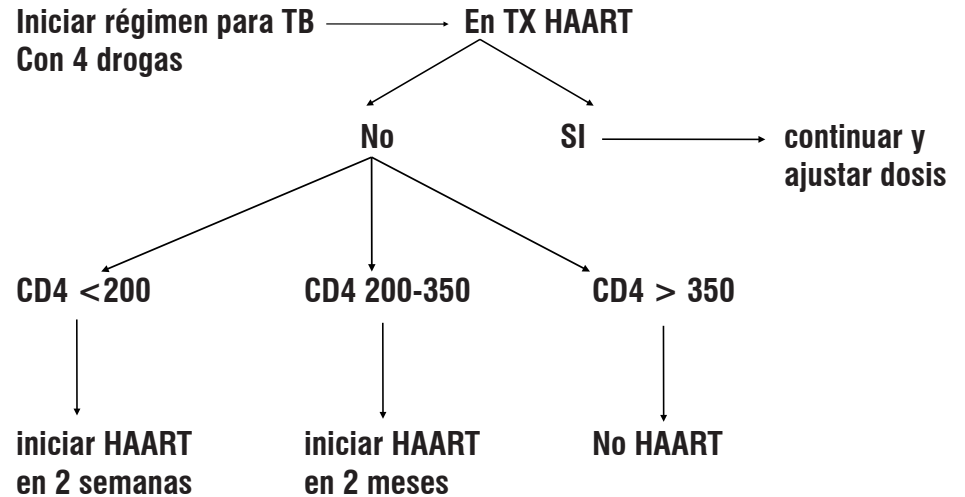
Efectividad 60%(25-90) prevenir aparición de TB activa.

300mgs x día o 900mgs 2 veces por semana 6m(65% efectividad)12 meses(75% efectividad).

Toxicidades; Hepatitis y neuropatía periférica.

Rev Chil infect 2004; 21 (Supl 1): S28-S30

**TRATAMIENTO DE VIH Y TB (Una posible estrategia)**



AIDS 20 (8), 1095-110712 MAY 2006

**Tb e infección VIH – Inicio del TAR  
(otra posible estrategia)  
Guías de GESIDA/PNS**

<b>Recuento de CD4</b>	<b>Inicio del TAR (con respecto al comienzo del tratamiento antituberculoso)</b>
<b>&lt; 100 cél/mcl</b>	<b>A partir de la 2ª semana</b>
<b>100 – 200 cél/mcl</b>	<b>A partir del 2º mes</b>
<b>200 – 350 cél/mcl</b>	<b>Entre el 3º y el 6º mes</b>
<b>&gt; 350 cél/mcl</b>	<b>Después del 6º mes</b>

Enferm Infecc Microbiol Clin 2008;26(6):356-79.

**Conclusiones**

- 1.-Creciente incremento de TB en personas con VIH.**
- 2.-Aumento de la resistencia al medicamento.**
- 3.-Existen dificultades en el diagnóstico entre mayor es la inmunodeficiencia.**
- 4.-Los cuadros clínicos de TB pueden ser atípicos, formas extra-pulmonares y formas diseminadas.**
- 5.-Hay diferencias en el tratamiento, su duración, inicio e interacciones con los ARV.**
- 6.-Importancia de la quimioprolifaxis con Isoniacida .**